

Tên Bệnh nhân:

Cơ quan Chăm sóc Sức khỏe tại Tư gia:

Mã số Định danh Bệnh nhân:

Địa chỉ:

Số điện thoại:

Thông báo Thay đổi Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe tại Tư gia (HHCCN)

Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại tư gia của quý vị sẽ thay đổi

Bắt đầu từ _____, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại tư gia của quý vị sẽ thay đổi các khoản mục/dịch vụ được liệt kê bên dưới.

Những khoản mục/dịch vụ nào sẽ thay đổi?	Lý do thay đổi

Tại sao quý vị nhận được thông báo này?

- ☐ **Bác sĩ/nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại tư gia của quý vị đã thay đổi (hoặc không gia hạn) yêu cầu chăm sóc sức khỏe tại tư gia của quý vị.** Cơ quan chăm sóc sức khỏe tại tư gia phải tuân theo yêu cầu của bác sĩ/nhà cung cấp dịch vụ trong việc chăm sóc quý vị. Nếu quý vị không đồng ý với thay đổi này, hãy thảo luận với cơ quan chăm sóc sức khỏe tại tư gia hoặc bác sĩ/nhà cung cấp dịch vụ đã được yêu cầu chăm sóc tại tư gia cho quý vị.
- ☐ **Cơ quan chăm sóc sức khỏe tại tư gia quyết định ngừng cung cấp cho quý vị các khoản mục/dịch vụ vì những lý do được liệt kê ở trên.** Nếu quý vị nghĩ rằng mình vẫn cần được chăm sóc tại tư gia, quý vị có thể tìm dịch vụ chăm sóc từ một cơ quan chăm sóc sức khỏe tại tư gia khác nếu quý vị có yêu cầu hợp lệ. Để được trợ giúp tìm một cơ quan chăm sóc sức khỏe tại tư gia khác, hãy liên hệ với bác sĩ/nhà cung cấp dịch vụ đã được yêu cầu chăm sóc tại tư gia cho quý vị. Nếu quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc từ một cơ quan chăm sóc sức khỏe tại tư gia khác, quý vị có thể yêu cầu cơ quan đó lập hóa đơn cho Medicare.

Nhận trợ giúp hoặc thông tin thêm

Nếu quý vị có thắc mắc về những thay đổi này, hãy liên hệ với cơ quan chăm sóc sức khỏe tại tư gia của quý vị và/hoặc bác sĩ/nhà cung cấp dịch vụ đã được yêu cầu chăm sóc tại tư gia cho quý vị. Quý vị không thể kháng cáo lên Medicare về khoản thanh toán cho các mặt hàng/dịch vụ được liệt kê ở trên trừ khi quý vị nhận được các mặt hàng/dịch vụ đó và đã nộp yêu cầu bồi thường Medicare.

Chi tiết tùy chọn:

Ký tên bên dưới để thể hiện việc quý vị hiểu thông báo này

Gửi lại thông báo đã ký tên này cho cơ quan chăm sóc sức khỏe tại tư gia của quý vị trực tiếp hoặc qua đường bưu điện đến địa chỉ ở trên.

- ☐ Đánh dấu vào đây nếu quý vị đang ký tên với tư cách là Đại diện được Ủy quyền và đảm bảo tên của quý vị dễ đọc hoặc viết in hoa tên của quý vị, nếu không dễ đọc.

Chữ ký của bệnh nhân hoặc Đại diện được Ủy quyền	Ngày

Quý vị có quyền nhận thông tin của mình ở định dạng dễ tiếp cận, như bản in chữ lớn, chữ nổi Braille, hoặc audio. Quý vị cũng có quyền nộp đơn khiếu nại nếu quý vị cảm thấy mình bị phân biệt đối xử. Truy cập [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để biết thêm thông tin. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

Tuyên Bố về Đạo Luật PRA

Theo Đạo Luật Giảm Bớt Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995, không có người nào buộc phải phản hồi về việc thu thập thông tin trừ khi có số kiểm soát OMB hợp lệ. Mã số kiểm soát OMB hợp lệ cho bản thu thập thông tin này là 0938-1196. Việc thu thập thông tin dành cho các Cơ quan Chăm sóc Sức khỏe tại Tư gia nhằm thông báo về những thay đổi trong kế hoạch chăm sóc cho những người thụ hưởng Medicare ban đầu đang nhận trợ cấp chăm sóc sức khỏe tại tư gia. Thời gian cần để hoàn tất việc thu thập thông tin này được ước lượng trung bình là ít hơn 4 phút cho mỗi câu trả lời, bao gồm thời gian xem xét các chỉ dẫn, truy tìm các nguồn tài nguyên dữ liệu hiện có, thu thập các dữ liệu cần thiết để xem xét và hoàn tất qua việc thu thập thông tin. Việc thu thập thông tin này là bắt buộc theo 42 U.S.C. 1395(bbb) và 42 CFR 484.10(c). Nếu quý vị có các góp ý liên quan tới tính chính xác của (các) ước lượng về thời gian hoặc các đề xuất cải thiện cho biểu mẫu này, vui lòng gửi thư đến: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.