

Ngày Gửi Thư: <date>

<mailing address>

Kính gửi <CONSUMER>: <CIN>

Chúng tôi gửi cho quý vị thông báo này vì hồ sơ của chúng tôi cho thấy quý vị đang nhận Trợ Cấp Y Tế (Medical Assistance) (còn được gọi là Medicaid) và Medicare.

Cách thức quý vị nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe thể chất sẽ thay đổi vì Sở Dịch Vụ Nhân Sinh sẽ bắt đầu một chương trình mới.

Chương trình mới này được gọi là **Community HealthChoices (CHC)**. Với CHC, quý vị sẽ không mất bất kỳ dịch vụ nào trong chương trình Hỗ Trợ Y Tế mà hiện tại quý vị đang nhận. Quý vị sẽ không phải trả thêm bất kỳ chi phí nào mà hiện tại quý vị đang trả.

**Quý vị sẽ bắt đầu nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe thể chất của chương trình Hỗ Trợ Y Tế qua chương trình Community HealthChoices vào ngày 1 tháng 1 năm 2020. Quý vị sẽ cần phải chọn một chương trình chăm sóc có quản lý.**

**CHC sẽ không thực hiện bất kỳ thay đổi nào đối với chương trình Medicare của quý vị. Medicare sẽ tiếp tục thanh toán trước tiên cho hầu hết các dịch vụ như chăm sóc tại bệnh viện, xét nghiệm trong phòng thí nghiệm và những cuộc thăm khám bác sĩ.**

### **CHC là gì?**

CHC sử dụng các chương trình chăm sóc có quản lý (các kế hoạch CHC) để đảm bảo tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe thể chất

của quý vị qua chương trình Trợ Giúp Y Tế và Medicare làm việc với nhau. Chương trình CHC mà quý vị chọn sẽ làm việc với bác sĩ, nhà cung cấp và chương trình Medicare của quý vị để đảm bảo quý vị nhận được sự chăm sóc và dịch vụ mà quý vị cần – một cách dễ dàng hơn!

Quý vị sẽ có thể chọn từ 3 chương trình CHC. Các chương trình đó là:



### Tôi phải làm gì?

Hãy chờ nhận một gói đăng ký trong thư vào vài ngày tới. Sau đó chọn một chương trình CHC.

Gói đăng ký sẽ cung cấp cho quý vị thông tin quý vị cần để chọn chương trình CHC cho mình. Tất cả các chương trình CHC đều bao gồm các dịch vụ Hỗ Trợ Y Tế như quý vị có hôm nay qua thẻ ACCESS. Một số chương trình CHC có thể cung cấp thêm các dịch vụ. Quý vị có thể tìm hiểu về từng dịch vụ của của chương trình CHC trong gói này.

**ĐIỀU QUAN TRỌNG** là quý vị phải chọn chương trình CHC phù hợp với nhu cầu của quý vị để quý vị có thể tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp quan trọng đối với quý vị.

Quý vị sẽ có đến ngày **<05/31/2018>** để chọn chương trình CHC của mình. Nếu quý vị không chọn một chương trình CHC, quý vị sẽ được tự động đăng ký vào một chương trình. **Quý vị có thể thay đổi chương trình CHC của mình vào bất cứ lúc nào dù quý vị có tự chọn cho mình hay không.**

### Tại sao tôi phải nhận các dịch vụ của tôi trong chương trình CHC?

Một số luật nhất định cho phép sở yêu cầu quý vị nhận các dịch vụ của mình qua một chương trình chăm sóc có quản lý như CHC. Luật pháp cho phép việc này bao gồm luật liên bang ở 42 U.S.C. §§ 1396n(b), 1396n(c) và luật tiểu bang ở 62 P.S. §§ 201(2), 403(b).

Để biết thêm thông tin về những thay đổi theo CHC, hãy đọc mẫu “Thông Báo CHC – Thêm Thông Tin” kèm theo thư này.

## **Tôi có thể khiếu nại quyết định của sở về việc tôi sẽ nhận các dịch vụ của tôi qua CHC không?**

Quý vị có thể khiếu nại và yêu cầu một phiên điều trần **chỉ khi** quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã phạm sai lầm và quý vị không nên nhận dịch vụ của mình qua chương trình CHC. Quý vị chỉ có thể khiếu nại nếu:

- Quý vị dưới 21 tuổi;
- Quý vị là người tham gia chương trình LIFE; hoặc
- Quý vị không thuộc bất kỳ nhóm nào sau đây:
  - Nhận được cả dịch vụ của Medicare và Hỗ Trợ Y Tế;
  - Nhận các dịch vụ tại nhà qua chương trình miễn trừ; hoặc
  - Nhận các dịch vụ tại nhà điều dưỡng.

Quý vị không thể khiếu nại vì bất kỳ lý do nào khác. Để tìm hiểu thêm, hãy đọc “Mẫu Khiếu Nại và Điều Trần Công Bằng” kèm theo thư này.

Quý vị có cần trợ giúp pháp lý không? Quý vị có thể nhận trợ giúp pháp lý miễn phí bằng cách gọi cho văn phòng dịch vụ pháp lý địa phương của mình tại <LEGALSERVICES> hoặc Dự Án Luật Y Tế Pennsylvania theo số 1-800-274-3258.

Cảm ơn quý vị,

Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Pennsylvania



## **Thông Báo của CHC – Thêm Thông Tin**

**Tôi sẽ nhận các dịch vụ sức khỏe hành vi (còn gọi là dịch vụ sức khỏe tâm thần hoặc ma túy và rượu) như thế nào?**

Quý vị sẽ tiếp tục nhận các dịch vụ của mình trong cùng một chương trình chăm sóc sức khỏe hành vi có quản lý của HealthChoices mà quý vị có hôm nay. Chương trình CHC của quý vị sẽ làm việc với chương trình sức khỏe hành vi của quý vị để quý vị nhận được tất cả các dịch vụ quý vị cần.

**Nếu tôi không còn nhận được Hỗ Trợ Y Tế khi CHC bắt đầu thì sao?**

Nếu quý vị không còn nhận được Hỗ Trợ Y Tế khi CHC bắt đầu, quý vị sẽ nhận được một lá thư từ sở cho biết liệu quý vị có nhận được dịch vụ của mình qua CHC hay không.

**Tôi có thể tìm hiểu thêm về CHC ở đâu?**

Hãy truy cập [www.HealthChoices.pa.gov](http://www.HealthChoices.pa.gov) hoặc gọi 1-844-824-3655 để biết thêm thông tin.

## Mẫu Khiếu Nại và Điều Trần Công Bằng

Quý vị có thể nộp khiếu nại và yêu cầu một phiên điều trần về thông báo này chỉ khi quý vị cho rằng chúng tôi đã phạm sai lầm vì một trong các lý do sau:

- 1) Quý vị dưới 21 tuổi;
- 2) Quý vị là người tham gia chương trình LIFE; hoặc
- 3) Quý vị **không** thuộc bất kỳ nhóm nào sau đây:
  - Nhận được cả dịch vụ Medicare và Hỗ Trợ Y Tế;
  - Nhận các dịch vụ tại nhà qua chương trình miễn trừ; hoặc
  - Nhận các dịch vụ tại nhà điều dưỡng.

**Quý vị không thể gửi đơn khiếu nại về thông báo này vì bất cứ lý do nào khác.**

Nếu quý vị muốn khiếu nại, quý vị phải làm như vậy trong vòng 30 ngày kể từ ngày gửi thư trong lá thư này. Nếu khiếu nại của quý vị không được đóng dấu bưu điện hoặc gửi đến văn phòng hỗ trợ quận (CAO) của quý vị trong vòng 30 ngày, khiếu nại của quý vị có thể bị loại bỏ mà không có một phiên điều trần.

Quý vị có thể chọn nếu quý vị muốn có một phiên điều trần qua điện thoại hay trực tiếp (đối mặt).

- Quý vị có thể có một phiên điều trần qua điện thoại tại một số điện thoại, nơi quý vị có thể được liên lạc hoặc ở tại CAO.
- Nếu quý vị muốn có một phiên điều trần trực tiếp, vui lòng cho chúng tôi biết những điều sau đây:
  - 1) Quý vị muốn tất cả những người tham gia đều ở trong phòng điều trần với nhân viên điều trần hay được kết nối qua hội thảo video. Nhân viên điều trần sẽ ở trong phòng điều trần ở tại Harrisburg, nhưng quý vị có thể đến Cục Điều Trần và Kháng Cáo gần nhất với quý vị ở tại Philadelphia, Pittsburgh, Erie, Reading, hoặc Harrisburg; hoặc
  - 2) Nhân viên phụ trách và nhân viên Văn phòng Long Term Living (OLTL) có thể ở trên điện thoại và quý vị và nhân chứng của quý vị sẽ ở trong phòng điều trần với nhân viên điều trần ở tại Harrisburg.

Tại phiên điều trần, quý vị có thể nói cho nhân viên điều trần biết lý do tại sao quý vị cho rằng những chi tiết chúng tôi có về quý vị là sai. Quý vị có thể phát biểu cho chính mình nhưng nếu quý vị không thoải mái làm như vậy, chúng tôi đặc biệt khuyến khích quý vị mang theo một ai đó nói giúp cho quý vị. Quý vị có thể được luật sư, trợ lý luật sư, bạn bè, người thân, đại diện cho quý vị tại phiên điều trần, hoặc bất cứ người nào quý vị chọn. Nhân chứng của quý vị có thể nói, và quý vị có thể trình tài liệu cho nhân viên điều trần.

Quý vị có thể yêu cầu một thông dịch viên có mặt tại phiên điều trần công bằng, hoặc hỗ trợ khác, trên Mẫu Khiếu Nại và Điều Trần Công Bằng được đính kèm. Đây là một dịch vụ miễn phí. Quý vị có thể mang theo một người bạn hoặc người thân để giúp quý vị tại phiên điều trần, nhưng sở sẽ cung cấp thông dịch viên chính thức.

Quý vị có thể nhận trợ giúp pháp lý miễn phí bằng cách truy cập hoặc gọi cho văn phòng trợ giúp pháp lý được liệt kê trong thông báo hoặc bằng cách gọi cho Dự Án Luật Y Tế Pennsylvania theo số 1-800-274-3258.

Nếu quý vị muốn một cuộc họp với nhân viên phụ trách của quý vị để nói về quyết định hoặc cung cấp cho chúng tôi thông tin có thể thay đổi quyết định, vui lòng gọi cho Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng của Sở Dịch Vụ Nhân Sinh theo số 1-877-395-8930. Nếu quý vị muốn một cuộc họp, quý vị có thể mang theo một người nào đó phát biểu cho quý vị tại cuộc họp. Cuộc họp sẽ không trì hoãn hoặc thay thế phiên điều trần của quý vị.

**Nếu quý vị muốn khiếu nại, vui lòng hoàn tất và gửi lại Mẫu Khiếu Nại và Điều Trần. Hãy gửi mẫu đơn tới <CAO mailing address>.**

NGÀY GỬI THƯ		TÊN TRƯỜNG HỢP	
<MAIL DATE>	<CASE NAME>		
ĐỊA CHỈ NHÀ			
<ADDRESS>, <CITY>, <STATE> <ZIP CODE>			
QUẬN/SỐ HỒ SƠ		CIN	
<COUNTY> <RECORD NUMBER>	<CIN>		



## Mẫu Khiếu Nại và Điều Trần Công Bằng

### Vui lòng chọn ô kê bên loại điều trần quý vị muốn:

- Tôi muốn có một phiên điều trần qua điện thoại. Nhân chứng của tôi và tôi và bất cứ ai giúp tôi sẽ có mặt ở số điện thoại này: \_\_\_\_\_
- Tôi muốn có một phiên điều trần qua điện thoại. Nhân chứng của tôi và tôi và bất cứ ai giúp tôi sẽ có mặt tại văn phòng hỗ trợ của quận (CAO).
- Tôi muốn có một phiên điều trần trực tiếp với nhân viên phụ trách, nhân viên Văn Phòng Long-Term Living và một thẩm phán trong phòng điều trần hoặc được kết nối qua hội nghị video. Tôi sẽ đến Cục Điều Trần và Khiếu Nại trong khu vực của tôi (Pittsburgh, Philadelphia, Erie, Reading, hoặc Harrisburg). Phòng điều trần nằm tại Harrisburg.
- Tôi muốn có một phiên điều trần trực tiếp. Nhân chứng của tôi và tôi và bất cứ ai giúp tôi sẽ ở trong phòng điều trần với nhân viên điều trần, nhưng nhân viên phụ trách và nhân viên Văn Phòng Long-Term Living khác có thể ở trên điện thoại từ văn phòng của họ. Phòng điều trần nằm tại Harrisburg.

### Về Cuộc Điều Trần:

- Vui lòng đánh dấu ở đây nếu quý vị cần thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu miễn phí vì quý vị bị điếc hoặc khiếm thính.
- Vui lòng đánh dấu ở đây nếu quý vị cần thông dịch viên miễn phí vì quý vị không nói hoặc hiểu tiếng Anh. Ngôn ngữ nào? \_\_\_\_\_
- Vui lòng đánh dấu ở đây nếu quý vị cần trợ giúp vì khuyết tật. Mô tả loại trợ giúp quý vị cần: \_\_\_\_\_

### Tôi nộp đơn khiếu nại này vì (đính kèm nhiều trang hơn nếu quý vị cần):

### Quý vị phải đánh dấu vào một hoặc nhiều hơn những điều sau đây nếu điều đó áp dụng đối với quý vị:

- Tôi dưới 21 tuổi.
- Tôi là người tham gia chương trình LIFE.
- Tôi không thuộc bất kỳ nhóm nào trong số này:
  - Tôi không có Hỗ Trợ Y tế (còn gọi là Medicaid) và Medicare.
  - Tôi không nhận được dịch vụ tại nhà qua chương trình miễn trừ.
  - Tôi không nhận được dịch vụ tại nhà điều dưỡng.

CHỮ KÝ CỦA QUÝ VỊ

SỐ ĐIỆN THOẠI

ĐỊA CHỈ NHÀ

NGÀY

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN CỦA QUÝ VỊ (nếu quý vị có)

SỐ ĐIỆN THOẠI

ĐỊA CHỈ NHÀ

NGÀY