**EXECUTIVE OFFICE OF HEALTH AND HUMAN SERVICES**

**(ຫ້ອງ​ການ​ບໍ​ລິ​ຫານ​​ຝ່າຍ​ບໍ​ລິ​ການ​ສຸ​ຂະ​ພາບ ແລະ​ ມະ​ນຸດ)**

**ຫ້ອງ​ການ MEDICAID (MASSHEALTH)**

**ໃບ​ອະ​ນຸ​ຍາດ​ໃຫ້​ເອົາ ແລະ ​ເຜີຍ​ແຜ່​ຂໍ້​ມູນ​ຢູ່​ໃນ MASSHEALTH**

**ລະ​ບົບ​ຄວາມ​ຕ້ອງ​ການ ແລະ ​ຄວາມ​ແຂງ​ແຮງ​ຂອງ​ເດັກ ແລະ​ໄວ​ລຸ້ນ (CANS)**

ຊື່​ຂອງ​ສະ​ມາ​ຊິກ MassHealth (ສະ​ມາ​ຊິກ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ຊື່​ຂອງ​ຜູ້​ປະ​ເມີນສຸ​ຂະ​ພາບ-​ພຶດ​ຕິ​ກຳ (ຜູ້​ປະ​ເມີນ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ຊື່​ຂອງ​ອົງ​ການ​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ (ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ທີ່​ຢູ່​ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ສະ​ມາ​ຊິກ) ອ​າ​ຍຸ​ຕ່ຳ​ກວ່າ 21 ປີ ແລະ ​ກຳ​ລັງ​ໄດ້​ຮັບ​

ການ​ປະ​ເມີນ​​ພຶດ​ຕິ​ກຳ-ສຸ​ຂະ​ພາບ.

**CANS ແມ່ນ​ຫຍັງ?**

ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ​ສຸ​ຂະ​ພາບ-ພຶດ​ຕິ​ກຳ (ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ) ໃຊ້​ເຄື່ອງ​ມື​ທີ່​ເອີ້ນ​ວ່າ ​ຄວາມ​ຕ້ອງ​ການ ແລະ ​ຄວາມ​ແຂງ​ແຮງ​ຂອງ​ເດັກ ແລະ ​ໄວ​ລຸ້ນ (CANS) ເພື່ອ​ເກັບ​ກຳ​ຂໍ້​ມູນ​ທາງ​ດ້ານ​ການ​ປິ່ນ​ປົວ​ສຸ​ຂະ​ພາບ​ພຶດ​ຕິ​ກຳ​ກ່​ຽວ​ກັບ​ສະ​ມາ​ຊິກ​ອາ​ຍຸ​ຕ່ຳ​ກ່​ວາ 21 ປີ. ສຳ​ລັບ​ສະ​ມາ​ຊິກ​ຜູ້​ທີ່​ກຳ​ລັງ​ຢູ່​ໃນ​ການ​ປິ່ນ​ປົວ, ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ​ຈະ​ ປັບປຸງ CANS ເປັນ​ປົກ​ກະ​ຕິ ຢ່າງ​ໜ້ອຍ​ທຸກໆ 90 ວັນ.

ຂໍ້​ມູນ​ທີ່​ເກັບ​ກຳ​ໄດ້​ດ້ວຍ​ການ​ໃຊ້​ເຄື່ອງ​ມື CANS (ຂໍ້​ມູນ CANS) ຊ່ວຍ​ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ​ເຮັດ​ໄດ້​ຫຼາຍ​ຢ່າງ​ເຊັ່ນ:

* ຕັດ​ສິນ​ໃຈ​ວ່າ ສະ​ມາ​ຊິກ​ອາດ​ຈະ​​ມີ​ຄວາມ​ຈຳ​ເປັນ​ຕ້ອງ​ໄດ້​ຮັບ​ການ​ບໍ​ລິ​ການ​ສຸ​ຂະ​ພາບ​ພຶດ​ຕິ​ກຳ​ອັນ​ໃດ
* ກວດ​ກາ​ເບິ່ງ​ຢູ່​ຕະ​ຫຼອດ​ເວ​ລາ​ວ່າ ການ​ບໍ​ລິ​ການ​ສຸ​ຂະ​ພາບ​ພຶດ​ຕິ​ກຳ​ກຳ​ລັງ​ຊ່ວຍ​ສະ​ມາ​ຊິກ​ບໍ

**ເປັນ​ຫຍັງ MassHealth ຈິ່ງຕ້ອງ​ການເອົາ ແລະ ​ເຜີຍ​ແຜ່​ຂໍ້​ມູນ CANS**

MassHealth ມີ​ລະ​ບົບ​ຄອມ​ພິວ​ເຕີ​ທີ່​ຜູ້​ໃຫ້​ສາ​ມາດ​ໃຊ້ ເພື່ອ​ປ້ອນ​ຂໍ້​ມູນ CANS ແຕ່​ລະ​ຄັ້ງ​ທີ່​ໄດ້ປະ​ເມີນ ຫຼື ປັບປຸງ​ສຸ​ຂະ​ພາບ​ພຶດ​ຕິ​ກຳ. MassHealth ຕ້ອງ​ການ​ໃຊ້​ລະ​ບົບ ເພື່ອ​ປະ​ເມີນ​ຂໍ້​ມູນ CANS ແລະ ​ເຜີຍ​ແຜ່​ມັນ​ໃຫ້​ກັບ​ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ ແລະ
​ໜ່ວຍ​ງານ​ດູ​ແລ MassHealth ທີ່​ໄດ້​ຮັບ​ການ​ຄຸ້ມ​ຄອງ (ອົງ​ການ​ຈັດ​ຕັ້ງ​ທີ່​​ຄຸ້ມ​ຄອງ ແລະ ​ຈ່າຍ​ຄ່​າ​ດູ​ແລ​ຂອງ​ສະ​ມາ​ຊິກ) ເພື່ອ​ໃຫ້​ຝ່າຍ​ດັ່ງ​ກ່າວ​ ສາ​ມາດ​ເຮັດ​ວຽກ​ຮ່ວມ​ກັນ ເພື່ອ​ໃຫ້​ແນ່​ໃຈ​ວ່າ ການ​ບໍ​ລິ​ການ​ສຸ​ຂະ​ພາບ​ພຶດ​ຕິ​ກຳ​ທີ່​ສະ​ເໜີ​ໃຫ້​ກັບ​ສະ​ມາ​ຊິກນັ້ນ​
ບັນ​ລຸ​ຕາມ​ຄວາມ​ຕ້ອງ​ການ​ຂອງ​ສະ​ມາ​ຊິກ. ການ​ເຜີຍ​ແຜ່​ຂໍ້​ມູນ CANS ຜ່ານ​ລະ​ບົບ​ຍັງ​ຈະ​ຊ່ວຍ​ໃຫ້​ຂໍ້​ມູນ​​​ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ​​
ປະ​ຫວັດ​ທາງ​ການ​ແພດ​ຂອງ​ສະ​ມາ​ຊິກ ແລະ ​ຫຼຸດ​ຈຳ​ນວນ​ຂໍ້​ມູນ​ທັງ​ໝົດ ທີ່​ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການດັ່ງ​ກ່າວ​ຕ້ອງ​ເກັບ​ກຳ​ຂໍ້​ມູນ​ຈາກ​
ສະ​ມາ​ຊິກ, ດັ່ງ​ທີ່​ໄດ້​​ອະ​ທິ​ບາຍ​ເພີ່ມ​ເຕີມ​ຢູ່​ລຸ່ມ​ນີ້.

ຖ້າ​ທ່ານ​ອະ​ນຸ​ຍາດ, ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ​ທີ່​ບັນ​ທຶກ​ໄວ້​ຂ້າງ​ເທິງ​ຈະ​ປ້ອນ​ຂໍ້​​ມູນ CANS ໃດ​ໜຶ່ງ​ທີ່​ມັນ​ເກັບ​ກຳກ່ຽວ​ກັບ​ສະ​ມາ​ຊິກ​
ເຂົ້າ​ລະ​ບົບ MassHealth. ຜ່ານ​ລະ​ບົບ​ນີ້, MassHealth ຈະ​ສາ​ມາດ​ປະ​ເມີນ​ຂໍ້​ມູນ​ດັ່ງ​ກ່າວ ແລະ ​ເຮັດ​ໃຫ້​ມັນ​ມີ​ໄວ້​ໃຫ້​ກັບ
​ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ ເພື່ອ​ໄວ້ເຂົ້າ​ໄປ​ນຳໃຊ້​ໃນ​ຕໍ່​ໜ້າ. MassHealth ຍັງ​ຈະ​ໃຊ້​ລະ​ບົບ ເພື່ອ​ໃຫ້​ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ​ເຂົ້າ​ໄປນຳ​ໃຊ້​ຂໍ້​ມູນ CANS ທີ່​ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ​ອື່ນ​ຂອງ​ສະ​ມາ​ຊິກ​ປ້ອນ​ເຂົ້າ. ອັນ​ນີ້​ຈະ​ອະ​ນຸ​ຍາດ​ໃຫ້​ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການປັບປຸງ​ຂໍ້​ມູນ CANS ຂອງ​ສະ​ມາ​ຊິກ ເມື່ອ​ຕ້ອງ​ການ, ແທນ​ທີ່​ຈະ​ໄປ​ເຮັດ CANS ທັງ​ໝົດ​ຄືນ​ໃໝ່​ອີກ. ຖ້າ​ທ່ານ​ເຫັນ​ດີ, MassHealth ຍັງ​ຈະ​ໃຊ້​ລະ​ບົບ
ເພື່ອ​ອະ​ນຸ​ຍາດໃຫ້​ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ​ອື່ນ​ຂອງ​ສະ​ມາຊິກເຂົ້າ​ຫາ​ນຳ​ໃຊ້​ຂໍ້​ມູນ CANS ທີ່​ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ​ປ້ອນ​ເຂົ້າ​ໃນ​ລະບົບ CANS, ດັ່ງ​ນັ້ນ ເຂົາ​ເຈົ້າ​ຈະ​ເຂົ້າ​ໃຈ​ປະ​ຫວັດ​ຂອງ​ສະ​ມາ​ຊິກ ແລະ​ ອາດ​ຈະ​ບໍ່​ຈຳ​ເປັນ​ຕ້ອງ​ບອກ​ສະ​ມາ​ຊິກ​ໃຫ້ຂໍ້​ມູນ​ຊ້ຳ​ໄປ​ມາ​ຫຼາຍ​ອີກ. ການ​ອະ​ນຸ​ຍາດ​ຂອງ​ທ່ານ​ຍັງ​ຈະ​ເຮັດ​ໃຫ້ MassHealth ໃຊ້​ລະ​ບົບ ເພື່ອ​ໃຫ້​ໜ່ວຍ​ງານ​ດູ​ແລ MassHealth ຄຸ້ມ​ຄອງ ເຊິ່ງ​ສະ​ມາ​ຊິກ​ໄດ້​ລົງ​ທະ​ບຽນ ເພື່ອ​ເຂົ້າ​ໃຊ້​ຂໍ້​ມູນ CANS ທີ່​ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ​ເກັບ​ກຳ​ເອົາ.

**ການ​ອະ​ນຸ​ຍາດ​ຂອງ​ທ່ານ**

ໂດຍ​ການ​ເຊັນ​ຊື່​ໃສ່​ຢູ່​ລຸ່ມ​ນີ້, ທ່ານ​ອະ​ນຸ​ຍາດ​ໃຫ້​ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ​ມີ​ລາຍ​ຊື່​ຢູ່​ລຸ່ມ​ນີ້:

* ປ້ອນ​ທຸກ​ຂໍ້​ມູນ CANS ກ່ຽວ​ກັບ​ສະ​ມາ​ຊິກ​ທີ່​ຕົນ​ເອງເກັບ​ກຳ​ໄດ້​ເຂົ້າ​ສູ່​ລະ​ບົບ MassHealth
* ເບິ່ງ ແລະ​ ລອກແບບ ​ຂໍ້​ມູນ CANS ໃດ​ໜຶ່ງກ່ຽວ​ກັບ​ສະ​ມາ​ຊິກ​ທີ່ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ​ອື່ນ​ປ້ອນ​​ເຂົ້າ​ສູ່​ລະ​ບົບ MassHealth

ໂດຍ​ການ​ເຊັນ​ຊື່​ໃສ່​ຢູ່​ລຸ່ມ​ນີ້, ທ່ານ​ຍັງ​ອະ​ນຸ​ຍາດ​ໃຫ້ MassHealth ໃຊ້​ລະ​ບົບ ເພື່ອ​ເຜີຍ​ແຜ່​ຂໍ້​ມູນ CANS ທີ່​ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ
ເກັບ​ກຳ​ໄດ້ກັບ:

* ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ​ໄດ້​ບັນ​ທຶກ​ໄວ້​ຢູ່​ໃນ​ໜ້າ​ທຳ​ອິດ​ຂອງ​ແບບ​ຟອມ​ນີ້
* ໜ່ວຍ​ງານ​ດູ​ແລ MassHealth ຄຸ້ມ​ຄອງ ເຊິ່ງ​ສະ​ມາ​ຊິກ​ໄດ້​ລົງ​ທະ​ບຽນ​ຢູ່​ໃນ​ເວ​ລານັ້ນ ທີ່ໄດ້​ປ້ອນ CANS ເຂົ້າ​ສູ່​ລະ​ບົບ CANS ຂອງ MassHealth
* ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ​ອື່ນ ຜູ້​ທີ່​ທ່ານ​ໄດ້​ອະ​ນຸ​ຍາດ

**ສິ່ງ​ທີ່​ທ່ານ​ຄວນ​ຮູ້​ຈັກ**

**MassHealth ຫຼື​ ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ​ອາດ​ຈະ​ບໍ່​ມີ​ເງື່ອນ​ໄຂ​ຕໍ່​ການ​ປິ່ນ​ປົວ, ການ​​ຊຳ​ລະ, ການ​ລົງ​ທະ​ບຽນ ຫຼື​ ການ​ມີ​ສິດ​ໄດ້​ຮັບ​
ຜົນ​ປະ​ໂຫຍດ ບໍ່​ວ່າ​ທ່ານ​ເຊັນ​ຊື່​ແບບ​ຟອມ​ນີ້ ຫຼື​ ບໍ່​ວ່າ ທ່ານ​ຈະ​ຖອນ​ການ​ອະ​ນຸ​ຍາດ​ໃນ​ຕໍ່​ໜ້າ​ກໍ່​ຕາມ.**

ຖ້າ​ທ່ານ​ອະ​ນຸ​ຍາດ​ໃຫ້​ກິດ​ຈະ​ກຳ​ຕ່າງໆ​ທີ່​ກ່າວ​ໄວ້​ຂ້າງ​ເທິງ​ແລ້ວ, ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ​ຈະ​ປ້ອນ​ຂໍ້​ມູນ CANS ກ່ຽວ​ກັບ​ສະ​ມາ​ຊິກ​ເຂົ້າ​ສູ່​ລະ​ບົບ MassHealth, ແລະ MassHealth ຈະ​ປະ​ເມີນ​ຂໍ້​ມູນ​ດັ່ງ​ກ່າວ ແລະ​ ເຜີຍ​ແຜ່​ມັນ​ກັບ​ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ, ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ​ອື່ນ
ຜູ້​ທີ່​ໄດ້​ຮັບ​ອະ​ນຸ​ຍາດ ແລະ ​ໜ່ວຍ​ງານ​ດູ​ແລ​ທີ່​ໄດ້​ຮັບ​ການ​ຄຸ້ມ​ຄອງ​ຂອງ​ສະ​ມາ​ຊິກ. ການ​ອະ​ນຸ​ຍາດ​ຂອງ​ທ່ານ​ຍັງ​ຈະ​ອະ​ນຸ​ຍາດ​ໃຫ້ MassHealth ເພື່ອ​ໃຫ້​ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ​ເຂົ້າ​ໄປນຳ​ໃຊ້​ຂໍ້​ມູນ CANS ທີ່​ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ​ອື່ນ​ຂອງ​ສະ​ມາ​ຊິກ​ປ້ອນ​ເຂົ້າໃສ່​ລະ​ບົບ.
**ຈື່​ໄວ້​ວ່າ ແມ້​ແຕ່​ທ່ານ​ບໍ່​ໃຫ້​ການ​ອະ​ນຸ​ຍາດ, MassHealth ແລະ ​ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ​ອາດ​ຈະ​ຍັງ​ນຳ​ໃຊ້ ແລະ ​ເປີດ​ເຜີຍ​ຂໍ້​ມູນ CANS ກ່ຽວ​ກັບ​ສະ​ມາ​ຊິກ​ຕາມ​ທີ່​ກົດ​ໝາຍ​ຮຽກ​ຮ້ອງ ຫຼື​ອະ​ນຸ​ຍາດ​ໄດ້.**

ຫຼັງ​ຈາກ​ທີ່​ມີ​ການ​ເຜີຍ​ແຜ່​ຂໍ້​ມູນ CANS ຜ່ານ​ລະ​ບົບ MassHealth ແລ້ວ, ອົງ​ການ​ຈັດ​ຕັ້ງ​ທີ່​ເຜີຍ​ແຜ່​ຂໍ້​ມູນ​ຈະ​ບໍ່​ສາ​ມາດ​
ຄວບ​ຄຸມ​​ໄດ້​ວ່າ ມັນ​ຈະ​ຖືກ​ນຳ​ໃຊ້ ຫຼື ​ເປີດ​ເຜີຍ​ແນວ​ໃດ. ກົດ​ໝາຍ​ຄວາມ​ເປັນ​ສ່ວນ​ຕົວ​ທີ່ກວມ​ເອົາ​ຂໍ້​ມູນ CANS ອາດ​ຈະ​
ແຕກ​ຕ່າງ ເມື່ອ MassHealth, ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ, ຫຼື ​ຫົວ​​ໜ່ວຍ​ດູ​ແລ​ທີ່​ໄ​ດ້​ຮັບ​ການ​ຄຸ້ມ​ຄອງຖື​ຂໍ້​ມູນ​ໄວ້, ແຕ່​ອົງ​ການ​ດັ່ງ​ກ່າວ​
ແຕ່​ລະ​ອົງ​ການ​ຕ້ອງ​ປະ​ຕິ​ບັດ​ຕາມ​ກົດ​ໝາຍ​ວ່າ​ດ້ວຍ​ຄວາມ​ເປັນ​ສ່ວນ​ຕົວ ທີ່​ນຳ​ໃຊ້​ມັນ ເມື່ອ​ໃຊ້ ຫຼື​ ເປີດ​ເຜີຍ​ຂໍ້​ມູນ.

ທ່ານ​ອາດ​ຈະ​ໃສ່​ວັນ​ທີ​ໃຫ້​ໝົດ​ການ​ອະ​ນຸ​ຍາດ​ຢູ່ໃນ​ແບບ​​ຟອມ​ນີ້​ຢູ່​ດ້ານ​ລຸ່ມ​ໄດ້. ຖ້າ​ທ່ານ​ບໍ່​ບອກ​ໃສ່, ການ​ອະ​ນຸ​ຍາດ​ຂອງ​ທ່ານ​ຈະ​ໝົດ​ລົງ​ໃນ​ໜຶ່ງ​ປີນັບ​ຈາກວັນ​ທີ​ທ່ານ​ເຊັນ​ຊື່​ໃສ່​ແບບ​ຟອມ​ນີ້.

ທ່ານ​ອາດ​ຈະ​ຍົກ​ເລີກ​ການ​ອະ​ນຸ​ຍາດ​ນີ້​ເປັນ​ລາຍ​ລັກ​ອັກ​ສອນ​ໄດ້​ທຸກ​ເວ​ລາ. ການ​ຍົກ​ເລີກ​ຈະ​ປ້ອງ​ກັນ​ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ ແລະ MassHealth ບໍ່​ໃຫ້​ນຳ​ໃຊ້​ລະ​ບົບ MassHealth ເພື່ອ​ເຜີຍ​ແຜ່ຂໍ້​ມູນ CANS ທີ່​ເກັ​ບ​ກຳ​ໄດ້ ຫຼັງ​ຈາກ​ທີ່​ທ່ານ​ຍົກ​ເລີກ​ການ​ອະ​ນຸ​ຍາດ​ຂອງ​ທ່ານ​ແລ້ວ. ຂໍ້​ມູນ​ທີ່​ໄດ້​ເຮັດ​ໃຫ້​ມີ​ໄວ້​ໃຫ້​ກັບ MassHealth, ຫົວ​ໜ່ວຍ​ດູ​ແລ​ທີ່​ຄຸ້ມ​ຄອງ, ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ ຫຼື​ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ​ທີ່​ໄດ້​ຮັບ​ສິດ​ອື່ນ​ຜ່ານ​ລະ​ບົບ MassHealth ກ່ອນ​ການ​ຮັບ​ການ​ຍົກ​ເລີກ​ຂອງ​ທ່ານ​ແມ່ນ​ບໍ່​ສາ​ມາດ​ເອົາ​ຄືນ​ມາ​ໄດ້.

ການ​ຍົກ​ເລີກ​ເປັນ​ລາຍ​ລັກ​ອັກ​ສອນ​ຕ້ອງ:

* ບອກ​ວ່າ ໃຜ​ເປັນ​ສະ​ມາ​ຊິກ
* ບອກວັນ​ເດືອນ​ປີ​ເກີດ​ສະ​ມາ​ຊິກ
* ບອກວ່າ ທ່ານ​ແມ່ນ​ໃຜ
* ບອກວ່າ​ ທ່ານ​ເປັນ​ສະ​ມາ​ຊິກ, ພໍ່​ແມ່​ດູ​ແລ​ຂອງ​ສະ​ມາ​ຊິກ​ບໍ່, ຫຼື​ ອະ​ທິ​ບາຍ​ວ່າ ເປັນ​ຫຍັງ​ທ່ານ​ສາ​ມາດ​ດຳ​ເນີນ
​ເປັ​ນ​ສະ​ມາ​ຊິກ​ໄດ້
* ບອກວ່າ ທ່ານ​ກຳ​ລັງ​ຍົກ​ເລີກ​ການ​ອະ​ນຸ​ຍາດ ເພື່ອ​ປ້ອນ ຫຼື​ ເຜີຍ​ແຜ່​ຂໍ້​ມູນ CANS ທາງ​ອອນ​ລາຍ​ນ໌

ທ່ານ​ຕ້ອງ​ໃຫ້​ການ​ຍົກ​ເລີກ​ເປັນ​ລາຍ​ລັກ​ອັກ​ສອນ​ແກ່​ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການຕາມ​ທີ່​ຢູ່ບອກ​ໄວ້​ຢູ່​ໜ້າ​ທຳ​ອິດ​ຂອງ​ແບບ​ຟອມ​ນີ້.
ຈາກນັ້ນ ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ​ຕ້ອງແຈ້ງ​ໃຫ້ MassHealth ໂດຍ​ການ​ສົ່ງ​ສຳ​ເນົາ​ສະ​ບັບ​ສະ​ແກນ​ໜັງ​ສື​ຍົກ​ເລີກ​ເປັນ​ລາຍ​ລັກ​ອັກ​ສອນ​ທາງ​ອີ​ເມວ​ຫາ: CANS-CBHI@MassMail.State.MA.US

**ລາຍເຊັນຂອງທ່ານ**

**ໂດຍ​ການ​ເຊັນ​ແບບ​ຟອມ​ໃບ​ອະ​ນຸ​ຍາດ​ນີ້, ທ່ານ​ກຳ​ລັງ​ໃຫ້​ການ​ອະ​​ນຸ​ຍາດ​ນຳ​ໃຊ້ ແລະ​ ເປີດ​ເຜີຍ​ຂໍ້​ມູນ CANS ກ່ຽວ​ກັບ
​ສະ​ມາ​ຊິກ​ຕາມ​ທີ່​ໄດ້​ບອກ​ໄວ້​ຂ້າງ​ເທິງ. ​ທ່ານຍັງຕ້ອງ​ບອກວ່າ: ທ່ານ​ໄດ້​ອ່ານ​ທັງ​ໝົດ​ແບບ​ຟອມແລ້ວ ແລະ​ ໄດ້​ເຊັນ​ຊື່​
ດ້ວຍ​ຄວາມ​ຕັ້ງ​ໃຈ; ແລະ ​ດັ່ງ​ນັ້ນ ທ່ານ​ມີ​ສິດ​ໄດ້​ຮັບ​ສຳ​ເນົາ​ແບບ​ຟອມ​ສະ​ບັບ​ທີ່​ເຊັນ​ແລ້ວ.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ຊື່​ແຈ້ງ​ຂອງ​ຜູ້​ເຊັນ​ໃຫ້​ການ​ອະ​ນຸ​ຍາດ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ລາຍ​ເຊັນ​ຂອງ​ຜູ້​ເຊັນ​ໃຫ້​ການ​ອະ​ນຸ​ຍາດ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ວັນ​ທີ​ລົງ​ລາຍເຊັນ (ວັນ​ທີ​ເລີ່ມ​ຕົ້ນ​ອະ​ນຸ​ຍາດ)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ວັນ​ທີ່​ໝົດ​ການ​ອະ​ນຸ​ຍາດ (ຖ້າ​ບໍ່​ມີ​ວັນ​ທີ​ຂຽນ​ໄວ້​ຢູ່​ໃນ​ແຖວ​ນີ້, ການ​ອະ​ນຸ​ຍາດ​ຈະ​ໝົດ​ລົງ​ໃນ​ໜຶ່ງ​ປີ​ນັບ​ຈາກວັນ​ທີ​ລົງ​ລາຍ​ເຊັນ.)

ກະ​ລຸ​ນາ​ໝາຍ​ຕິກ​ໃສ່​ແຖວ​ຢູ່​ລຸ່ມ​ນີ້ ໂດຍບອກວ່າ ເປັນ​ຫຍັງ​ທ່ານ​ສາ​ມາດ​ເຊັນ​ການ​ອະ​ນຸ​ຍາດ​ນີ້​ພາຍ​ໃຕ້​ກົດ​ໝາຍ​ໄດ້.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ຂ້ອຍ​ເປັນ​ສະ​ມາ​ຊິກ. ຂ້ອຍ​ມີ​ອາ​ຍຸ 18 ປີ ຫຼື​ ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ​ແລ້ວ. ຖ້າຂ້ອຍບໍ່​ທັນ​ມີ​ອາ​ຍຸຮອດ 18 ປີ ຫຼື​ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ, ຂ້ອຍ​ສາ​ມາດ​ໃຫ້​ການ​ອະ​ນຸ​ຍາດ​ຂອງ​ຂ້າ​ພະ​ເຈົ້າ​ດ້ວຍ​ເຫດ​ຜົນ​ໃດ​ໜຶ່ງ​ພາຍ​ໃຕ້​ກົດ​ໝາຍ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ຂ້ອຍ​ເປັນພໍ່​ແມ່​ຄຸ້ມ​ຄອງ​ຂອງ​ສະ​ມາ​ຊິກ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ຂ້ອຍ​ສາ​ມາດ​ຕາງ​ໜ້​າ​ສະ​ມາ​ຊິກ ເພື່ອ​ໃຫ້​ການ​ອະ​ນຸ​ຍາດ ເພື່ອ​ໃຫ້​ຂໍ້​ມູນ​ທາງ​ການ​ແພດ. ຂ້ອຍ​ໄດ້​ຄັດ​ຕິດ​ເອ​ກະ​ສານ​ກົດ​ໝາຍ​ທີ່​ສະ​ແດງ​ໃຫ້​ເຫັນ​ວ່າ ເປັນ​ຫຍັງ​ຂ້ອຍ​ຈິ່ງ​ສາ​ມາດ​ເຊັນ​ອັນ​ນີ້​ໄດ້​ມາ​ນຳ​ແລ້ວ.

**ການ​ເຕືອນ​ຫາ​ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ:** **ສຳ​ເນົາ​​ແບບ​ຟອມ​ນີ້​ສະ​ບັບ​ໜຶ່ງ​ທີ່​ລົງ​ລາຍ​ເຊັນ​ແລ້ວ​ແມ່ນ​ຕ້ອງ​ໄດ້​ສົ່ງ​ໃຫ້​ສະ​ມາ​ຊິກ ຫຼື​ຜູ້​ໃຫ້​ການ​ດູ​ແລນຳ. ຖ້າ​ສະ​ມາ​ຊິກ ຫຼື ​ຜູ້​ໃຫ້​ການ​ດູ​ແລ​ຍົກ​ເລີກ​ຄຳ​ຍິນຍອມ​ນີ້​ພາຍ​ຫຼັງ, ທ່ານ​ຕ້ອງ​ສົ່ງ​ສຳ​ເນົາ
​ສະ​ແກນ​ໜັງ​ສື​ຍົກ​ເລີກ​ນີ້​ທາງ​ອີ​ເມວ​ໄປ​ໃຫ້: CANS-CBHI@MassMail.State.MA.US**