

**Disability Rights Wisconsin ၏
နစ်နာမှုတိုင်ကြားချက် လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများနှင့်ပတ်သက်၍
သက်ဆိုင်သူများသို့ အသိပေးစာ**

သင်သည် ကျွန်ုပ်တို့ကို အကူအညီတောင်းခံခဲ့ပြီး အောက်ပါအခြေအနေများ ကြုံတွေ့ရပါက Disability Rights Wisconsin သို့ နစ်နာမှုကို တိုင်ကြားနိုင်ပါသည် -

- Disability Rights Wisconsin မှ သင် အကူအညီမရနိုင်ကြောင်း သင့်ကိုပြောခဲ့သည်။ **သို့မဟုတ်**
- သင်သည် ယခု Disability Rights Wisconsin မှ အကူအညီရရှိနေသည်။ သို့သော် ထိုအကူအညီနှင့်ပတ်သက်၍ တိုင်ကြားလိုမှုတစ်ခုရှိနေသည်။ **သို့မဟုတ်**
- Disability Rights Wisconsin မှ အကူအညီ ရရှိမှုပြီးဆုံးသွားပြီး သင့်တွင် ယင်းအကူအညီနှင့်ပတ်သက်၍ တိုင်ကြားလိုမှုတစ်ခုရှိနေသည် သို့မဟုတ် ထပ်ဆင့်အကူအညီပေးရန် သင့်ကိုငြင်းဆန်ထားသည်။

နစ်နာမှုတိုင်ကြားချက်လုပ်ငန်းစဉ် - နစ်နာမှုတစ်ခုကို တိုင်ကြားရန်အောက်ပါတို့ကို သင်ပြုလုပ်နိုင်သည် -

အဆင့် 1 (မိမိဆန္ဒအရ) - Disability Rights Wisconsin ဝန်ထမ်းကြီးကြပ်ရေးမှူးနှင့်ပြဿနာကို ဆွေးနွေးခြင်း

သင်နှင့်အတူအလုပ်လုပ်နေသော သို့မဟုတ် အလုပ်လုပ်ခဲ့သော Disability Rights Wisconsin ဝန်ထမ်း၏ ကြီးကြပ်ရေးမှူးနှင့် ပြဿနာအကြောင်း သင်ပြောလိုက ပြောနိုင်ပါသည်။ မကြာခဏဆိုသလို ကျွန်ုပ်တို့သည် ပြဿနာကို နားလည်သွားသည်နှင့် အလွတ်သဘောဖြေရှင်းလိုက်နိုင်သည်များ ရှိပါသည်။ သို့သော် သင်ဆန္ဒမရှိပါက ဤအဆင့်ကိုမဖြစ်မနေလုပ်ရန် မလိုအပ်ပါ။

အဆင့် 2 - ထောက်ခံစည်းရုံးရေး ဝန်ဆောင်မှုများ ဒါရိုက်တာထံ နစ်နာမှုကို တိုင်ကြားခြင်း

သင်၏ နစ်နာမှု တိုင်ကြားချက်ကို **ရက်ပေါင်း 30** ဟု သတ်မှတ်ထားသော နောက်ဆုံးသတ်မှတ်ရက်အထိ မတိုင်ကြားနိုင်သည့် ခိုင်လုံသော အကြောင်းတစ်ခုခုမရှိပါက သင်မနှစ်သက်သည့် ဆုံးဖြတ်ချက် သို့မဟုတ် လုပ်ရပ်တစ်ခုပြုလုပ်ပြီး **ရက်ပေါင်း 30** အတွင်း ထောက်ခံစည်းရုံးရေး ဝန်ဆောင်မှုများ ဒါရိုက်တာထံ တိုင်ကြားရပါမည်။

သင်၏ နစ်နာမှုတိုင်ကြားချက်ကို ဤအရာများအနက်မှ တစ်ခုကို ပြုလုပ်ခြင်းဖြင့် ဆောင်ရွက်နိုင်ပါသည် -

- ပူးတွဲပါပုံစံကိုဖြည့်ပါ။ **သို့မဟုတ်**
- သင်၏ နစ်နာမှုကို အခြားစာရွက်တစ်ရွက်ပေါ်တွင် ရေးပါ/စာရိုက်ပါ။ အကယ်၍သင်သည် ပူးတွဲပါပုံစံကို မသုံးပါက **စာကိုနှေ့စွဲတပ်၍ လက်မှတ်ထိုးပြီး စာ၏ထိပ်တွင် “DRW ဝန်ဆောင်မှုများနှင့်စပ်လျဉ်းသည့် နစ်နာမှုတိုင်ကြားချက် - ထောက်ခံစည်းရုံးရေး ဝန်ဆောင်မှုများ ဒါရိုက်တာ”** ဟု ရေးပါ။ **သို့မဟုတ်**
- Disability Rights Wisconsin ဖုန်း (608) 267-0214 သို့ခေါ်ဆိုပြီး ၎င်းကိုသင်ချရေးနိုင်ရန် တစ်စုံတစ်ဦးအား အကူအညီတောင်းပါ။ ဖုန်းဖြေသူအား သင်သည် နစ်နာမှုတိုင်ကြားချက်တစ်ခု ပြုလုပ်ရန်အတွက် အကူအညီတောင်းလိုကြောင်း ချက်ချင်းအသိပေးပါ။

သင် ဖြည့်စွက်ထားသည့် နစ်နာမှုတိုင်ကြားချက်ကို စာဖြင့်၊ ဖက်စ်ဖြင့် သို့မဟုတ် အီးမေးလ်ဖြင့်ပို့ပါ -

စာဖြင့် - Grievances
Disability Rights Wisconsin
131 West Wilson, Suite 700
Madison, Wisconsin 53703

ဖက်စ် - 1-833-635-1968

အီးမေးလ် - grievance@drwi.org

ထောက်ခံစည်းရုံးရေး ဝန်ဆောင်မှုများဒါရိုက်တာသည် သင်၏နစ်နာမှုတိုင်ကြားချက်ကို ပြန်လည်သုံးသပ်ပြီး အကယ်၍ ထောက်ခံစည်းရုံးရေး ဝန်ဆောင်မှုများ ဒါရိုက်တာက သင့်အားအချိန်ပိုလိုအပ်သည်ဟု အသိပေးခြင်းမရှိပါက တိုင်ကြားချက်ကို လက်ခံရရှိပြီး ရက် 30 အတွင်း သင့်အား စာဖြင့်ရေးသားထားသည့် ဆုံးဖြတ်ချက်ကို ပေးမည်ဖြစ်သည်။ ထောက်ခံစည်းရုံးရေး ဝန်ဆောင်မှုများဒါရိုက်တာသည် ပြဿနာကိုဖြေရှင်းရန်အတွက် လိုအပ်ပါက မေးခွန်းများမေးရန် သို့မဟုတ် သတင်းအချက်အလက်များ ပိုမိုရရှိရန် သင့်ကို ဆက်သွယ်ပါလိမ့်မည်။

အဆင့် 3 - Disability Rights Wisconsin ၏ အမှုဆောင်ဒါရိုက်တာမှ ပြန်လည်သုံးသပ်ပေးရန် တောင်းဆိုခြင်း

သင်သည် ထောက်ခံစည်းရုံးရေးဝန်ဆောင်မှုများဒါရိုက်တာ၏ ဆုံးဖြတ်ချက်ကို သဘောမတူပါက Disability Rights Wisconsin ၏ အမှုဆောင်ဒါရိုက်တာမှ ပြန်လည်သုံးသပ်ပေးရန် ထောက်ခံစည်းရုံးရေးဝန်ဆောင်မှုများ ဒါရိုက်တာမှ ဆုံးဖြတ်ပေးပြီး **ရက် 30** အတွင်း သင်တောင်းဆိုနိုင်သည်။

သင်သည် ဤအရာများမှတစ်ခုခုကို ပြုလုပ်ခြင်းဖြင့် ပြန်လည်သုံးသပ်ပေးရန် တောင်းဆိုနိုင်သည် -

- ပူးတွဲပါပုံစံကိုဖြည့်ပါ။ **သို့မဟုတ်**
- သင်၏ နစ်နာမှုကို အခြားစာရွက်တစ်ရွက်ပေါ်တွင် ရေးပါ/စာရိုက်ပါ။ အကယ်၍ သင်သည်ပူးတွဲပါပုံစံကို မသုံးပါက **စာကိုနှုတ်ထုတ်၍ လက်မှတ်ထိုးပြီး** စာ၏ထိပ်တွင် **“DRW ဝန်ဆောင်မှုများနှင့်စပ်လျဉ်းသည့် နစ်နာမှုများအား ပြန်လည်သုံးသပ်ပေးရန် - အမှုဆောင် ဒါရိုက်တာ”** ဟု ရေးပါ။ **သို့မဟုတ်**
- Disability Rights Wisconsin ဖုန်း (608) 267-0214 သို့ခေါ်ဆိုပြီး ၎င်းကို သင်ချရေးနိုင်ရန် တစ်စုံတစ်ဦးအား အကူအညီတောင်းပါ။ ဖုန်းဖြေသုအား သင်သည် နစ်နာမှုတိုင်ကြားချက်ဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခုကို အမှုဆောင်ဒါရိုက်တာမှ ပြန်လည်သုံးသပ်ပေးရန်အတွက် အကူအညီ တောင်းလိုကြောင်း ချက်ချင်းအသိပေးပါ။

သင် ဖြည့်စွက်ထားသည့် အမှုဆောင်ဒါရိုက်တာမှ သုံးသပ်ပေးရန် တောင်းဆိုချက်ကို စာဖြင့်၊ ဖက်စ်ဖြင့် သို့မဟုတ် အီးမေးလ်ဖြင့်ပို့ပါ -

စာဖြင့် - Grievances
Disability Rights Wisconsin
131 West Wilson, Suite 700
Madison, Wisconsin 53703

ဖက်စ် - 1-833-635-1968

အီးမေးလ် - grievance@drwi.org

အမှုဆောင်ဒါရိုက်တာသည် သင်၏တောင်းဆိုချက်ကို ပြန်လည်သုံးသပ်ပြီး အကယ်၍ အမှုဆောင်ဒါရိုက်တာက သင့်အားအချိန်ပိုလိုအပ်သည်ဟု အသိပေးခြင်းမရှိပါက တိုင်ကြားချက်ကို လက်ခံရရှိပြီး **ရက် 30** အတွင်း သင့်အား စာဖြင့် ရေးသားထားသည့် ဆုံးဖြတ်ချက်ကို ပေးမည်ဖြစ်သည်။ အမှုဆောင်ဒါရိုက်တာသည် ပြဿနာကိုဖြေရှင်းရန် လိုအပ်ပါက မေးခွန်းများမေးရန် သို့မဟုတ် သတင်းအချက်အလက်များ ပိုမိုရရှိရန် သင့်ကို ဆက်သွယ်ပါလိမ့်မည်။

အဆင့် 4 - Disability Rights Wisconsin ဒါရိုက်တာဘုတ်အဖွဲ့ နစ်နာမှုတိုင်ကြားချက်ကော်မတီ၏ အပြီးသတ်သုံးသပ်ချက်ကို တောင်းခံခြင်း

အကယ်၍ သင်သည် အမှုဆောင်ဒါရိုက်တာ၏ဆုံးဖြတ်ချက်ကို သဘောမတူပါက Disability Rights Wisconsin ၏ ဒါရိုက်တာဘုတ်အဖွဲ့မှ ပြန်လည်သုံးသပ်ပေးရန်တောင်းဆိုနိုင်သည်။ ဒါရိုက်တာဘုတ်အဖွဲ့က ချမှတ်ခဲ့သည့် ဆုံးဖြတ်ချက်များတွင် DRW ၏မူဝါဒများနှင့် လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများကို မှန်မှန်ကန်ကန်လိုက်နာထားခြင်းရှိမရှိကို ဆုံးဖြတ်ပါမည်။ ပြန်လည်သုံးသပ်မှုကို တောင်းဆိုချက်လက်ခံရရှိပြီးနောက် နောက်လအတွက် သုံးလတစ်ကြိမ်ပြုလုပ်သော ဒါရိုက်တာဘုတ်အဖွဲ့အစည်းအဝေးတွင် ပြုလုပ်ပါမည်။

သင်သည် ဤအရာများမှတစ်ခုခုကို ပြုလုပ်ခြင်းဖြင့် ဒါရိုက်တာဘုတ်အဖွဲ့မှ ပြန်လည်သုံးသပ်ပေးရန် တောင်းဆိုနိုင်သည် -

- ပူးတွဲပါပုံစံကိုဖြည့်ပါ။ **သို့မဟုတ်**
- သင်၏ နစ်နာမှုကို အခြားစာရွက်တစ်ရွက်ပေါ်တွင် ရေးပါ/စာရိုက်ပါ။ အကယ်၍ သင်သည်ပူးတွဲပါပုံစံကို မသုံးပါက **စာကိုနှုတ်ထုတ်၍ လက်မှတ်ထိုးပြီး** စာ၏ထိပ်တွင် **“DRW ဝန်ဆောင်မှုများနှင့်စပ်လျဉ်းသည့် နစ်နာမှုတိုင်ကြားချက် - ဒါရိုက်တာ ဘုတ်အဖွဲ့”** ဟု ရေးပါ။ **သို့မဟုတ်**

- Disability Rights Wisconsin ဖုန်း (608) 267-0214 သို့ခေါ်ဆိုပြီး ၎င်းကို သင်ချရေးနိုင်ရန် တစ်စုံတစ်ဦးအား အကူအညီတောင်းပါ။ ဖုန်းဖြေသူအား သင်သည် နစ်နာမှုတိုင်ကြားချက်ဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခုကို ဒါရိုက်တာဘုတ်အဖွဲ့မှ ပြန်လည်သုံးသပ်ပေးရန်အတွက် အကူအညီတောင်းလိုကြောင်း ချက်ချင်းအသိပေးပါ။

သင် ဖြည့်စွက်ထားသည့် ဒါရိုက်တာဘုတ်အဖွဲ့မှ ပြန်လည်သုံးသပ်ပေးရန် တောင်းဆိုချက်ကို စာဖြင့်၊ ဖက်စ်ဖြင့် သို့မဟုတ် အီးမေးလ်ဖြင့်ပို့ပါ -

စာဖြင့် - Grievances

**Disability Rights Wisconsin
131 West Wilson, Suite 700
Madison, Wisconsin 53703**

ဖက်စ် - 1-833-635-1968

အီးမေးလ် - grievance@drwi.org

ဤတောင်းဆိုမှုကို လက်ခံရရှိပါက DRW က သင်၏တောင်းဆိုချက်ကို လက်ခံရရှိကြောင်း အတည်ပြုပြီး နောက်လာမည့် ဒါရိုက်တာဘုတ်အဖွဲ့ သုံးလပတ် အစည်းအဝေး ပြုလုပ်မည့်နေ့စွဲကို သင့်အားအကြောင်းကြားပါမည်။ ဒါရိုက်တာဘုတ်အဖွဲ့က ချမှတ်ခဲ့သည့် ဆုံးဖြတ်ချက်တွင် DRW ၏ မူဝါဒများနှင့် လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများကို မှန်မှန်ကန်ကန်လိုက်နာထားခြင်းရှိမရှိကို ဆုံးဖြတ်ရန် သင့်တောင်းဆိုချက်ကို ပြန်လည်သုံးသပ်ပါမည်။ ဒါရိုက်တာဘုတ်အဖွဲ့သည် သင့်အားအချိန်ပိုလိုအပ်သည်ဟု အသိပေးခြင်းမရှိပါက ဘုတ်အဖွဲ့အစည်းအဝေးပြီးနောက် **14 ရက်**အတွင်း သင့်အား စာဖြင့် ရေးသားထားသည့် ဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခုပေးနိုင်ရန် ထိုက်သင့်သောကြိုးပမ်းအားထုတ်မှုများ ပြုလုပ်သွားမည်ဖြစ်သည်။ မေးခွန်းများမေးရန် သို့မဟုတ် ပိုမိုသိရှိနိုင်ရန်အတွက် ဒါရိုက်တာဘုတ်အဖွဲ့ကသင့်အား ဆက်သွယ်သည်များရှိနိုင်ပါသည်။

ဒါရိုက်တာဘုတ်အဖွဲ့၏ ဆုံးဖြတ်ချက်သည် Disability Rights Wisconsin ၏ **အပြီးသတ်ဆုံးဖြတ်ချက်ဖြစ်သည်။**

Disability Rights Wisconsin တစ်ဦးချင်းနှစ်နာမှု တိုင်ကြားချက်ပုံစံ

Disability Rights Wisconsin တွင် နှစ်နာမှုတစ်ခုကို တိုင်ကြားရန် သင်လုပ်နိုင်သည်မှာ -

- ဤပုံစံကိုဖြည့်ပါ။ **သို့မဟုတ်**
- သင်၏ နှစ်နာမှုကို အခြားစာရွက်တစ်ရွက်ပေါ်တွင် ရေးပါ။ **သို့မဟုတ်**
- (800) 928-8778 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပြီး သင်၏နှစ်နာမှု တိုင်ကြားချက်ကို ရေးသားပေးရန် DRW ဝန်ထမ်းတစ်ဦးကို အကူအညီတောင်းပါ။

ပြီးဆုံးသွားသည့်အခါ သင်၏နှစ်နာမှုတိုင်ကြားချက်အား မည်သို့တင်သွင်းရမည်နှင့်ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များကို ဤပုံစံ၏ အဆုံးတွင် သင်တွေ့ရပါမည်။

ဤပုံစံသည် ဖြည့်စွက်နိုင်သော pdf ပုံစံတစ်ခုဖြစ်သည်။ သင်သည် အမှန်ခြစ်ရမည့်အကွက်များ(checkboxes) နှင့် စာသားဖြည့်ရမည့် အကွက်များ (text box) ကို ဖြည့်ပြီး ကျွန်ုပ်တို့ထံပေးပို့နိုင်သည်။ အကယ်၍ သင်သည်ပုံစံပေါ်တွင် ရေးလိုလျှင် ၎င်းကိုပရင့်ထုတ်ပြီး ဖြည့်စွက်နိုင်သည်။

ကျေးဇူးပြုပြီး ဤတောင်းဆိုချက်၏အဆင့်ကို အမှန်ခြစ်ပါ -

- ထောက်ခံစည်းရုံးရေးဝန်ဆောင်မှုများဒါရိုက်တာထံ နှစ်နာမှုကို ကနဦးတိုင်ကြားခြင်း
- အလုပ်အမှုဆောင်ဒါရိုက်တာက ကနဦး ဆုံးဖြတ်ချက်ကို ပြန်လည်သုံးသပ်ခြင်း
- DRW ဒါရိုက်တာဘုတ်အဖွဲ့က အမှုဆောင်ဒါရိုက်တာ၏ ဆုံးဖြတ်ချက်အားပြန်လည်သုံးသပ်ခြင်း

ပထမအမည်နှင့်မျိုးရိုးအမည် - _____

လိပ်စာ - _____

နေအချိန်ခေါ်ဆိုနိုင်မည့်ဖုန်း - _____

အီးမေးလ်- _____

ကျွန်ုပ်တို့က သင့်အား မည်သို့ဆက်သွယ်စေလိုပါသနည်း။ သင်တစ်ခုထက်ပို၍ အမှန်ခြစ်နိုင်ပါသည်။

- စာတိုက်မှတစ်ဆင့် စာပို့ခြင်း
- တယ်လီဖုန်း
- ဖက်စ် (ဖက်စ်နံပါတ်ပေးပါ)- _____
- အခြား - _____

ဤနှစ်နာမှုတိုင်ကြားချက်ကို ရေးရန် သင့်အား တစ်စုံတစ်ဦးက ကူညီပေးခြင်းဖြစ်ပါက ၎င်း၏အမည်ကို ဤနေရာတွင်ရေးပါ-

Disability Rights Wisconsin မှ သင်လိုချင်ခဲ့သော သို့မဟုတ် လက်ခံရရှိခဲ့သောဝန်ဆောင်မှုကို ရှင်းပြပါ -

မည်သို့ဖြစ်ပျက်ခဲ့ပြီး သင်မည်သည့်အတွက်ကြောင့် ဤနစ်နာမှုကို တိုင်ကြားလိုကြောင်း ကျေးဇူးပြု၍ ရှင်းပြပါ။

အကယ်၍ သင်သည် DRW မှ ကနဦး တုံ့ပြန်ချက်ကို လက်ခံရရှိခဲ့ပါက ဤဆုံးဖြတ်ချက်ကို အဘယ်ကြောင့် ငြင်းဆိုကြောင်း ရှင်းပြပါ။

အခြား သို့မဟုတ် နောက်ထပ်အချက်အလက်များရှိပါသလား၊ သို့မဟုတ် သင်ထပ်ဖြည့်လိုသည့် အခြားအရာတစ်ခုခုရှိပါသလား။

ပြဿနာကို မည်သို့ဖြေရှင်းနိုင်မည်နည်း သို့မဟုတ် သင်သည် Disability Rights Wisconsin ကို မည်သို့ခြားနားစွာ ပြုလုပ်စေလိုသနည်း။

ကျေးဇူးပြုပြီး အောက်တွင် လက်မှတ်ထိုး၍ နေ့စွဲတပ်ပါ။

မှတ်ချက် - အကယ်၍ သင်သည် ဤပုံစံကို အီလက်ထရွန်နစ်နည်းဖြင့် ဖြည့်စွက်ပါက Pdf Readers အများစုတွင် ဤရည်ရွယ်ချက်အတွက် "Fill and Sign" (ဖြည့်စွက်ပြီး လက်မှတ်ထိုးရန်) ရွေးစရာရှိသည်။ အကယ်၍ သင်သည်ဤပုံစံကိုအီလက်ထရွန်နစ်နည်းဖြင့် လက်မှတ်မထိုးနိုင်ပါက သင်၏လက်မှတ်အစား သင်၏အမည်ကိုရိုက်ထည့်နိုင်သည်။

လက်မှတ် - _____

နေ့စွဲ - _____

သင်သည် ဤပုံစံကိုအောက်ပါနည်းလမ်းများထဲမှ တစ်ခုဖြင့်တင်သွင်းနိုင်သည်။

စာတိုက်မှပို့ရန် - Grievances
Disability Rights Wisconsin
131 West Wilson, Suite 700
Madison, WI 53703

ဖက်စ်ဖြင့် - 1-833-635-1968

အီးမေးလ်ဖြင့် - grievance@drwi.org