



ການສໍາຫຼວດສະມາຊິກຂອງລັດ

Rhode Island Medicaid ປີ 2021

ທິດທາງ: ຂໍຂອບໃຈທີ່ເຂົ້າຮ່ວມໃນການສໍາຫຼວດຄັ້ງນີ້. ຄໍາຄິດເຫັນຂອງທ່ານແມ່ນມີຄວາມສໍາຄັນຫຼາຍ ແລະ ຈະຊ່ວຍພວກເຮົາປັບປຸງ ແລະ ເພີ່ມປະສິດທິພາບວິທີການທີ່ພວກເຮົາໃຫ້ການດູແລສຸຂະພາບໃນລັດ Rhode Island. ຄໍາຕອບຂອງທ່ານຈະຖືກເກັບໄວ້ເປັນຄວາມລັບ ແລະ ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບຜົນກະທົບໃດໆຈາກຄໍາຕອບຂອງທ່ານ. ແບບສໍາຫຼວດຈະໃຊ້ເວລາໃນການຕອບປະມານ 4 ຫຼື 5 ນາທີ.

ທ່ານສາມາດຕອບໂດຍການສະແດງລະຫັດ QR ຜ່ານທາງອີເລັກໂທຣນິກ ດ້ວຍອຸປະກອນມືຖືຂອງທ່ານ ຫຼື ການຕອບຜ່ານຮັບທາງອີເມວ/ທາງ ຈົດໝາຍໄປສະນີທີ່ອະທິບາຍຢູ່ ໜ້າທີ່ 4.

1. ບັດຈຸບັນທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນຢູ່ໃນ Medicaid Managed Care ແລະ ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກໂຄງການສຸຂະພາບຂອງເພື່ອນບ້ານ ໃນລັດ Rhode Island (Neighborhood Health Plan of Rhode Island) – TRUST/ACCESS, ແຜນປະກັນສຸຂະພາບອຸມຸນທີ່ເປັນເອກະ ພາບ ຫຼື ແຜນສາທາລະນະສຸກລັດ Rhode Island ຮ່ວມກັນ (Tufts Health Public Plan RI Together) ບໍ່?

- ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ບໍ່ແນ່ໃຈ / ບໍ່ຮູ້

ກະລຸນາບອກພວກເຮົາກ່ຽວກັບຕົວທ່ານເອງ.

2. ທ່ານມີອາຍຸຈັກປີ?

- ອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 18 ປີ 18-24 25-34 35-44 45-54 55-64 65+

3. ເພດຂອງທ່ານແມ່ນຫຍັງ?

- ເພດຍິງ ຊາຍ ບໍ່ແມ່ນທັງສອງເພດ ຜູ້ທີ່ປ່ຽນເພດ ສອງລັກສະນະເພດໃນຄົນດຽວ ເລືອກທີ່ຈະບໍ່ຕອບ
- ມັກຮຽກຕົນເອງເປັນຄື: ບໍ່ແມ່ນທັງສອງເພດ, ບໍ່ມີລັກສະນະເພດທີ່ແນ່ນອນ, ໄຮ້ເພດ, ຫຼື ອື່ນໆ (ກະລຸນາລະບຸ)

4. ເຊື້ອຊາດ/ຊົນເຜົ່າໃດທີ່ບໍ່ງ່າຍບອກຕົວທ່ານໄດ້ຕີທີ່ສຸດ? (ກະລຸນາເລືອກພຽງອັນດຽວເທົ່ານັ້ນ)

- ຄົນເພິ່ນເມືອງອາເມລິກາ (ຊາວອິນເດຍແດງ) ຫຼື ຊົນເຜົ່າອາລາສກາດັ້ງເດີມ ຄົນອາຊີ ຊາວຮາວາຍເພິ່ນເມືອງ ຫຼື ໜຸ່ງເກາະປາຊີຟິກອື່ນໆ
- ຄົນຜິວດຳ ຫຼື ຄົນອາຟຣິກາ ອາເມລິກາຜ່າ ຄົນຜິວຂາວ ຄົນແອັດສະປາຍ/ຄົນອາເມລິກາລາຕິນ
- ຫຼາຍຊົນເຜົ່າ ເລືອກທີ່ຈະບໍ່ຕອບ
- ອື່ນໆ (ກະລຸນາລະບຸ)

ກະລຸນາບອກກ່ຽວກັບຄວາມຕ້ອງການດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານໃຫ້ກັບພວກເຮົາ.

5. ທ່ານຈະອະທິບາຍສຸຂະພາບໂດຍທົ່ວໄປຂອງທ່ານໄດ້ແນວໃດ?

- ດີເລີດ
- ດີ
- ບານກາງ/ທຳມະດາ
- ບໍ່ດີ
- ບໍ່ດີຫຼາຍ

6. ທ່ານມີຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດາວເສສຸຂະພາບເປັນປົກກະຕິ (ທ່ານໝໍ, ພະຍາບານ, ສູນໃຫ້ການດາວເສສຸຂະພາບ, ອື່ນໆ) ທ່ານມັກໄປຫາບໍ່ໃນເວລາທີ່ທ່ານຕ້ອງການການດາວເສ?

- ມີ
- ບໍ່ມີ
- ບໍ່ມີ, ແຕ່ຂ້ອຍຕ້ອງການ
- ບໍ່ມີ, ຂ້ອຍບໍ່ຕ້ອງການ
- ອື່ນໆ (ກະລຸນາອະທິບາຍ)

7. ໃນ Medicaid Managed Care, ແຜນດາວເສສຸຂະພາບ (Neighborhood Health Plan, Tufts Health Plan, ຫຼື United Healthcare) ຊ່ວຍທ່ານໃນການລັດການການເບິ່ງແຍງຂອງທ່ານ. ທ່ານໄດ້ເລືອກແຜນປະກັນສຸຂະພາບທີ່ທ່ານມີໃນຕອນນີ້ບໍ່?

- ເລືອກແລ້ວ
- ຍັງບໍ່ໄດ້ເລືອກ
- ບໍ່ແນ່ໃຈ/ບໍ່ຮູ້

8. ສິ່ງທີ່ສຳຄັນທີ່ສຸດ ສຳລັບທ່ານໃນເວລາທີ່ເລືອກແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານແມ່ນຫຍັງ? (ເລືອກໜຶ່ງຂໍ້ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ)

- ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດາວເສສຸຂະພາບໃນບັດຈຸບັນຂອງຂ້ອຍ (ທ່ານໝໍ, ພະຍາບານ, ສູນໃຫ້ການດາວເສສຸຂະພາບ, ອື່ນໆ) ຍອມຮັບເອົາແຜນດັ່ງກ່າວຫຼືບໍ່
- ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດາວເສສຸຂະພາບທັງໝົດ (ທ່ານໝໍ, ພະຍາບານ, ສູນໃຫ້ການດາວເສສຸຂະພາບ, ອື່ນໆ) ທີ່ມີໃຫ້ຂ້ອຍຢູ່ໃນແຜນສຸຂະພາບ
- ຢາ ແລະ ການປິ່ນປົວຕາມແຜນການ
- ການບໍລິການ ແລະ ຜົນປະໂຫຍດເພີ່ມເຕີມທີ່ມີໃຫ້ຕາມແຜນສຸຂະພາບ (ສະມາຊິກໃນສູນອອກກຳລັງກາຍ, ບັດຂອງຂວັນ, ແລະ ອື່ນໆ)
- ແຜນສຸຂະພາບໃດທີ່ຖືວ່າ "ດີທີ່ສຸດ" ຫຼື ມີການໃຫ້ຄະແນນທີ່ມີຄຸນນະພາບສູງສຸດ
- ປະສົບການກັບແຜນສຸຂະພາບນີ້ທີ່ຜ່ານມາຂອງຂ້ອຍເອງ
- ຄຳແນະນຳຈາກໝູ່ເພື່ອນ/ຄອບຄົວ
- ອື່ນໆ (ກະລຸນາອະທິບາຍ)

9. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານສາມາດປ່ຽນແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານໄດ້, ທ່ານຈະປ່ຽນບໍ່?

- ປ່ຽນ
- ບໍ່ປ່ຽນ

10. ທ່ານມີບຸກຄົນໃດໜຶ່ງ ຢູ່ໃນແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານຜູ້ທີ່ຊ່ວຍດາວເສທ່ານຫຼືບໍ່?

- ແມ່ນ, ຂ້ອຍມີ
- ບໍ່ມີ, ແຕ່ຂ້ອຍຕ້ອງການ
- ບໍ່ມີ, ແຕ່ຂ້ອຍບໍ່ຕ້ອງການ
- ບໍ່ແນ່ໃຈ/ບໍ່ຮູ້

ຄວາມຊ່ວຍເຫລືອ

- ອື່ນໆ (ກະລຸນາອະທິບາຍ)

11. ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອຫຍັງຫລາຍທີ່ສຸດເພື່ອໃຫ້ມີສຸຂະພາບແຂງແຮງ? (ເລືອກໜຶ່ງຂໍ້ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ)

- ຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ (ທ່ານໝໍ, ພະຍາບານ, ສຸກສາລາ, ອື່ນໆ)
- ຮັບການນັດໝາຍ
- ເຮັດການນັດໝາຍ
- ການຂົນສົ່ງໄປທີ່ຫ້ອງການຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານການດູແລສຸຂະພາບຂອງຂ້ອຍ (ທ່ານໝໍ, ພະຍາບານ, ສູນໃຫ້ການດູແລສຸຂະພາບ, ອື່ນໆ)
- ການບໍລິການແປພາສາ
- ການຮັບຢາ
- ການດູແລຮັກສາແຂ້ວ
- ຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານ ຫຼື ທີ່ຢູ່ອາໄສ
- ຊ່ວຍໃນການຕິດເຫຼົ້າ ຫຼື ສິ່ງເສບຕິດ
- ຊ່ວຍເຫຼືອໃນເລື່ອງຄວາມກັງວົນໃຈ, ໂຮກຊົມເສົ້າ ຫຼື ບັນຫາທາງດ້ານອາລົມອື່ນໆ
- ຊ່ວຍຮັກສາໂລກເປົາຫວານ, ໂລກຫົວໃຈ ຫຼື ໂລກອື່ນໆ
- ຊ່ວຍໃນການບໍລິການໄລຍະຍາວ, ການເບິ່ງແຍງຢູ່ເຮືອນ
- ເຄື່ອງຊ່ວຍຟັງ, ແວ່ນຕາ ຫຼື ເຄື່ອງໃຊ້/ອຸປະກອນການແພດອື່ນໆ
- ອື່ນໆ (ກະລຸນາອະທິບາຍ)

- ບໍ່ມີສິ່ງເຫລົ່ານີ້

12. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ໃຜຊ່ວຍທ່ານໄດ້ຫຼາຍທີ່ສຸດຕໍ່ສຸຂະພາບ/ການຮັກສາສຸຂະພາບຂອງທ່ານ?

- ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບ/ພະນັກງານ ຢູ່ທີ່ຫ້ອງການຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງຂ້ອຍ (ທ່ານໝໍ, ພະຍາບານ, ສູນໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບ, ອື່ນໆ)
- ພະຍາບານດ້ານສຸຂະພາບໃນເຮືອນ, ຜູ້ຊ່ວຍ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອື່ນໆ
- ບາງຄົນຢູ່ໃນແຜນສຸຂະພາບຂອງຂ້ອຍ
- ໝູ່ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ
- ຂ້ອຍບໍ່ມີການຊ່ວຍເຫຼືອ/ຂ້ອຍຈັດການດ້ວຍຕົວເອງ
- ຂ້ອຍບໍ່ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ
- ອື່ນໆ (ກະລຸນາອະທິບາຍ)

13. ໃນຊ່ວງ 6 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ ທ່ານໄດ້ນອນຄ້າງຄືນໃນຖານະເປັນຄົນເຈັບຢູ່ໂຮງໝໍບໍ່?

- ໄດ້ ບໍ່ໄດ້ ບໍ່ແນ່ໃຈ / ບໍ່ຮູ້

14. ທ່ານໄດ້ຮັບຄໍາແນະນໍາກ່ຽວກັບວິທີເບິ່ງແຍງຕົວທ່ານເອງຫຼັງຈາກກັບຈາກໂຮງໝໍບໍ່?

- ແມ່ນແລ້ວ, ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດ
 ຂ້ອຍໄດ້ຮັບຄໍາແນະນໍາ ແຕ່ບໍ່ເຂົ້າໃຈພວກມັນທັງໝົດ
 ບໍ່, ຂ້ອຍບໍ່ໄດ້ຮັບຄໍາແນະນໍາກ່ອນຈະກັບບ້ານ
 ອື່ນໆ (ກະລຸນາອະທິບາຍ)

15. ໃນຊ່ວງ 6 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ, ທ່ານໄດ້ໄປຫ້ອງສຸກເສີນເພື່ອເບິ່ງແຍງສະພາບຂອງທ່ານບໍ່?

- ໄດ້ ບໍ່ໄດ້ ບໍ່ແນ່ໃຈ / ບໍ່ຮູ້
 ອື່ນໆ (ກະລຸນາລະບຸ)

ກະລຸນາບອກພວກເຮົາວ່າທ່ານຕົກລົງເຫັນດີ ຫຼື ບໍ່ເຫັນດີກັບປະໂຫຍກລຸ່ມນີ້:

	ເຫັນດີຫຼາຍ	ເຫັນດີ	ຄວາມຄິດເຫັນທີ່ເປັນກາງ/ ບໍ່ມີຄວາມຄິດເຫັນ	ບໍ່ເຫັນດີ	ບໍ່ເຫັນດີຢ່າງແຮງ
ແຜນສຸຂະພາບຂອງຂ້ອຍ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ, (ທ່ານໝໍ, ພະຍາບານ, ສູນໃຫ້ການດູແລສຸຂະພາບ, ຄົນອື່ນໆ) ແລະ ຜູ້ເບິ່ງແຍງອື່ນໆທີ່ເຮັດວຽກກັບຂ້ອຍເພື່ອຊ່ວຍຂ້ອຍໃຫ້ມີສຸຂະພາບທີ່ດີ.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ແຜນສຸຂະພາບຂອງຂ້ອຍ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ, (ທ່ານໝໍ, ພະຍາບານ, ສູນໃຫ້ການດູແລສຸຂະພາບ, ຄົນອື່ນໆ) ແລະ ຜູ້ເບິ່ງແຍງອື່ນໆ ຮັບຟັງຂ້ອຍເມື່ອຂ້ອຍເວົ້າກ່ຽວກັບຄວາມຕ້ອງການດ້ານສຸຂະພາບຂອງຂ້ອຍ.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ແຜນສຸຂະພາບຂອງຂ້ອຍ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບ, (ທ່ານໝໍ, ພະຍາບານ, ສູນໃຫ້ການດູແລສຸຂະພາບ, ອື່ນໆ) ແລະ ຜູ້ເບິ່ງແຍງອື່ນໆໃຊ້ເວລາເພື່ອເຂົ້າໃຈສະຖານະການ/ເປົ້າໝາຍສ່ວນຕົວຂອງຂ້ອຍ.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ຂ້ອຍຮູ້ວິທີທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ / ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງຂ້ອຍເມື່ອຂ້ອຍຕ້ອງການ.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ຂ້ອຍຮູ້ສຶກຖືກຄວບຄຸມດ້ານສຸຂະພາບ / ການເບິ່ງແຍງຂອງຂ້ອຍ.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ຂອບໃຈ ສຳລັບການແລກປ່ຽນຄວາມຄິດເຫັນຂອງທ່ານກັບ Rhode Island Medicaid.

ກະລຸນາສົ່ງການສຳຫຼວດທີ່ເຮັດສຳເລັດມາທາງຈົດໝາຍຜ່ານໄປສະນີໃຫ້:

RI Executive Office of Health & Human Services
 Managed Care Unit
 3 West Road
 Cranston, RI 02920

ຫຼື ສົ່ງອີເມວການສຳຫຼວດທີ່ເຮັດແລ້ວໃຫ້ກັບ ohhs.mcooversight@ohhs.ri.gov

ມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ແກ່ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃດໆ. ໂທ 1-844-602-3469 (TTY 711).