

ໃບສະໝັກ(IMR)/ແບບຟອມຄໍາຮ້ອງຂໍທົບທວນການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບແບບອິດສະລະ

ຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນ

ທ່ານສາມາດສົ່ງໃບສະໝັກ IMR/ແບບຟອມຄໍາຮ້ອງທາງອອນລາຍນີ້: www.HealthHelp.ca.gov

- ❖ ບໍ່ເສຍຄ່າ: ຂະບວນການຮ້ອງທຸກຂອງລູກຄ້າ/IMR ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.
- ❖ ໄວ: ຕາມປົກກະຕິແລ້ວ IMR ໃຫ້ຄໍາຕັດສິນພາຍໃນ 30 ວັນ, ຫຼື ພາຍໃນ 7 ວັນ ຖ້າເຫັນວ່າບັນຫາສຸຂະພາບແມ່ນ ຮີບດ່ວນ.
- ❖ ປະສົບຜົນສໍາເລັດ: ເກືອບເທົ່າກັບ 60% ຂອງຄົນເຈັບໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ຮຽກຮ້ອງໂດຍຜ່ານ IMR.
- ❖ ສຸດທ້າຍ: ແຜນສຸຂະພາບ ຕ້ອງປະຕິບັດຕາມຄໍາຕັດສິນຂອງ IMR ແລະ ຈັດທາການບໍລິການທັນທີ.

ຂໍ້ມູນຂອງຄົນເຈັບ

ຊື່ _____ ຊື່ກາງ _____ ນາມສະກຸນ _____

ວັນເດືອນປີເກີດຂອງຄົນເຈັບ (ດດ/ວວ/ປປປປ) _____ ເພດ: ຊາຍ ຍິງ

ຊື່ຂອງພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງ ຖ້າວ່າສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫລືອໃຫ້ເດັກນ້ອຍ _____

ຖະໜົນ _____

ເມືອງ _____ ຮັຖ _____ ລະຫັດໄປສະນີ (Zip) _____

ເບີໂທລະສັບສາມາດຕິດຕໍ່ຕອນກາງເວັນ # _____

ເບີໂທລະສັບສາມາດຕິດຕໍ່ຕອນກາງຄືນ # _____

ທີ່ຢູ່ອີເມວ _____

ຊື່ຂອງແຜນສຸຂະພາບ _____

ການເປັນສະມາຊິກຂອງຄົນເຈັບ # _____

ຊື່ກຸ່ມການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບ (ຖ້າໄດ້ລົງທະບຽນໃນກຸ່ມເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບ) _____

ນາຍຈ້າງ _____ ບໍ່ໄດ້ຮັບການວ່າຈ້າງ

ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຄົນຊ່ວຍທ່ານໃນການຂຽນຄໍາຮ້ອງທຸກບໍ? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ກະລຸນາຂຽນ “ແບບຟອມຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫລືອທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ” ທີ່ຂັດຕິດມາພ້ອມນີ້.

ທ່ານມີ Medi-Cal ບໍ? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ໃບສະໝັກ(IMR)/ແບບຟອມຄຳຮ້ອງຂໍທົບທວນການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບແບບອິດສະລະ

ຖ້າມີ, ທ່ານໄດ້ປະກອບເອກະສານຮ້ອງທຸກເພື່ອຂໍຄວາມຍຸດຕິທຳຂອງຮັຖບໍ? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ທ່ານມີ Medicare ຫຼື ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຈາກ Medicare ບໍ? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ທ່ານໄດ້ປະກອບເອກະສານຮ້ອງທຸກ ຫຼື ຄຳຮ້ອງທຸກ ພ້ອມກັບແຜນສຸຂະພາບບໍ? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ທ່ານກຳລັງຂໍຄຳບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບແລ້ວນັ້ນບໍ? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ຈົ່ງໃສ່ວັນທີຂອງການບໍລິການ ແລະ ຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ:

ທ່ານກຳລັງຂໍອະນຸມັດການບໍລິການໃນອະນາຄົດບໍ? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອໃນກິດຈະວັດປະຈຳວັນ ຫຼື ຂໍໃຫ້ພິຈາລະນາວ່າ ຕົວທ່ານເອງມີຄວາມພິການບໍ? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ບັນຫາສຸຂະພາບຂອງທ່ານ

(ນຳໃຊ້ເອກະສານຕ່າງຫາກ ແລະ ຄິດຕິດເອກະສານອື່ນໃສ່, ຖ້າເຫັນວ່າຈຳເປັນ.)

ເງື່ອນໄຂຂອງການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຫຼື ການບົ່ງມະຕິພະຍາດຂອງທ່ານໝໍແມ່ນແນວໃດ? (ກະລຸນາລະບຸ)

ການປິ່ນປົວ/ການບໍລິການສຸຂະພາບ ແລະ/ຫຼື ການປິ່ນປົວສຸຂະພາບທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍແມ່ນແນວໃດ? (ກະລຸນາລະບຸ)

ແຜນຂອງທ່ານບອກວ່າ ການປິ່ນປົວທີ່ທ່ານຕ້ອງການແມ່ນ (ໝາຍຂໍ້ໜຶ່ງ):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີຄວາມຈຳເປັນດ້ານການດູແລສຸຂະພາບ | <input type="checkbox"/> ການທົດລອງ ຫຼື ການສຳຫລວດ |
| <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນພາວະສຸກເສີນ/ຮີບດ່ວນ | <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ (ກະລຸນາອະທິບາຍຂ້າງລຸ່ມນີ້) |

ໃສ່ຊື່ ແລະ ເບີໂທລະສັບຂອງທ່ານໝໍປິ່ນປົວສຸຂະພາບຫລັກຂອງທ່ານ ແລະ ຜູ້ສະໜອງຄົນອື່ນທີ່ໄດ້ພົບເຫັນ, ໄດ້ຖືກປິ່ນປົວ ຫຼື ແນະນຳໃຫ້ທ່ານສຳລັບເງື່ອນໄຂນີ້.

ທ່ານໄດ້ພົບຜູ້ສະໜອງທີ່ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍສຳລັບເງື່ອນໄຂຂອງທ່ານບໍ? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ກະລຸນາໃສ່ບັນທຶກການດູແລສຸຂະພາບໃນແບບຟອມນີ້.

ອະທິບາຍບັນຫາທີ່ທ່ານກຳລັງພົບພໍ້ໃນແຜນຂອງທ່ານແບບຫຍໍ້ໆ. ຕົວຢ່າງ: ອະທິບາຍວ່າ ບັນຫາແມ່ນການປິ່ນປົວທີ່ຖືກປະຕິເສດ, ການຮ້ອງທຸກທີ່ບໍ່ໄດ້ຈ່າຍ, ບັນຫາທີ່ໄດ້ຮັບການນັດໝາຍ ຫຼື ການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ, ຫຼື ຖ້າການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານໄດ້ຖືກຍົກເລີກດ້ວຍແຜນການ.

ໃບສະໝັກ(IMR)/ແບບຟອມຄຳຮ້ອງຂໍທົບທວນການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບແບບອິດສະລະ

ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບ

ຂ້ອຍຂໍໃຫ້ ພະແນກດູແລສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ມີການຄຸ້ມຄອງ (Department of Managed Health Care – DMHC) ໃຫ້ຄຳຕັດສິນກ່ຽວກັບບັນຫາຂອງຂ້ອຍດ້ວຍແຜນຂອງຂ້ອຍ. ຂ້ອຍຂໍໃຫ້ DMHC ທົບທວນໃບສະໝັກ/ແບບຟອມຄຳຮ້ອງ ຂໍທົບທວນການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບແບບອິດສະລະ (IMR) ຂອງຂ້ອຍ ເພື່ອກຳນົດວ່າ ຄຳຮ້ອງຂອງຂ້ອຍມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມໄດ້ຮັບ IMR ຫຼື ຂະບວນການຮ້ອງທຸກຂອງລູກຄ້າຂອງ DMHC. ຂ້ອຍອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ສະໜອງໃນອະດີດ ແລະ ປັດຈຸບັນ, ແລະ ແຜນຂອງຂ້ອຍ ເປີດເຜີຍບັນທຶກຂອງການດູແລສຸຂະພາບ ແລະ ຂໍ້ມູນໃນການທົບທວນບັນຫານີ້. ບັນທຶກເຫຼົ່ານີ້ ອາດຈະປະກອບດ້ວຍ: ບັນທຶກກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຈິດ, ການໃຊ້ສານເສບຕິດ, HIV, ມະໂນພາບການບົ່ງມະຕິພະຍາດ ແລະ ບັນທຶກອື່ນໆກ່ຽວກັບສຳນວນຂອງຂ້ອຍ. ບັນທຶກເຫຼົ່ານີ້ ຍັງອາດຈະລວມທັງ: ບັນທຶກທີ່ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການດູແລສຸຂະພາບ ແລະ ຂໍ້ມູນອື່ນໆກ່ຽວກັບສຳນວນຂອງຂ້ອຍ. ຂ້ອຍອະນຸຍາດໃຫ້ DMHC ທົບທວນບັນທຶກ ແລະ ຂໍ້ມູນເຫຼົ່ານີ້ ແລະ ສົ່ງພວກມັນໄປໃຫ້ແຜນຂອງຂ້ອຍ. ການອະນຸຍາດຂອງຂ້ອຍຈະສິ້ນສຸດທ້ອງປີ ນັບຈາກວັນທີ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້, ຍົກເວັ້ນກົດໝາຍອະນຸຍາດໃຫ້. ຕົວຢ່າງ: ກົດໝາຍອະນຸຍາດໃຫ້ DMHC ສືບຕໍ່ນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນຂອງຂ້ອຍຢູ່ພາຍໃນ. ຂ້ອຍສາມາດສິ້ນສຸດການອະນຸຍາດຂອງຂ້ອຍໃນບໍ່ຊ້າທີ່ຂ້ອຍຕ້ອງການ. ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຂ້ອຍໄດ້ຈັດຫາໃຫ້ໃນເອກະສານນີ້ແມ່ນມີຄວາມຈິງ.

ລາຍເຊັນຂອງຄົນເຈັບ ຫຼື ພໍ່ແມ່ _____ ວັນທີ _____

ກະລຸນາເບິ່ງເອກະສານແນະນຳ ເພື່ອສົ່ງຂໍ້ມູນໃຫ້ທາງໄປສະນີ ຫຼື ທາງແຟັກ.

ສຳລັບຂໍ້ມູນທາງສະຖິຕິເທົ່ານັ້ນ

ທ່ານສາມາດສະໜອງຂໍ້ມູນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ໂດຍສະໝັກໃຈ. ການໃຫ້ຂໍ້ມູນນີ້ ຈະຊ່ວຍໃຫ້ DMHC ກຳນົດຮູບແບບຂອງບັນຫາ. ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມປອດໄພ ພາກ 1374.30 ອະນຸຍາດໃຫ້ DMHC ຮັບເອົາຂໍ້ມູນນີ້ ເພື່ອຈຸດປະສົງຂອງການຄົ້ນຄວ້າ ແລະ ຂໍ້ມູນດ້ານສະຖິຕິ. ການໃຫ້ຂໍ້ມູນນີ້ ຖືວ່າເປັນທາງເລືອກ ແລະ ຈະບໍ່ມີຜົນຕໍ່ IMR ຫຼື ຄຳຕັດສິນຂອງການຮ້ອງທຸກ ໃນຮູບແບບໃດໆ.

ພາສາຫລັກທີ່ເວົ້າ: _____ ເລືອກທີ່ຈະບໍ່ໃຫ້

ຊົນເຜົ່າ/ລັກສະນະເຊື້ອຊາດ: _____ ເລືອກທີ່ຈະບໍ່ໃຫ້

ແບບຟອມໃຫ້ການຊ່ວຍເຫລືອທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸມັດ

- ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ອະນຸຍາດແກ່ບຸກຄົນອື່ນ ເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານໄດ້ມີການທົບທວນການດູແລສຸຂະພາບແບບອິດສະລະ (Independent Medical Review – IMR) ຫຼື ຄໍາຮ້ອງ, ຊຽນ ພາກ A ແລະ B ຂ້າງລຸ່ມນີ້.
- ຖ້າທ່ານແມ່ນພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງທີ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ ທີ່ປະກອບເອກະສານ IMR ຫຼື ຄໍາຮ້ອງທຸກສະບັບນີ້ ສໍາລັບເດັກນ້ອຍທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 18 ປີ, ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງຊຽນແບບຟອມນີ້.
- ຖ້າທ່ານກໍາລັງປະກອບເອກະສານ IMR/ຄໍາຮ້ອງ ສໍາລັບຄົນເຈັບຜູ້ທີ່ບໍ່ສາມາດຊຽນແບບຟອມນີ້ໄດ້ ຍ້ອນວ່າຄົນເຈັບບໍ່ມີຄວາມສາມາດ ຫຼື ບໍ່ມີຄຸນສົມບັດພຽງພໍ ແລະ ທ່ານມີສິດຕາມກົດໝາຍໃນການເຄື່ອນໄຫວແທນຄົນເຈັບຄົນນີ້, ກະລຸນາຊຽນແຕ່ພາກ B ເທົ່ານັ້ນ. ພ້ອມກັນນັ້ນ ຈົ່ງຕັດຕິດສໍາເນົາຂອງໃບມອບອໍານາດສໍາລັບການຕັດສິນຂອງການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບ ຫຼື ເອກະສານອື່ນໆທີ່ບອກວ່າ ທ່ານສາມາດຕັດສິນໃຈແທນຄົນເຈັບໄດ້.

ພາກ A: ຄົນເຈັບ

ຂ້ອຍອະນຸຍາດໃຫ້ບຸກຄົນທີ່ມີຊື່ລຸ່ມນີ້ໃນພາກ B ຊ່ວຍໃຫ້ຂ້ອຍປະກອບເອກະສານ IMR ຫຼື ຄໍາຮ້ອງ ໃຫ້ພະແນກ ດູແລສຸຂະພາບທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງ (Department of Managed Health Care – DMHC). ຂ້ອຍອະນຸຍາດ ຂອງ DMHC ແລະ IMR ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂຂອງການດູແລສຸຂະພາບ ແລະ ການເບິ່ງແຍງ ໃຫ້ກັບບຸກຄົນທີ່ມີຊື່ລຸ່ມນີ້. ຂໍ້ມູນນີ້ອາດຈະປະກອບດ້ວຍ: ການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຈິດ, ການປິ່ນປົວ ຫຼື ການກວດຫາ HIV, ການບໍາບັດເຫຼົ້າ ຫຼື ຢາເສບຕິດ ຫຼື ຂໍ້ມູນດ້ານການດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ.

ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າ: ມີພຽງແຕ່ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບ IMR ຫຼື ຄໍາຮ້ອງຂອງຂ້ອຍເທົ່ານັ້ນ ຈະໄດ້ຮັບການເຜີຍແຜ່.

ການອະນຸຍາດຂອງຂ້ອຍສໍາລັບການຊ່ວຍເຫລືອນີ້ແມ່ນໂດຍສະເພາະໃຈ ແລະ ຂ້ອຍມີສິດຍົກເລີກໄດ້. ຖ້າວ່າຂ້ອຍຕ້ອງການຍົກເລີກ, ຂ້ອຍຕ້ອງດໍາເນີນການຍົກເລີກໂດຍການຊຽນເປັນລາຍລັກອັກສອນ.

ລາຍເຊັນຂອງຄົນເຈັບ _____ ວັນທີ _____

ພາກ B: ຜູ້ຊ່ວຍເຫລືອຄົນເຈັບ

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫລືອ (ໂຕພິມ) _____

ລາຍເຊັນຂອງບຸກຄົນທີ່ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫລືອ _____

ທີ່ຢູ່ _____

ເມືອງ _____ ຮັດ _____ ລະຫັດໄປສະນີ (Zip) _____

ສາຍພົນພັນກັບຄົນເຈັບ _____

ເບີໂທລະສັບສາມາດຕິດຕໍ່ຕອນກາງເວັນ # _____

ເບີໂທລະສັບສາມາດຕິດຕໍ່ຕອນກາງຄືນ # _____

ທີ່ຢູ່ອີເມວ _____

ໃບມອບສິດຂອງຂ້ອຍສໍາລັບຄໍາຕັດສິນຂອງການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບ ຫຼື ເອກະສານທາງດ້ານກົດໝາຍອື່ນໆ ແມ່ນຕັດຕິດມາພ້ອມນີ້.

ເອກະສານແນະນຳສຳລັບໃບສະໝັກ IMR/ແບບຟອມຮ້ອງທຸກ

ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ, ຈົ່ງໂທຫາສູນໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫລືອ (Help Center) ທີ່ 1-888-466-2219 ຫຼື TDD ທີ່ 1-877-688-9891. ສາຍນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.

ກ່ອນທ່ານຈະປະກອບເອກະສານ:

ໃນທຸກກໍລະນີ, ທ່ານຕ້ອງປະຕິບັດຂັ້ນຕອນການຮ້ອງໃນແຜນຂອງທ່ານ ຫຼື ຜ່ານຂະບວນການຮ້ອງທຸກ ໃຫ້ສຳເລັດ ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະປະກອບເອກະສານຮ້ອງທຸກ ຫຼື ຂໍ IMR ໄປທີ່ DMHC. ແຜນຂອງທ່ານຕ້ອງໃຫ້ຄຳຕັດສິນແກ່ທ່ານ ພາຍໃນ 30 ວັນ ຫຼື ພາຍໃນ 3 ວັນ ຖ້າວ່າບັນຫາຂອງທ່ານແມ່ນຮີບດ່ວນ ແລະ ມີຜົນກະທົບຕໍ່ສຸຂະພາບຂອງ ທ່ານຢ່າງຮ້າຍແຮງ.

ຖ້າວ່າແຜນຂອງທ່ານປະຕິເສດການປິ່ນປົວທ່ານ ຍ້ອນວ່າເປັນເລື່ອງກ່ຽວກັບການທົດລອງ/ການສືບສວນ, ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງເຂົ້າຮ່ວມໃນຂັ້ນຕອນການຮ້ອງ ຫຼື ຂະບວນການຮ້ອງທຸກຕໍ່ແຜນຂອງທ່ານ ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະສະໝັກຂໍ IMR.

ທ່ານຕ້ອງສະໝັກຂໍ IMR ພາຍໃນຫົກເດືອນ ຫລັງຈາກທີ່ແຜນຂອງທ່ານສິ້ນຈົດໝາຍຕອບຮັບຄຳຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ. DMHC ອາດຈະຮັບເອົາໃບສະໝັກຂອງທ່ານຫລັງຈາກຫົກເດືອນ ຖ້າພິສູດໄດ້ວ່າ: ມີເງື່ອນໄຂທີ່ເຮັດໃຫ້ການສິ້ນຈົດໝາຍມີຄວາມຊັກຊ້າ. ຈົ່ງຮັບຮູ້ໄວ້ວ່າ: ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈຈະບໍ່ປະກອບເອກະສານຮ້ອງທຸກຕໍ່ DMHC ກ່ຽວກັບ ບັນຫາທີ່ຈະເຮັດໃຫ້ມີສິດໄດ້ຮັບ IMR, ທ່ານອາດຈະຖືກຍົກເລີກສິດຂອງທ່ານໃນການປະຕິບັດກົດໝາຍຕໍ່ແຜນຂອງທ່ານ ກ່ຽວກັບການບໍລິການ ຫຼື ການປິ່ນປົວທີ່ທ່ານກຳລັງຮ້ອງຂໍ.

ຈະປະກອບເອກະສານໄດ້ແນວໃດ:

1. ປະກອບເອກະສານທາງອອນລາຍນີ້ໄປທີ່ www.HealthHelp.ca.gov. ນີ້ແມ່ນວິທີທີ່ໄວທີ່ສຸດ.

ຫຼື

ປະກອບ ແລະ ເຊັນໃສ່ ໃບສະໝັກຂໍ IMR/ແບບຟອມຮ້ອງທຸກ.

2. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຄົນຊ່ວຍທ່ານສະໝັກຂໍ IMR ຫຼື ຄຳຮ້ອງ, ຈົ່ງຂຽນ “ແບບຟອມຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫລືອທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸມັດ”.
3. ຖ້າທ່ານມີບັນຫາທາງດ້ານສຸຂະພາບຈາກຜູ້ຈັດທາທີ່ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ, ກະລຸນາໃສ່ຂໍ້ມູນເຫລົ່ານັ້ນພ້ອມກັບໃບສະໝັກຂໍ IMR/ແບບຟອມຮ້ອງທຸກ. ແຜນຂອງທ່ານຈະສະໜອງບັນຫາທາງດ້ານສຸຂະພາບຈາກຜູ້ຈັດທາເຄືອຂ່າຍ.
4. ທ່ານສາມາດເອົາເອກະສານອື່ນໆເພື່ອສະໜັບສະໜູນການຮຽກຮ້ອງຂອງທ່ານ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ບໍ່ມີຄວາມຈຳເປັນຈະສະໜອງເອກະສານໃດໜຶ່ງ ຫຼື ເອກະສານຕິດຕໍ່ທາງຈົດໝາຍ ລະຫວ່າງທ່ານ ແລະ ແຜນຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການຄຳຮ້ອງນີ້. DMHC ຈະຮັບເອົາເອກະສານນີ້ໂດຍກົງຈາກແຜນຂອງທ່ານ ຊຶ່ງເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງການສຳຫລວດນີ້.
5. ຖ້າທ່ານບໍ່ສົ່ງທາງອອນລາຍ, ກະລຸນາສົ່ງແບບຟອມຂອງທ່ານທາງຈົດໝາຍ ຫຼື ແຟັກ ແລະ ເອກະສານຄັດຕິດໃດໜຶ່ງໄປທີ່:

DMHC Help Center
980 9th Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

ຕໍ່ໄປຈະເຮັດແນວໃດ?

ສູນຊ່ວຍເຫລືອ (Help Center) ຈະສົ່ງຈົດໝາຍໄປໃຫ້ທ່ານພາຍໃນເຈັດວັນ ເພື່ອບອກທ່ານວ່າທ່ານຈະມີສິດໄດ້ຮັບ IMR ຫຼືບໍ່. ຖ້າຖືກຕັດສິນວ່າ: ຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານສົມຄວນຈະໄດ້ຮັບ IMR, ສຳເນົາຂອງທ່ານໄດ້ຖືກມອບໃຫ້ຜູ້ຮັບເໝົາຂອງຮັຖ ຊຶ່ງເປັນຜູ້ທີ່ຈະດຳເນີນການທົບທວນ. ຜູ້ຮັບເໝົາຂອງຮັຖຍັງເປັນ ອົງກອນທົບທວນການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບແບບອິດສະລະ

ໃບສະໝັກ/ແບບຟອມຄໍາຮ້ອງຂໍທົບທວນການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບແບບອິດສະລະ

(IMRO). ທຸກຂໍ້ມູນຢູ່ໃນກຳມະສິດຂອງສູນໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫລືອ (Help Center) ກ່ຽວກັບຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານ, ລວມທັງ ບັນທຶກການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຈະຖືກສົ່ງໄປໃຫ້ IMRO. IMRO ຈະຕັດສິນພາຍໃນ 30 ວັນ ຫຼື ພາຍໃນເຈັດວັນ ຖ້າວ່າສໍາເນົາຂອງທ່ານແມ່ນຮີບດ່ວນ. ທ່ານຈະຖືກແຈ້ງ ຄໍາຕັດສິນໃຫ້ເປັນລາຍລັກອັກສອນ.

ຖ້າວ່າທ່ານຖືກຕັດສິນວ່າ ຄໍາຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານຄວນຈະໄດ້ຮັບການທົບທວນໂດຍຜ່ານຂະບວນການຮ້ອງທຸກຂອງລູກຄ້າ (Customer Complaint), ຄໍາຕັດສິນກ່ຽວກັບບັນຫາຂອງທ່ານຈະດໍາເນີນພາຍໃນ 30 ວັນ. ທ່ານຈະຖືກແຈ້ງ ຄໍາຕັດສິນໃຫ້ເປັນລາຍລັກອັກສອນ.

ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການປະຕິບັດຂໍ້ມູນ (Information Practices Act) ປະຈຳປີ 1977 (ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍກົດໝາຍແພ່ງຂອງຮັຖແຄລິຟໍເນຍ ພາກ 1798.17) ຕ້ອງການແຈ້ງການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້.

- ກົດໝາຍ ນອກສ໌-ຄິນຂອງຮັຖແຄລິຟໍເນຍ (California's Knox-Keene Act) ໃຫ້ອໍານາດໃນການຈັດລະບຽບແຜນສຸຂະພາບຂອງ DMHC ແລະ ສໍາຫລວດຄໍາຮ້ອງທຸກຂອງສະມາຊິກແຜນສຸຂະພາບ.
- ສູນໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫລືອຂອງ DMHC ນໍາໃຊ້ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານໃນການສໍາຫລວດບັນຫາຂອງທ່ານ ດ້ວຍແຜນຂອງທ່ານ ແລະ ຈັດຫາ IMR ໃຫ້ ຖ້າວ່າທ່ານສົມຄວນຈະໄດ້ຮັບ.
- ທ່ານສະໜອງຂໍ້ມູນນີ້ໃຫ້ DMHC ດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈ. ທ່ານບໍ່ຕ້ອງສະໜອງຂໍ້ມູນນີ້. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ຖ້າວ່າທ່ານບໍ່ສະໜອງ DMHC ອາດຈະບໍ່ສາມາດສໍາຫລວດການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ ຫຼື ຈັດຫາ IMR ໃຫ້.
- DMHC ອາດຈະເຜີຍແຜ່ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ ເທົ່າທີ່ຈໍາເປັນ ພ້ອມດ້ວຍ ແຜນ ແລະ ຜູ້ສະໜອງທີ່ປະຕິບັດ IMR.
- DMHC ອາດຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໃຫ້ກັບໜ່ວຍງານຂອງຮັຖບານອື່ນ ຕາມຄວາມຈໍາເປັນ ຫຼື ຕາມການອະນຸຍາດຂອງກົດໝາຍ.
- ທ່ານມີສິດເບິ່ງຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ. ຕ້ອງການປະຕິບັດສິ່ງນີ້, ຈົ່ງຕິດຕໍ່ຫາ DMHC Records Request Coordinator, DMHC, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, ຫຼື ໂທຫາ 916-322-6727.