|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STATE OF WISCONSIN** **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Public HealthF-00075L (02/2024) |  | **CIP** |
| **IRIS (include (ລວມເຖີງ), respect (ນັບຖື), I self-Direct (ຂ້າພະເຈົ້ານໍາພາຕົວເອງ))ການອະນຸຍາດ****(IRIS (include, respect, I self-Direct) authorization)** |
| ການປະກອບແບບຟອມ ແລະ ລົງລາຍເຊັນໃສ່ແບບຟອມນີ້ແມ່ນເປັນຄວາມສະໝັກໃຈ; ເຖິງແນວໃດກໍຕາມ, ບໍ່ສາມາດໃຫ້ມີການແນະນຳສົ່ງຕໍ່ ຫຼື ການໂອນຢູ່ພາຍໃນໂຄງການ IRIS ໄດ້ໂດຍບໍ່ມີແບບຟອມທີ່ປະກອບສຳເລັດພ້ອມລົງລາຍເຊັນ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການສະໝັກໂປຣແກຣມນີ້, ທ່ານຕ້ອງຕິດຕໍ່ຫາ aging and disability resource center (ສູນຊັບພະຍາກອນຜູ້ສູງອາຍຸ ແລະ ຜູ້ພິການ) (ADRC) ໃນເຂດພື້ນທີ່ຂອງທ່ານ ຫຼື Aging and Disability Resource Specialist (ຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ຊ່ຽວຊານຊັບພະຍາກອນຜູ້ສູງອາຍຸ ແລະ ຜູ້ພິການ) (ADRS) ຂອງຊົນເຜົ່າຂອງທ່ານ. ຂໍ້ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ສຳລັບ ADRCs ຫຼື ADRS ຊົນເຜົ່າປະຈຳທ້ອງຖິ່ນແມ່ນສາມາດເບິ່ງໄດ້ທີ່ [www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm).ແບບຟອມການອະນຸຍາດ IRIS (F-00075) ມີຫຼາຍຟັງຊັນ ແລະ ຕ້ອງມີການແນະນຳສົ່ງຕໍ່ ຫຼື ການໂອນທັງໝົດມາພ້ອມກັບໂຄງການ IRIS. ທຸກຂໍ້ມູນທີ່ປ້ອນເຂົ້າຕ້ອງຄົບຖ້ວນ ແລະ ຖືກຕ້ອງ. ຕ້ອງມີລາຍເຊັນຂອງທ່ານ ຫຼື ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ປົກຄອງ, ຜູ້ຄຸ້ມຄອງ ຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບມອບສິດຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານເຊັນດ້ວຍເຄື່ອງໝາຍ, ຈຳເປັນຕ້ອງມີລາຍເຊັນພະຍານສອງຄົນ. ຖ້າທ່ານມີຄວາມພິການທາງຮ່າງກາຍທີ່ບໍ່ສາມາດລົງລາຍເຊັນໄດ້, ທ່ານອາດຈະສັ່ງໃຫ້ຜູ້ໃຫຍ່ລົງລາຍເຊັນໃສ່ແບບຟອມໃຫ້ຢູ່ຕໍ່ໜ້າພະຍານສອງຄົນ. ຄົນຜູ້ທີ່ລົງລາຍເຊັນໃນນາມຂອງທ່ານຄວນຊີ້ບອກວ່າລາວ ຫຼື ນາງກຳລັງເຊັນຕາມຄຳສັ່ງຂອງຜູ້ສະໝັກ.Aging and Disability Resource Center (ພະນັກງານຂອງສູນຊັບພະຍາກອນຜູ້ສູງອາຍຸ ແລະ ຄວາມພິການ, ADRC) ຫຼື Aging and Disability Resource Specialist (ຜູ້ຊ່ຽວຊານຊັບພະຍາກອນຜູ້ສູງອາຍຸ ແລະ ຄວາມພິການຊົນເຜົ່າ, ADRS) ປະກອບ ແລະ ສົ່ງໄປຫາ IRIS consultant agency (ໜ່ວຍງານທີ່ປຶກສາ IRIS, ICA). ADRC ຫຼື ຊົນເຜົ່າ ADRS ຕ້ອງເກັບຮັກສາແບບຟອມການອະນຸຍາດ IRIS ຕົ້ນສະບັບທີ່ມີລາຍເຊັນ ຫຼື ສໍາເນົາແບບຟອມທີ່ມີລາຍເຊັນ ທີ່ສະແກນດ້ວຍລະບົບອີເລັກໂທຣນິກໄວ້ເປັນເວລາສິບປີ ໃນກໍລະນີທີ່ມີການຮ້ອງຂໍຂໍ້ມູນ. |
| **I. ຂໍ້ມູນແນະນຳການສົ່ງຕໍ່—** ໜ່ວຍງານແນະນຳສົ່ງຕໍ່ (ADRC ຫຼື ຊົນເຜົ່າ ADRS) ປະກອບໃສ່ **ທຸກ** ຫ້ອງຢູ່ໃນພາກນີ້. |
| ວັນທີ – ICA ໃຫ້ສິດເຂົ້າເຖີງ LTCFS ພຽງແຕ່ແບບອ່ານເທົ່ານັ້ນ      | ວັນທີ – ການຈັດສົ່ງຄົນເຈັບເຖີງ ICA      |
| **ຂໍ້ມູນຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ** |

| ຊື່ (ນາມສະກຸນ, ຊື່, ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ)      | ວັນເດືອນປີເກີດ      | ປະເທດຢູ່ອາໄສ      |
| --- | --- | --- |
| ຊົນພື້ນເມືອງອາເມລິກາ/ອາລັດສະກາ[ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່ | ສາຍພົວພັນຊົນພື້ນເມືອງອາເມລິກາ/ອາລັດສະກາ:      |
| ທີ່ຢູ່      | ເມືອງ      | ລະຫັດໄປສະນີ      |
| ເບີໂທລະສັບ      | ທີ່ຢູ່ອີເມວ (ທາງເລືອກ)      | ເວລາທີ່ດີທີ່ສຸດໃນການຕິດຕໍ່      |
| ຜູ້ປົກຄອງທີ່ໄດ້ຮັບການແຕ່ງຕັ້ງ[ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່ | Power of Attorney for Health Care (ໃບມອບສິດສຳລັບການເບີ່ງແຍງສຸຂະພາບ) ທີ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້[ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່ | Power of Attorney for Finance (ໃບມອບສິດສຳລັບການເງິນ) ທີ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້[ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່ |
| ຊື່ – ຜູ້ປົກຄອງ / ຜູ້ຕິດຕໍ່ POA      |
| ເບີໂທລະສັບ – ປົກຄອງ / ຜູ້ຕິດຕໍ່ POA      | ເວລາທີ່ດີທີ່ສຸດໃນການຕິດຕໍ່      |
| Medicaid Eligibility Established (ຄົນເຈັບເບື້ອງຕົ້ນເທົ່ານັ້ນ)[ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່ແມ່ນ [ ]  ລໍຖ້າ Medicaid | ເລກລະຫັດ Medicaid:       |
| Medicare ຫຼື ການປະກັນໄພອື່ນໆ (ຄົນເຈັບເບື້ອງຕົ້ນເທົ່ານັ້ນ)[ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່ | ພາສາສຳລັບແຈ້ງການ CARES:[ ]  ອັງກິດ [ ]  ສະເປນ |
| ຊື່ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ (ຊື່, ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)      | Medicare Beneficiary Identifier (ຕົວລະບຸຜົນປະໂຫຍດເມດິແຄ, MBI)      |
| ມູນຄ່າສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍລາຍເດືອນ (ຄົນເຈັບເບື້ອງຕົ້ນເທົ່ານັ້ນ) |
| $ |       | (ປ້ອນເລກ 0 ຖ້າວ່າບໍ່ມີສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ) |
| SSI-E (ຄົນເຈັບເບື້ອງຕົ້ນເທົ່ານັ້ນ) |
| [ ]  ການຮັບ [ ]  ບໍ່ມີຄຸນນະສົມບັດ [ ]  ຖືກປະຕິເສດ |
| ປັດຈຸບັນບຸກຄົນແມ່ນກຳລັງລົງທະບຽນ (ໃສ່ເຄື່ອງໝາຍດຽວເທົ່ານັ້ນ) |
| [ ]  ບໍ່ມີໂຄງການມາກ່ອນ | [ ]  ການເບີ່ງແຍງສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງ HMO |
| [ ]  Family Care / PACE/ຫຸ້ນສ່ວນp MCO—ລະບຸຊື່ MCO:       |
| [ ]  IRIS—ລະບຸຊື່ ICA:  |       |
| [ ]  Children’s Waiver (ການຍົກເວັ້ນເດັກນ້ອຍ, CLTS) ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່ຂ້າງລຸ່ມ. |
| ຊື່ – ພະນັກງານ CLTS      | ເຂດ      |
| ເບີໂທລະສັບ      | ທີ່ຢູ່ອີເມວ (ທາງເລືອກ)      |
| **ຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງອື່ນໆ** (ໃສ່ເຄື່ອງໝາຍທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ) |
| [ ]  ຕ້ອງການບໍລິການດ່ວນ | [ ]  ມີການຈັດສະຖານທີ່ສຳລັບການປ້ອງກັນ |
| [ ]  ປັດຈຸບັນແມ່ນໃຫ້ບໍລິການໂດຍ CSP | [ ]  ຍົກຍ້າຍ / ປັດຈຸບັນອາໃສຢູ່ໃນສະຖານທີ່ທີ່ບໍ່ອະນຸຍາດ (NH, IMD, CBRF, ແລະ ອື່ນໆ.) |
| [ ]  ຕ້ອງການຜູ້ແປພາສາ |
| [ ]  ອື່ນໆ—ໃຫ້ລະບຸ:       |
|  |
| ລະດັບຂອງການເບິ່ງແຍງດູແລກວດ NH LOC ທີ່ກໍານົດໃນຄໍລໍ້າເບື້ອງຊ້າຍ ແລະ ຈາກນັ້ນກວດເບີ່ງ DD LOC ທີ່ເໝາະສົມໃນຄໍລໍ້າເບື້ອງຂວາ. ຄວນໃສ່ເຄື່ອງໝາຍໃນຊ່ອງບໍ່ເກີນສອງຊ່ອງ.

|  |  |
| --- | --- |
| ເລືອກ 1 | ເລືອກ 1 |
| [ ] NH-ISN[ ] NH-SNF[ ] NH-ICF | [ ] DD1A[ ] DD1B[ ] DD2[ ] DD3[ ] NDD |
|  |  |

 | ກຸ່ມເປົ້າໝາຍ:[ ]  FE[ ]  ID/DD[ ]  PD |
| ຊື່ຂອງ ICA ທີ່ເລືອກ |
|       |
| ຊື່ຂອງ FEA ທີ່ເລືອກ (ນຳໃຊ້ກັບການແນະນຳສົ່ງຕໍ່ ແລະ ການເລືອກ IRIS ເບື້ອງຕົ້ນເທົ່ານັ້ນ) |
|       |
| [ ]  ຂ້າພະເຈົ້າມີຄວາມສົນໃຈໃນການພິຈາລະນາເປັນຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມໃນ IRIS Waiver (ການຍົກເວັ້ນ). ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າຈະມີໂອກາດໄດ້ພົບກັບທີ່ປຶກສາຈາກ IRIS ຊຶ່ງ ຈະເປັນຜູ້ໃຫ້ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບ IRIS.[ ]  ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າການນໍາສົ່ງຄົນເຈັບໄປຍັງ IRIS consultant agency (ໜ່ວຍງານທີ່ປຶກສາ IRIS) ບໍ່ແມ່ນ ຂໍ້ຜູກພັນໃນການລົງທະບຽນໃນໂປຣແກຣມ IRIS.[ ]  ຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ຕົວແທນຂອງຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຖອນຕົວອອກຈາກ IRIS ໄດ້ ຕະຫຼອດເວລາເມື່ອມີການຮ້ອງຂໍ.[ ]  ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເພີ່ງພໍໃຈຕໍ່ກັບ ICA ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າ ໄດ້ເລືອກ, ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດເລືອກ ICA ອື່ນ.[ ]  ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າ Fiscal Employer Agent (ຕົວແທນນາຍຈ້າງດ້ານການເງິນ) ທີ່ຂ້ອຍໄດ້ເລືອກຈະຮັບຜິດຊອບຕໍ່ການໃຫ້ການຊຳລະເງິນສຳລັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ສະຫຼະສິດທັງໝົດ.[ ]  ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້່າບໍ່ເພີ່ງພໍໃຈຕໍ່ FEA ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າເລືອກ, ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດເລືອກ FEA ອື່ນໄດ້ຕະຫຼອດເວລາໃນລະຫວ່າງຊ່ວງການມອບໂອນທີ່ອະນຸຍາດ.[ ]  ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ IRIS consultant agency (ໜ່ວຍງານທີ່ປຶກສາ IRIS) ທີ່ໄດ້ເລືອກຂ້າງເທີງ ສາມາດເຂົ້າເຖີງຂໍ້ມູນຄືດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ໄດ້ ເພື່ອຊ່ວຍຂ້າພະເຈົ້າລົງທະບຽນໃນ IRIS:* ການເຂົ້າເຖີງຂໍ້ມູນ Long-Term Care Functional Screen (ຈໍສະແດງການທຳງານການດູແລໄລຍະຍາວ) (LTCFS) ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ
* ສໍາເນົາການຢືນຍັນ CARES Medicaid ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ເອກະສານງົບ ປະມານ (ລະບຸສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ຄຸນນະສົມບັດທາງດ້ານການເງິນ)
* ລາຍລະອຽດຄ່າປິ່ນປົວ (ຖ້າມີ)
* ສຳເນົາ Individual Support and Service Plan (ແຜນການສະໜັບສະໜູນ ແລະ ບໍລິການສ່ວນບຸກຄົນ) (ISSP) ປັດຈຸບັນ / Member Centered Plan (ແຜນການສະມາຊິກເປັນສູນກາງ) (MCP) (ຖ້າມີ ແລະ ພ້ອມໃຊ້ງານ)
* ເອກະສານທາງການແພດ
* ອື່ນໆ – ໃຫ້ລະບຸ:
 |
| **ການລົງລາຍເຊັນໃນແບບຟອມນີ້ບໍ່ໄດ້ເປັນການຮັບປະກັນສິດທິສຳລັບແຜນງານ IRIS ຫຼື ຄວາມສາມາດໃນການມອບໂອນລະຫວ່າງ ICAs.** |
| **ລາຍເຊັນ** – ຜູ້ສະໝັກ | ວັນທີເຊັນ |
|  |  |
| **ລາຍເຊັນ –** ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ, ຜູ້ປົກປ້ອງ ຫຼື ຜູ້ມອບສິດທີ່ໄດ້ນຳໃຊ້ | ວັນທີເຊັນ |
|  |  |
| **ລາຍເຊັນ –** ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ, ຜູ້ປົກປ້ອງ ຫຼື ຜູ້ມອບສິດທີ່ໄດ້ນຳໃຊ້ | ວັນທີເຊັນ |
|  |  |
| **ລາຍເຊັນ** – ພະຍານ (ຖ້າມີ) | ວັນທີເຊັນ |
|  |  |
| **ລາຍເຊັນ** – ພະຍານ (ຖ້າມີ) | ວັນທີເຊັນ |
|  |  |
| **III. ປະກັບຂໍ້ມູນຄົບຖ້ວນໂດຍ:** |
| ຊື່ – ADRC ຫຼື ຊົນເຜົ່າ      |
| ຊື່ – ADRC ຫຼື ພະນັກງານຊົນເຜົ່າ ADRS      | ເຂດ      |
| ເບີໂທລະສັບ      | ທີ່ຢູ່ອີເມວ (ທາງເລືອກ)      |
| ການແຈກຢາຍແບບຟອມທີ່ປະກອບສຳເລັດແລ້ວ: | [ ]  ຕົວບຸກຄົນ, ຜູ້ປົກຄອງ, ຜູ້ປົກປ້ອງ ຫຼື ຜູ້ມອບສິດທີ່ໄດ້ນຳໃຊ້[ ]  ICA ທີ່ເລືອກ[ ]  ຊົນເຜົ່າ, ຖ້າວ່າມີ[ ]  ພະນັກງານ CLTS, ຖ້າວ່າມີ |
| **IV. ສົ່ງຄົນເຈັບ IRIS ກັບຄືນ ADRC ຫຼື ຊົນເຜົ່າ ADRS ແລະ IM ແລະ ພະນັກງານ CLTS, ຖ້າວ່າມີ.** |
| ຊື່ – ICA      | ຊື່ – ພະນັກງານ      | ວັນທີ      |
| [ ]  ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນຂອງ IRIS       |
| [ ]  ລູກຄ້າຮ້ອງຂໍຖອດຖອນ | [ ]  ແຜນງານ IRIS ຮ້ອງຂໍຖອດຖອນ |
| [ ]  ມອບໂອນ ICA ຖືກປະຕິເສດ |
| ເຫດຜົນ:  |       |