State of California, Business,
Transportation and Housing Agency
Department of Managed Health Care
INDEPENDENT MEDICAL REVIEW APPLICATION-Lao
DMHC 20-086 New: 01/02 Rev: 04/06

HMO Help Center

State of California
Department of Managed Health Care

ໃບສະໝັກເອົາການກວດສອບຄືນທາງການແພດຍ່າງເປັນເອກະລາດ

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການມອບອຳນາດໃຫ້ຊ່ວຍເຫລືອແກ່ທ່ານໃນ IMR ຂອງທ່ານໃຫ້ແກ່ບຸກຄົນອື່ນ, ທ່ານຕ້ອງຂຽນແບບຟອມການອະນຸຍາດໃຫ້ຊ່ວຍເຫລືອ (Authorized Assistant form) ໃຫ້ສຳເລັດ.

ຂໍ້ມູນຂອງຄົນເຈັບ

ຊື່ _____ ນາມສະກຸນ _____

ຊື່ຂອງພໍ່-ແມ່ ຫລື ຜູ້ປົກຄອງ ຖ້າປະກອບເອກະສານໃຫ້ເດັກນ້ອຍ _____

ຖະໜົນ _____

ເມືອງ _____ ລັດ _____ ລະຫັດເມືອງ _____

ໝາຍເລກໂທລະສັບເພື່ອຕິດຕໍ່ຕອນການເວັນ # _____ ໝາຍເລກໂທລະສັບຕິດຕໍ່ຕອນກາງຄືນ # _____

ຊື່ຂອງແຜນສຸຂະພາບ _____

ຕົວເລກສະມາຊິກຂອງຄົນເຈັບ _____

ວັນເດືອນປີເກີດຂອງຄົນເຈັບ (ດດ/ວວ/ປປ) _____

ທ່ານມີ Medi-Cal ບໍ່? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ

ທ່ານມີເມດິແຄຣ (Medicare) ຫຼື ສິດທິພິເສດຂອງເມດິແຄຣ? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ

ທ່ານໄດ້ຍື່ນຟ້ອງຮ້ອງ ຫລື ຟ້ອງຮ້ອງກັບແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ທ່ານກຳລັງຂອກຫາຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບການບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຮຽບຮ້ອຍແລ້ວບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ບັນຫາສຸຂະພາບຂອງທ່ານ

(ນຳໃຊ້ອີກໜ້າໜຶ່ງຕ່າງຫາກ ແລະ ເອກະສານຕິດຂັດອື່ນໆ ຖ້າຈຳເປັນ.)

1. ເງື່ອນໄຂສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຫລື ການບົ່ງມະຕິຂອງໝໍ ເປັນແນວໃດ? _____
2. ການປິ່ນປົວ ຫລື ການບໍລິການທາງການແພດອັນໃດທີ່ທ່ານກຳລັງຮຽກຮ້ອງ? _____
3. ທ່ານຢາກໃຫ້ກໍລະນີນີ້ ຖືກຕັດສິນໄດ້ແນວໃດ? _____
4. ທ່ານຢູ່ໃນສະພາບທີ່ຖືກສຸຂະພາບຂອງທ່ານຖືກຄຸກຄາມຢ່າງຮຸນແຮງບໍ່? ☐ແມ່ນ ☐ບໍ່ແມ່ນ

   ຖ້າ "ແມ່ນ," ກະລຸນາອະທິບາຍ. _____
5. ແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານບອກວ່າ ການປິ່ນປົວຂອງທ່ານຕ້ອງການ (ເລືອກເອົາຂໍ້ໜຶ່ງ):

   ☐ບໍ່ຈຳເປັນປິ່ນປົວທາງການແພດ ☐ ການທົດລອງ ຫລື ການໄຕ່ສວນ ☐ ອື່ນໆ (ກະລຸນາອະທິບາຍ)
6. ຂຽນລາຍຊື່ ແລະ ໝາຍເລກໂທລະສັບຂອງໝໍທີ່ທ່ານປິ່ນປົວປະຈຳຂອງທ່ານ ແລະ ໝໍອື່ນໆຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບຮູ້, ປິ່ນປົວ ຫລື ແນະນຳທ່ານໃນກໍລະນີຂອງທ່ານ. ພວກມັນຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານບໍ່? (ນຳໃຊ້ໜັງສືໜຶ່ງຕ່າງຫາກ ຖ້າຈຳເປັນ.)

   _____
7. ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງຂໍການກວດສອບທາງການແພດຄືນຢ່າງເປັນເອກະລາດ (IMR) ເພື່ອການຕັດສິນບັນຫາຂອງຂ້າພະເຈົ້າກັບແຜນສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ທັງໃນອະດີດ ແລະ ປະຈຸບັນ, ແລະ ແຜນສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າເພື່ອເຜີຍແຜ່ບົດບັນທຶກທາງການແພດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ໃຫ້ກັບທາງ IMR. ການບັນທຶກເຫລົ່ານີ້ອາດຈະລວມທັງສຸຂະພາບທາງຮ່າງກາຍ ແລະ ຈິດໃຈ, ສານເສບຕິດ, ເອດ, ການລາຍງານຂອງການບົ່ງມະຕິທີ່ເປັນຮູບພາບ, ແລະ ບົດບັນທຶກອື່ນໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບກໍລະນີຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ບົດບັນທຶກເຫລົ່ານີ້ອາດຈະລວມທັງ ບົດບັນທຶກທາງການແພດ ແລະ ຂໍ້ມູນອື່ນໆທີ່ກ່ຽວຂອງກັບກໍລະນີຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ພະແນກຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ (DMHC) ແລະ ພະນັກງານ IMR ພິຈະລະນາບົດບັນທຶກ ແລະ ຂໍ້ມູນເຫລົ່ານີ້ຄືນ. ການອະນຸຍາດຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະສິ້ນສຸດພາຍໃນໜຶ່ງປີ ຫລັງຈາກວັນທີລຸ່ມນີ້, ຍົກເວັ້ນການອະນຸຍາດຂອງກົດໝາຍ. ຕົວຢ່າງ, ກົດໝາຍອະນຸຍາດໃຫ້ DMHC ສືບຕໍ່ໃຊ້ຂໍ້ມູນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຢູ່ພາຍໃນ. ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດສິ້ນສຸດການອະນຸຍາດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນເວລາອັນສັ້ນ, ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຫາກຕ້ອງການ. ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ໄວ້ ໃນເອກສານສະບັບນີ້ແມ່ນເປັນຄວາມຈິງທັງໝົດ.

ລາຍເຊັນຂອງຄົນເຈັບ ຫລື ພໍ່-ແມ່ _____ **ວັນທີ** _____

ສົ່ງທາງໄປສະນີ ຫລື ແຟກ ແບບຟອມຂອງທ່ານໄປທີ່: **HMO Help Center, Department of Managed Health Care, IMR Unit, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814; FAX: 916-255-5241**

ຄຳແນະນຳໃນການຂຽນໃບສະໝັກ IMR

ຖ້າແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ໄດ້ປະຕິເສດການຮຽກຮ້ອງຂອງທ່ານສຳລັບການບໍລິການທາງການແພດ ຫລື ການປິ່ນປົວ, ທ່ານສາມາດຍື່ນການຮຽກຮ້ອງ (ການຟ້ອງທຸກ) ກັບແຜນຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນໃຈຂອງແຜນຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍໃຫ້ສູນການຊ່ວຍເຫລືອ HMO ທີ່ພະແນກຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບໃຫ້ກວດສອບທາງການແພດ ຄືນຢ່າງເປັນເອກະລາດ (IMR). IMR ແມ່ນການກວດສອບຄືນກໍລະນີຂອງທ່ານດ້ວຍທ່ານໝໍ ຜູ້ທີ່ບໍ່ມີສ່ວນຮ່ວມກັບແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ຖ້າ IMR ຕັດສິນວ່າຈະໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫລືອແກ່ທ່ານ, ແຜນຂອງທ່ານຕ້ອງໃຫ້ການບໍລິການ ຫລື ການປິ່ນປົວຕາມການຮຽກຮ້ອງຂອງທ່ານ. ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຈ່ າຍເງິນໃຫ້ກັບ IMR.

ທ່ານສາມາດສະໝັກຂໍ IMR ຖ້າແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ:

- ປະຕິເສດ, ປ່ຽນແປງ ຫລື ໃຫ້ການບໍລິການ ຫລື ການຮັກສາທີ່ຊັກຊ້າ ເພາະວ່າແຜນໄດ້ກຳນົດວ່າມັນບໍ່ມີຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ
- ຈະບໍ່ລວມເຖິງການປິ່ນປົວທີ່ມີການທົດລອງ ຫລື ມີການໄຕ່ສວນໃນເງື່ອນໄຂຂອງສຸຂະພາບທີ່ຮຸນແຮງ.
- ຈະບໍ່ຈ່ າຍຄ່ າບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທີ່ສຸກເສີນ ຫລື ຮີບດ່ວນ ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຮຽບຮ້ອຍແລ້ວ.

ກ່ອນທ່ານຈະຍື່ນໃບສະໝັກ

ໃນໝົດທຸກກໍລະນີ, ທ່ານຕ້ອງເຮັດຕາມຂະບວນການຂອງການຮ້ອງທຸກຂອງຂອງແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານໃຫ້ສຳເລັດເສຍກ່ອນ ກ່ອນຈະສະໝັກເອົາ IMR. ແຜນຂອງທ່ານຕ້ອງຕັດສິນ ໃຫ້ທ່ານພາຍໃນ 30 ວັນ ຫລື ພາຍໃນ 3 ວັນ ຖ້າວ່າບັນຫາຂອງທ່ານແມ່ນການລຸກລາມໄວວາ ຫລື ຮຸນແຮງຕໍ່ສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

ຖ້າແຜນຂອງທ່ານປະຕິເສດການປິ່ນປົວໃຫ້ແກ່ທ່ານ ເພາະວ່ າມັນແມ່ນການທົດລອງ/ການໄຕ່ສວນ, ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງມີສ່ວນຮ່ວມກັບແນວທາງປະຕິບັດຂອງການຟ້ອງຮ້ອງຂອງແຜນ ຂອງທ່ານ ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະສະໝັກເອົາ IMR.

ທ່ານຕ້ອງສະໝັກເອົາ IMR ພາຍໃນຫົກເດືອນ ຫລັງຈາກແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານສົ່ງຈົດໝາຍຕອບໃຫ້ກັບການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ພວກເຮົາອາດຈະຮັບຮອງການສະໝັກຂອງທ່ານຫລັງຈາກຫົກເດືອນ, ຖ້າພວກເຮົາກຳນົດວ່າ ວາລະໂອກາດເໝາະສົມທີ່ຈະນຳສະເໜີ.

ກະລຸນາຮັບຮູ້ວ່າ ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈບໍ່ມີສ່ວນຮ່ວມໃນແນວທາງປະຕິບັດຂອງ IMR, ທ່ານອາດຈະຖືກຍົກເລີກສິດຕາມກົດໝາຍຂອງທ່ານ ໂດຍອີງຕາມການຂະບວນການທາງກົດໝາຍ ທີ່ຕ້ານກັບແຜນຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການບໍລິການ ຫລື ການປິ່ນປົວທີ່ທ່ານກຳລັງຮຽກຮ້ອງ.

ວິທີຍື່ນໃບສະໝັກ

ຂຽນແບບຟອມໃບສະໝັກ IMR. ຂຽນແບບຟອມການອະນຸຍາດໃຫ້ຊ່ວຍເຫລືອ (Authorized Assistant form) ຖ້າມີບາງຄົນກຳລັງ ຊ່ວຍເຫລືອທ່ານໃນ IMR ຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານມີບົດບັນທຶກທາງການແພດຈາກ *ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ຢູ່ນອກສັນຍາ* ກ່ຽວກັບບັນຫາການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ກະລຸນາຕິດຂັດພວກມັນເຂົ້ານຳການສະໝັກຂອງທ່ານ. ແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານຈະຖືກຮຽກຮ້ອງເອົາບົດບັນທຶກທາງການແພດຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃນສັນຍາ.

ໃຫ້ຕິດຂັດສຳເນົາຂອງຈົດໝາຍ ຫລື ເອກະສານການປິ່ນປົວອື່ນໆ ຫລື ການບໍລິການທີ່ແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານປະຕິເສດ. ສິ່ງນີ້ ສາມາດເຮັດໃຫ້ຂະບວນການຂອງ IMR ໄວຂຶ້ນ. ສົ່ງສຳເນົາຂອງເອກະສານ, ບໍ່ແມ່ນຕົ້ນສະບັບ. ສູນຊ່ວຍເຫລືອ HMO ບໍ່ສາມາດສົ່ງເອກະສານດັ່ງກ່າວຄືນໃຫ້ທ່ານ.

ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບການຂຽນແບບຟອມໃບສະໝັກຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາສູນຊ່ວຍເຫລືອ HMO ທີ່ໝາຍເລກໂທລະສັບ 1-888-HMO-2219 ຫລື TDD 1-877-688-9891. ການໂທຄັ້ງນີ້ຈະບໍ່ເສຍເງິນ.

ສົ່ງແບບຟອມຂອງທ່ານ ແລະ ເອກະສານຕິດຂັດໄປທາງໄປສະນີ ຫລື ສົ່ງແຟັກໄປທີ່:

HMO Help Center FAX: 916-255-5241
Department of Managed Health Care
980 9th Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725

ຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນ ຖ້າທ່ານມີຄຸນນະສົມບັດໄດ້ຮັບ IMR?

ສູນຊ່ວຍເຫລືອ HMO ຈະພິຈາລະນາໃບສະໝັກຂອງທ່ານຄືນ ແລະ ສົ່ງຈົດໝາຍສະບັບໜຶ່ງໄປໃຫ້ທ່ານພາຍໃນ 7 ວັນ ແລະບອກທ່ານວ່າທ່ານມີ ຄຸນນະສົມບັດໄດ້ຮັບ IMR ຫຼືບໍ່. ເມື່ອຂໍ້ມູນທັງໝົດຂອງທ່ານໄດ້ຮັບແລ້ວ, ທີ່ປະກອບດ້ວຍບົດບັນທຶກທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບທາງການແພດ, ການຈະຕັດສິນຂອງ IMR ຈະກຳນົດພາຍໃນ 30 ວັນ, ຫລື ພາຍໃນ 3 ຫາ 7 ວັນ ຖ້າວ່ ากໍລະນີຂອງທ່ານຮີບດ່ວນ. ທ່ານຈະຖືກແຈ້ງໃຫ້ຮູ້ການຕັດສິນ ໂດຍທ່ານໝໍຂອງທ່ານຜູ້ທີ່ພິຈາລະນາກໍລະນີຂອງທ່ານຄືນ. ຖ້າ IMR ຕັດສິນຈະໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫລືອແກ່ທ່ານ, ແຜນຂອງທ່ານຕ້ອງໃຫ້ການບໍລິການ ຫລື ການຮັກສາ ແກ່ທ່ານຕາມທີ່ທ່ານຮຽກຮ້ອງ.

ຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນ ຖ້າທ່ານບໍ່ມີຄຸນນະສົມບັດໄດ້ຮັບ IMR?

ບັນຫາຂອງທ່ານຈະຖືກພິຈາລະນາຄືນ ໂດຍຜ່ານມາດຕະຖານຂອງແນວທາງປະຕິບັດການຮ້ອງທຸກຂອງພະແນກ. ທ່ານຈະໄດ້ຮັບໃບແຈ້ງການໃນການຕັດສິນຂອງພວກເຮົາພາຍໃນ 30 ວັນ.

ແຈ້ງການນີ້ ຖືກກຳນົດໂດຍກົດໝາຍ

- ການເຄື່ອນໄຫວ Knox-Keene ຂອງລັດ ຄາລິຟໍເນຍ ໃຫ້ອຳນາດແກ່ ພະແນກຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ (DMHC) ເພື່ອວາງລະບຽບແຜນສຸຂະພາບ ແລະ ການໄຕ່ສວນ ການຮ້ອງທຸກຂອງສະມາຊິກຂອງແຜນສຸຂະພາບ.
- ສູນຊ່ວຍເຫລືອຂອງ HMO ຂອງ DMHC ນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ ເພື່ອໄຕ່ສວນບັນຫາຂອງທ່ານກັບແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ແລະ ກວດສອບທາງການແພດຢ່ າງເປັນເອກະລາດຄືນ (Independent Medical Review) ຖ້າທ່ານມີຄຸນນະສົມບັດເໝາະສົມທີ່ຈະໄດ້ຮັບ.
- ທ່ານເອົາຂໍ້ມູນນີ້ໃຫ້ພວກເຮົາດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈ. ໂດຍທີ່ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງເອົາຂໍ້ມູນນີ້ໃຫ້ພວກຂ້າພະເຈົ້າ.
- ເຖິງຢ່ າງໃດກໍ່ຕາມ, ຖ້າທ່ານບໍ່ເອົາຂໍ້ມູນໃຫ້ພວກຂ້າພະເຈົ້າ, ພວກຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະບໍ່ສາມາດໄຕ່ສວນການຟ້ອງຮ້ອງຂອງທ່ານ ຫລື ກວດສອບທາງການແພດຄືນຢ່ າງເອກະລາດຄືນ (Independent Medical Review).
- ພວກເຮົາອາດຈະແບ່ ງປັນຂໍ້ມູນສ່ວນໂຕຂອງທ່ານ, ເທົ່ າທີ່ຈຳເປັນໃຫ້ກັບແຜນສຸຂະພາບ ແລະ ທ່ານໝໍຜູ້ທີ່ກຳລັງປະຕິບັດ ການກວດສອບທາງການແພດຄືນຢ່ າງເອກະລາດຄືນ
- ພວກເຮົາອາດຈະແບ່ ງປັນຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານໃຫ້ກັບ ຕົວແທນລັດຖະບານອື່ນໆເທົ່ າທີ່ຈຳເປັນ ຫລື ອະນຸຍາດໂດຍກົດໝາຍ.
- ທ່ານມີສິດທີ່ຈະເບິ່ ງຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ. ຈະເຮັດແນວນີ້ໄດ້ນັ້ນ, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ພົວພັນກັບຜູ້ປະສານງານການຮຽກຮ້ອງບົດບັນທຶກ ຂອງ DMHC (DMHC Records Request Coordinator), DMHC, ຫ້ ອງການການບໍລິການດ້ານກົດໝາຍ (Office of Legal Services), 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814-2725, 916-322-6727.
- ກົດໝາຍທີ່ຮຽກຮ້ ອງການແຈ້ ງການນີ້ ແມ່ ນຂໍ້ ມູ ນ ຂ ອ ງ ກົ ດ ໝ າ ຍ ປ ະ ຕ ິ ບ ັ ດ (Information Practices Act) ຂ ອ ງ ປ ີ 1977 (ລ ະ ຫ ັ ດ ຂ ອ ງ ພ ົ ນ ລ ະ ເ ມ ື ອ ງ ລ ັ ດ ຄ າ ລ ິ ຟ ໍ ເ ນ ຍ ໝ ວ ດ 1798.17).

State of California, Business,
Transportation and Housing Agency
Department of Managed Health Care
AUTHORIZED ASSISTANT FORM-Lao
DMHC 20-160 New: 04/06

HMO Help Center

State of California
Department of Managed Health Care

ແບບຟອມການອະນຸຍາດໃຫ້ຊ່ວຍເຫຼືອ

- ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການມອບອຳນາດໃນການຊ່ວຍເຫຼືອແກ່ທ່ານໃນເລື້ອງການກວດສອບທາງການແພດທີ່ເປັນອິດສະຫຼະ (Independent Medical Review - IMR) ຫຼືການຮຽກຮ້ອງໃຫ້ກັບຜູ້ອື່ນ, ແມ່ນໃຫ້ເຮັດພາກ A ແລະ B ດັງລຸ່ມນີ້.
- ຖ້າຫາກທ່ານເປັນຜູ້ປົກຄອງ ຫຼືຜູ້ດູແລທີ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍຂອງການ IMR ຫຼືການຮ້ອງຮຽນໃຫ້ແກ່ເດັກທີ່ມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 18 ປີ, ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງປະກອບແບບຟອມນີ້ໃຫ້ສຳເລັດ.
- ຖ້າວ່າທ່ານເປັນດຳເນີນ IMR ຫຼືການຮ້ອງຮຽນໃຫ້ກັບຄົນເຈັບ ຜູ້ທີ່ບໍ່ສາມາດປະກອບແບບຟອມນີ້ໃຫ້ສຳເລັດ ເນື່ອງຈາກວ່າຄົນເຈັບບໍ່ມີຄວາມສາມາດ ຫຼື ສູນເສຍຄວາມສາມາດ, ແລະ ທ່ານເອງມີສິດອຳນາດທາງກົດໝາຍ ທີ່ຈະດຳເນີນການສຳລັບຄົນເຈັບຜູ້ນີ້, ກະລຸນາປະກອບພາກ B ໃຫ້ສຳເລັດເທົ່ານັ້ນ. ພ້ອມທັງຕິດຂັດສຳເນົາຂອງເອກະສານມອບອຳນາດການຕັດສິນໃນການປິ່ນປົວ ຫຼື ເອກະສານທາງການອື່ນໆ ທີ່ລະບຸວ່າທ່ານສາມາດຕັດສິນໃຈໃຫ້ແກ່ຄົນເຈັບ.

ພາກ A: ຄົນເຈັບ

ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ບຸກຄົນທີ່ມີລາຍຊື່ດັ່ງລຸ່ມນີ້ ໃນພາກ B ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອຂ້າພະເຈົ້າໃນ IMR ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ການຮ້ອງຮຽນຕໍ່ພະແນກຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ (DMHC). ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ພະນັກງານຂອງ DMHC ແລະ IMR ໃຫ້ນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າກັບບຸກຄົນທີ່ມີລາຍຊື່ດັ່ງລຸ່ມນີ້. ຂໍ້ມູນນີ້ອາດຈະມີທັງການປິ່ນປົວທາງຈິດ, ເອດ ຫຼື ການກວດຫາເຊື້ອເອດ, ການບຳບັດ ເຫຼົ້າ ຫຼື ຢາເສບຕິດ, ຫຼືຂໍ້ມູນທາງການແພດອື່ນໆ.

ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຊາບແລ້ວວ່າ ຈະມີພຽງແຕ່ຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວກັບ IMR ຫຼື ການຮ້ອງຮຽນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະຖືກເປີດເຜີຍ.

ການຍິນຍອມຮັບເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນການສະມັກໃຈ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າກໍ່ມີສິດທີ່ຈະຢຸດຮັບເອົາມັນ. ໃນເມື່ອຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການທີ່ຈະຢຸດ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະຕ້ອງປະຕິບັດຕາມທີ່ຂຽນໄວ້.

ລາຍເຊັນຂອງຄົນເຈັບ _____ ວັນທີ _____

ພາກ B: ບຸກຄົນທີ່ຊ່ວຍຄົນເຈັບ

ຊື່ຂອງຜູ້ທີ່ມາຊ່ວຍ (ພິມ) _____

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ທີ່ມາຊ່ວຍ _____

ທີ່ຢູ່ _____

ສາຍພົວພັນຕໍ່ກັບຄົນເຈັບ _____

ເບີໂທລະສັບຕິດຕໍ່ໄດ້ຕອນກາງເວັນ # _____

ເບີໂທລະສັບຕິດຕໍ່ໄດ້ຕອນແລງ # _____

☐ ໄດ້ຕັດຂັດ ເອກະສານມອບອຳນາດນການຕັດສິນໃນການປິ່ນປົວຫຼືເອກະສານທາງການອື່ນໆ.