

ရပ်ရွာရည်ညွှန်းအိမ်တွင်းကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်စီမံခန့်ခွဲရန်ဝန်ဆောင်မှုပေးခြင်း

နေအိမ်တွင်းကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု၊ စီမံခန့်ခွဲမှုဝန်ဆောင်မှုအတွက် (ကျန်းမာရေးပြုစောင့်ရှောက်ပေးသူ၊ရပ်ကွက် လူထုအဖွဲ့အစည်းများ)စသည့်တို့မှစေလွှတ်လိုက်သူတစ်ဦးချင်းစီကိုလက်ခံပါသည်။

တစ်ဦးချင်းစီသည်မိမိကိုလက်ခံစဉ်းစားခံရန်အတွက်သတ်မှတ်လိုအပ်ချက်များနှင့်ပြည့်မီရမည်ဖြစ်ပါသည်။

1. တစ်ဦးချင်း Medicate ရှိသူဖြစ်ရမည်
2. ခရိုင်များဖြစ်သည့် Cayuga,Chemung, Cortland,Madison, Onondaga,Oswego, Tompkins, or Tioga County: တွင်နေထိုင်သူဖြစ်ရမည်။
3. NYS DOH မှသတ်မှတ်ထားသောအချက်အလက်များနှင့်ပြည့်မီသူ၊နာတာရှည်ရောဂါနှစ်ခုသို့မဟုတ် HIV/AIDS ရောဂါသို့မဟုတ်ပို၍လေးနက်သောစိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာနာမကျန်းဖြစ်နေထိုင်သူ၊
၄. လူမှုရေးပြဿနာရှိသူ၊
မူးယစ်ဆေးဝါးသုံးစွဲသူစသည့်လူမှုအသိုင်းအဝိုင်းထိခိုက်စေသည့်သူများကိုနေအိမ်တွင်းကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု စီမံခန့်ခွဲမှုဝန်ဆောင်မှုမှကိုင်တွယ်ဖြေရှင်းပေးမည်ဖြစ်ပါသည်။

HOW TO MAKE A REFERRAL TO HUNNY

HUNNY သို့မည်သို့ထွဲပြောင်းမည်နည်း

1. HUNNY ၏ခွင့်ပြုချက်ကိုရယူနိုင်ရန်အတွက် Community Referral Application Form ကိုဖြည့်စွက်ပြီး လိုအပ်သောအချက်အလက်များကိုတတ်နိုင်သမျှသေးစိတ်ဖော်ပြပြီး ပူတွဲတင်ပြရမည်။
၂. ကျန်းမာရေးအချက်အလက်နှင့်ပတ်သက်၍ထုတ်ပြန်ဖော်ပြခွင့်ပြုကြောင်း ပုံစံတွင်လက်မှတ်ထိုးပြီးတစ်ပါတည်း ပူးတွဲတင်ပြရမည်။
3. ဖြည့်စွက်ပြီးသည့်ပုံစံနှင့်သဘောတူညီချက်တို့ကိုလုံခြုံသည့် Fax, e-mail သို့မဟုတ်စာတိုက်မှတစ်ဆင့်ဖော်ပြပါ လိပ်စာသို့ပေးပို့ပါ။

HUNNY Community Referral Coordinator
 Email: tmarchese@hhuny.org
 Fax: 585-613-7670
 Mail: Community Referral Coordinator
 New York Care Coordination Program – Health Homes of Upstate New York
 1099 Jay Street, Bldg.J
 Rochester, NY 14611

Approved individuals will be assigned to a Care Management Agency who will conduct outreach and attempt to engage the person in health home care management services. Health Home services are voluntary and the individual will be asked to consent during the outreach and engagement process. HHUNY, through its affiliates, also provides Health Homes Services in the counties of **Erie, Genesee, Livingston, Monroe, Seneca, Steuben ,Wayne and Yates**. Please contact the Community Referral Coordinator to make a referral for services in any of these counties Pleases sign consent forms on Page (4)

COMMUNITY REFERRAL TO HHUNY တစ်ခုကိုသယ်ယူဖြည့်စွက်မည်နည်း

အရင်းအမြစ်တစ်ခုထက်ပိုမို တိကျမှန်ကန်စေရန် Health Home Community Referral အနှစ်ချုပ်ကိုဖြည့်စွက်ရန် ဖြစ်သည်။ **Health Home** လွှဲပြောင်းမှုမှန်ကန်မှုမရှိသော်လည်းကောင်း ၊ ပြည့်စုံမှုမရှိသော်လည်းကောင်း အဖွဲ့ဝင်များကို ဝန်ဆောင်မှုပေးရာတွင်အားနည်းစေခြင်းအတားအဆီးဖြစ်ခြင်းဟုယူဆပါသည်။

Eligibility and Risk အပိုင်းများအတွက်ရွှေ့ချယ်ရန် ကျေးဇူးပြုပြီးအချက်အလက်များကိုပြည့်စုံစွာဖြည့်စွက်ရန်ဖြစ်သည်။ HHUNY Community Coordinator ၏လိုအပ်ချက်ကိုသင့်လျော်သောတာဝန်ဖြည့်စွက်ပေးရန်ဖြစ်သည်။

- ကျေးဇူးပြုပြီးမယ်ဒီဆစ်နံပါတ်ကိုမှန်ကန်စွာဖြည့်စွက်ပါ။(အက္ခရာနှစ်လုံး၊ကိန်းဂဏန်းငါးလုံးငါးလုံးပြီး အက္ခရာတစ်လုံး ပါဝင်ပါသည်။ ဥပမာ - (AA12345A)
 - Eligibility Category Information: ရောဂါသေချာစွာစစ်ဆေးပါ။
 - ဥပမာ ပြင်းထန်သောစိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာကျန်းမာရေး 296.8 Bipolar Disorder NOS
 - ဥပမာ အခြားနာတာရှည်ရောဂါအခြေအနေ COPD
 - စိတ်ဆိုးအစားနှစ်ခုတွင်၊ ရွေးချယ်သည်ချက်အလက်ထဲတွင်နှစ်ခုလုံးပေးပါရန်၊ Substance Use Disorders ထည့်သွင်းရန်၊
 - အန္တရာယ်ရှိအစိတ်အပိုင်းများ၊ အဖွဲ့ဝင်၏အန္တရာယ်ရှိအချက်များ
 - ဥပမာ အဖွဲ့ဝင်မဟုတ်သောလူနာတစ်ဦးဆေးရုံတင်ကုသရန်အတွက်အန္တရာယ်ရှိခြင်း၊ဆေးဝါးကုသ လိုက်နာမှု ရှိခြင်း၊
 - အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦးရဲ့သဘောတူညီချက်မပါရှိလျှင်အကြောင်းအရာများလွှဲပြောင်းခြင်းမပြုရပါ။ လွှဲပြောင်းတဲ့သဘောတူ ညီချက်မပါရှိလျှင်မည်သည့်လုပ်ငန်းများမှမပြုလုပ်ရန်၊ Per DOH ၊ နတ်ဖြင့်သဘော တူညီချက်ပါဝင်နိုင်ပါသည်။ CONSENT TO DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION လွှဲပြောင်းခြင်းသည် HHUNY မှလိုအပ်ပါသည်။
 - အေဂျေစီအဖွဲ့ဝင်တစ်ဦးကူညီမှုဖြစ်ခဲ့လျှင် တစ်ဦးနှင့်တစ်ဦးကူညီဖြည့်စွက်လွှဲပြောင်းရမည်။ အဖွဲ့ဝင် များ၏သတင်းအချက်အလက်နှင့်ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာတို့ကိုသေချာစွာစာရင်းပြုစုထားရမည်။အစီအစဉ်လွှဲပြောင်း ခြင်းများနှောင့်နှေးမည်ဆိုပါက Community Referral Coordinator သည်အဖွဲ့ဝင်များကို ဆက်သွယ်နိုင်မည် မဟုတ်ပါ။ ရည်ညွှန်းသူအတွင်းလူနာတစ်ဦးဖြစ်ခဲ့လျှင်အကြောင်းအရာပို့ပေးပါရန်-
 - ဆေးရုံအမှဆင်းသည်လူနာ၏ဆေးရုံနာမည် နှင့်ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာပေးရန်
 - ဆေးရုံမှဆင်းလာသည့်နေ့ရက်နှင့်အချက်အလက်များ
 - ဆေးရုံမှဆင်းရသည့်အကြောင်းပြချက်
- HHUNY ၏ ပန်းတိုင်မှာ ဖော်ရွေစွာနှင့်အချိန်မှီအဖွဲ့အစည်းလုပ်ငန်းစဉ်လွှဲပြောင်းရန် ဆက်သွယ်ရန် ဖက်စ် နှင့်ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာကိုသေချာစွာစစ်ဆေးရန်

1099 Jay Street, Building J
Rochester, NY 14611
1-855-613-7659
askhhuy@hhuny.org

COMMUNITY REFERRAL APPLICATION

လူမှုဆက်သွယ်ထွဲပြောင်းရေးလျှောက်ထား

Huther Doyle, a HHUNY affiliated Health Home Serving the Finger Lakes Region

အမည်	မွေးနေ့သက္ကရာဇ်	
နေရပ်လိပ်စာ	မယ်ဒီဆစ် CIN # နံပါတ်	ကျား/မ
	မယ်ဒီဆစ်ကိုစီမံခန့်ခွဲသည်အဖွဲ့အစည်း၏နာမည်	
	County ခရိုင်နာမည်	
ဆက်သွယ်ရန်နံပါတ်(phone)	ဆက်သွယ်ရန်နံပါတ် (Cell phone)	
<p>ဘာသစကားလိုအပ်ချက် / စကားပြန်ဝန်ဆောင်မှုပေးခြင်း - အင်္ဂလိပ်မဟုတ်သည့်ဘာသာစား</p>		

ELIGIBILITY CATEGORY INFORMATION

သင့်တော်သည့်ရွေးချယ်မှုနှစ်ခုထဲမှ (အေ) သို့မဟုတ် (ဘီ)တစ်ခုတည်းသာရွေးချယ်ရန် (သို့မဟုတ်) (စီ) မှသင့်တော်သည့်ရွေးချယ်မှုနှစ်ခုကိုရွေးပါ။

ရွေးချယ်ရန်	အမျိုးအစား	ရောဂါအမည်ထုတ်မှတ်ခြင်း - သေးစိတ်ဖော်ပြရန်
	A	ပြင်းထန်သည့်စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာနာမကျန်းခြင်း
	B	HIV/AIDS နှင့် အန္တရာယ်ရှိသော အခြားနာတာရှည်ရောဂါအခြေအနေပံ့ပိုးတိုးတက်မှု
	C	စိတ်ကျန်းမာရေးအခြေအနေများ
	C	ပန်းနာရင်ကြပ်ရောဂါ
	C	သွေးချိုဆီးချို ရောဂါ
	C	နှလုံးရောဂါ
	C	BMI > 25
	C	ကုသမှုမရနိုင်သည့်အခြားနာတာရှည်ရောဂါ

လျှို့ဝှက်အချက်အလက်များထုတ်ဖော်အသုံးပြုခွင့်ရရှိရန်

ဤသဘောတူညီချက်ပုံစံလက်မှတ်ထိုးခြင်းအားဖြင့် သင်၏ဆရာဝန်နှင့် ခြားပွဲပူးပေါင်းစောင့်ရှောက်ကူညီရရှိရန် သင်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များပေးအပ်ခြင်းဖြစ်ပါသည်။ သင်၏ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းများကိုသင့်ရောဂါ၊ ဒဏ်ရာ၊ ဆေးဝါးများနှင့် သို့မဟုတ် စမ်းသပ်မှုရလဒ်များနှင့်ပတ်သက်သည့်အချက်အလက်များပေးခြင်း၊ သင်၏မှတ်တမ်းများဖြစ်သော HIV ပိုး အခြေအနေ၊ စိတ်ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းများ၊ မျိုးဆက်ပွားကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းများ၊ မူးယစ်ဆေးဝါးနှင့်အရက်ကုသမှု နှင့် မျိုးရိုးဗီဇအချက်အလက်များအကြောင်း သတင်းအချက်အလက်အဖြစ်အထိမခံနိုင်သတင်းအချက်အလက်များပါဝင်နိုင်ပါသည်။

သင်သည်ထုတ်ဖော်ခွင့်ရှိမည်ဆိုပါကသင့်ကျန်းမာရေးသတင်းအချက်အလက်သာဆေးကုသမှုနှင့်ဆက်စပ်သည့်ကျန်းမာရေး နှင့်လူမှုရေးဝန်ဆောင်မှုများကိုအသုံးပြုမည်ဖြစ်ပါသည်။

တစ်ဦးချင်းပံ့ပိုးမှု၊ စောင့်ရှောက်မှု၊ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်ဝန်ဆောင်မှုများပေးပါပြဌာန်းချက်များနှင့် ပံ့ပိုးမှုတို့တွင်စောင့် ရှောက်ညှိနှိုင်းမှုနှင့်ပတ်သက်ပြီးတိုင်ပင်ဆွေးနွေးပြီးမှလွှဲပြောင်းပါဝင်ပါသည်။ သင်၏ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များ ပြည်နယ် နှင့် ဖက်ဒရယ်ဥပဒေများနှင့်စည်းမျဉ်းစည်းကမ်းများအားဖြင့်ခွင့်ပြုမှုသာပြန်လည်ဖော်ထုတ်နိုင်ပါသည်။

ပစ္စည်းဥစ္စာအလွဲသုံးစားမှုသို့မဟုတ်စိတ်ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်မှာသင့်ရဲ့ဆေးကုသမှုနှင့် ပတ်သက်၍ အချက်အလက်များ ပြသရန် HIV ပိုးနှင့်ဆက်စပ်သောအချက်အလက်များ မျိုးရိုးဗီဇမှတ်တမ်းများနှင့်လိင်မှတစ်ဆင့်ကူးစက်သောရောဂါများပေါ် ဥပဒေကန့်သတ်ချက်များရှိပါသည်။

မှတ်တမ်းများ၊ သင်၏ကျန်းမာရေးသတင်းအချက်အလက်များထုတ်ဖော်ရန်ခွင့်ပြုပေးခြင်း သို့မဟုတ် ငြင်းပယ်ရန်သင်၏ရွေး ချယ်မှုကို (health services or health insurance) ၏အပေါ်အခြေခံလိမ့်မည်မဟုတ်ပေ။

သင်သည်သဘောတူညီချက်ပုံစံကို withdraw လက်မှတ်ထိုးနှင့် Attachment A အတွက်စာရင်းပေးသူတစ်ဦးကပေးကမ်း ခြင်းဖြင့် မည်သည့်အချိန်တွင်သင့်ရဲ့သဘောတူခွင့်ပြုချက်ထုတ်ယူနိုင်ပါသည် သို့သော်လည်း သင်တို့သဘောတူညီမှု အကျိုးသက်ရောက်မှုရှိစဉ် သင်၏အချက်အလက်များအားမည်သူ့မဆိုဆက်လက်ထိန်းသိမ်းလိမ့်မည်။

သင်တို့နှင့်ပတ်သက်သည့်အချက်အလက်များ ကတိဝန်ခံချက်ရုတ်သိမ်းခွဲသည်ရှိသော်ဆက်လက်ထိန်းသိမ်းသွားမည်ဖြစ် ပါသည်။

သင်မှလက်မှတ်ရေးထိုးပြီးနောက်သင်သည်ဤသဘောတူညီချက်ပုံစံကိုမိတ္တူရရှိခွင့်ရှိပါသည်။

CONSENT TO DISCLOSE OF HEALTH INFORMATION

ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာသတင်းအချက်အလက်များထုတ်ဖော်ရန်သဘောတူညီချက်

၁. အဘယ်သူ၏သတင်းအချက်အလက်များအသုံးပြုသို့မဟုတ်ပေါက်ကြားစေခြင်းငှါထိုလူတစ်ဦးသည်

Name:	Date of Birth:
-------	----------------

၂. သတင်းအချက်အလက်များ ရောဂါနှင့်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကုသမှုအားလုံးပါဝင်သည် သို့သော် ပညာရေးမှတ်တမ်းများ၊ HIV ပိုးနှင့်ဆက်စပ်သောအချက်အလက်၊ မျိုးရိုးဗီဇအချက်အလက်များ၊ လိင်မှတစ်ဆင့် ကူးစက်သောရောဂါများအကြောင်းသတင်းအချက်အလက်များ နှင့်ပညာရေးမှတ်တမ်းများ သုံးပြုခွင့်မရှိပါ။

၃. ဤအချက်အလက်များကိုတွယ်ရာ (အေ) အချက်အလက်ဖြင့် ပုဂ္ဂိုလ်များသို့မဟုတ်အဖွဲ့အစည်းများထံသို့ဖော်ပြ နိုင်ပါသည်။

၄. ဤအချက်အလက်များကို အောက်ဖော်ပြသားသည့်စံချိန်တင်ရရှိထားသူမဆိုလူတစ်ဦးတစ်ယောက်သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်းမှ အသုံးပြုမပြုနိုင်ပါ။

၅. အချက်အလက်အသုံးပြုခြင်းနှင့်ဝန်ဆောင်မှုစီမံကိန်းရေးဆွဲခြင်းရာမှာအရည်အချင်းပြည့်မီသည့် ရပ်ခြားဝန်ဆောင်မှုစီမံကိန်း၊ ကျန်းမာရေးနှင့်လူမှုရေးဝန်ဆောင်မှုအရည်အသွေးစောင့်ကြည့်မှု နှင့် လူမှုရေးဆိုင်ရာဝန်ဆောင်မှုပေးသည့်အဖွဲ့အစည်းမှကိုးကွယ်မည်ဖြစ်ပါသည်။

၆. မိမိ၏ခွင့်ပြုချက်အပေါ်ပြီးဆုံးကြောင်း

၇. ခွင့်ပြုချက်ရုပ်သိမ်းမည်ဖြစ်ကြောင်းနာလည်ပါသည်။ ၎င်းသည်ဤအချက်အလက်များရုပ်သိမ်းပြီးနောက် လည်းကောင်းအချက်အလက်များပြန်လည်ထုတ်ယူ၍မရကြောင်းနားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ ဤခွင့်ပြုချက် အပေါ်မူတည်ပြီး မည်သူမဆိုလူတစ်ဦးတစ်ယောက်သို့မဟုတ် ဆေးကုသမှုအပေါ် အဖွဲ့အစည်း၏လိုအပ်ချက်အရ အချက်အလက်များအသုံးပြုနိုင်ပါသည်။

အကျွန်ုပ်သည် မှတ်တမ်းကိုအသုံးပြုသို့မဟုတ် ပုဂ္ဂိုလ်ရေးဆိုင်ရာကိုယ်စားလှယ်

(ပုဂ္ဂိုလ်ရေးကိုယ်စားလှယ်ဖြစ်သော်၊ ကျေးဇူးပြုပြီးသက်ဆိုင်သူအနေဖြင့်ဖော်ပြရန်)

--

အကျွန်ုပ်သည် စာရွက်စာတမ်းမှဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း မိမိ၏မှတ်တမ်းအချက်အလက်ကိုအသုံးပြုရန်ခွင့်ပြုပါသည်။

Signature:	Date:
------------	-------

COMMUNITY REFERRAL APPLICATION

လူမှုဆက်သွယ်ထွဲပြောင်းရေးလျှောက်လွှာ

Huther Doyle, a HHUNY affiliated Health Home Serving the Finger Lakes Region

အန္တရာယ်ရှိသောအချက်အလက်များမှတ်သားပါရန်

မှတ်သားရန်	အမျိုးအစား	မိမိအတွက်တယ်လိုခံစားရသည့် အန္တရာယ်ရှိသောအပိုင်းကို အသေးစိတ်ဖော်ပြရန်
	အန္တရာယ်ရှိသောအခြေအနေ ဥပမာ သေဆုံးခြင်း၊မသန်စွမ်းမှု၊အတွင်းလူနာ (သို့) သိုးဘွားရိပ်သာ	
	ချို့တဲ့နေသည့် (သို့) လူမှုဆိုင်ရာအားနည်းခြင်း၊မိသားစု၊ အိုးအိမ်အထောက်အကူလိုအပ်ချက်	
	ချို့တဲ့နေသည့် (သို့) ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်ဆက်သွယ်မှုစနစ်အားနည်းခြင်း	
	ဆေးဝါးကုသခံယူမှုမရှိ သို့မဟုတ် ခက်ခဲသည့် ဆေးဝါးစီမံခန့်ခွဲခြင်း	
	မကြာမီထိန်းချုပ်မှု(ထောင်)အောက်မှလွတ်မြောက်ခြင်း	
	မကြာမီစိတ်ရောဂါဆေးရုံမှဆင်းရန်	
	ငွေရေးကြေးရေးဆိုင်ရာနေ့စဉ်လိုအပ်ချက်များဖြစ်သည့် အဝတ်အစား၊ အစားအသောက်စသည့်လိုအပ်ချက်များ ..	
	သင်ယူမှုသို့မဟုတ်သိမှတ်ခံယူမှုပြဿနာများ	

အဖြစ်အပျက်ပေါ်မူတည်ပြီးစီမံခန့်ခွဲမှုအင်ဂျင်စီအတွက်အထောက်အကူဖြစ်သည့်အချက်အလက်များထပ်မံဖြည့်စွက်ခြင်း

ပိုမိုနှစ်သက်မှု သို့မဟုတ် စီမံခန့်ခွဲမှုအင်ဂျင်စီကိုအကြံပြုရန်	
အကြောင်းအရာနှင့်ပါတ်သက်၍ဆက်သွယ်ရန်ပုဂ္ဂိုလ်	ခေါင်းစဉ်
အဖွဲ့အစည်း	
ဖုန်း	အီးမေးလ်