**[MCO Letterhead]**

**[Template for Notice of Level of Care]**

<<Date mailed>>

<<Member’s name>>

<<Street address>>

<<City>>, <<State>> <<Zip Code>>

**<<Version A: Use the language directly below for members who maintained non-nursing home level of care (LOC). Then delete these instructions and Version B of this letter.>>**

尊敬的 <<Member’s name>>：

主题：关于您当前护理等级的告知函

您当前参与的 Family Care 计划适用非护理院级别照护。您的护理等级反映了您在完成日常活动时所需的协助程度，并决定了您作为 Family Care 会员可获取的服务类型。

<<MCO Name>> 采用 Wisconsin Long-Term Care Functional Screen 工具进行护理等级评定。该评定每年定期举行，或在您的健康状况发生变化时进行。我们已于 <<Insert determination date>> 完成最新评估，结果显示您的护理等级维持不变。您无需就此通知采取任何活动，本函仅作为 Family Care 服务覆盖范围告知。

**<<Version B: Use for members who experienced a change in LOC from nursing home LOC to non-nursing home LOC. Delete Version A of this letter and these instructions.>>**

尊敬的 <<Member’s name>>：

主题：关于您护理等级变更的告知函

您的 Family Care 计划护理等级已发生变更。您的护理等级反映了您在完成日常活动时所需的协助程度，并决定了您作为 Family Care 成员可获取的服务类型。

<<MCO Name>> 采用 Wisconsin Long-Term Care Functional Screen 进行护理等级评定。该评定每年定期举行，或在您的健康状况发生变化时进行。我们已于 <<Insert determination date>> 完成最新护理等级评估。

评估结果显示，您不再需要护理院级别服务支持，**现调整为非护理院级别照护。**

这意味着，自 <<effective date>> 起，您可享受非护理院级别照护对应的 Family Care 服务项目。具体服务清单请查阅会员手册第 <<insert page number>> 页。

**<<End of Version B>>**

**评估结果异议处理指引**

如您认为 Long-Term Care Functional Screen 评估结果未能准确反映您当前所需的护理等级，可致电 <<Insert Phone Number>> 联系 <<MCO Name>> 的 Long-Term Care Functional Screen 评估主管 <<Screen Lead Name>>，申请重新评估。

重新评估结果仍可能维持非护理院级别照护。若出现此情况，您有权提起申诉。您亦可跳过重新评估直接发起申诉。具体操作步骤请查阅第三页内容。

若未来您的健康状况或日常活动能力发生变化，请致电 <<Enter name and phone number of contact>> 申请重新评估。

**咨询服务**

如对本函内容存有疑问，请联系 <<Enter name of contacts>>：

护理团队

<<Nurse Name>>

<<Nurse Title>>

<<Nurse Phone Number>>

<<SW Name>>

<<SW Title>>

<<SW Phone Number>>

**上诉权**

1. **如何对此决定提起上诉**

如果您对此决定有异议，可写信、致电、发送传真或发送电子邮件：

<<MCO Name>>

MCO address

appropriate contact phone number

appropriate fax number

appropriate email address

您可以访问以下网站，获取上诉申请表：[www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm)，或者您也可以致电本通知文末所列的其中一家独立 ombudsman 机构。

**请在填妥的申请表或申请函中纳入本通知副本。**

1. **申诉和上诉委员会**

我们将在 <<MCO Name>> 收到您的申请后，与申诉和上诉委员会召开会议。委员会由多名<<MCO Name>>代表以及至少一名同样接受我方服务的人士（或该名人士的代表）组成。

您有权亲自出席（可自行选择）。您可以随带一名辩护人、朋友、家人或证人。您还可以向委员会出示证据并提供证词。

您将收到一份对您的上诉的书面决定。如果您对申诉和上诉委员会的决定有异议，可申请举行州级公平听证会。如需了解更多信息，参见第 6 节。

1. **继续享受服务**

如果您正在享受福利，且在福利变更前提出上诉申请，则可以继续享受相同福利，直至申诉和上诉委员会就您的上诉作出决定。

如果您希望在上诉期间继续享受福利，**则在 [insert effective date of intended action]** **或之前**，**必须将您的申请盖上邮戳，并以传真或电子邮件形式发出。**

如果申诉和上诉委员会裁定 <<MCO Name>> 的决定正确，则您可能需要偿还您在提出上诉申请至申诉和上诉委员会作出决定期间获得的额外福利。但如果这样做会给您带来较重的财务负担，则可能不会要求您偿还该笔费用。

1. **向 <<MCO Name>>**

您应该尽快提起上诉。

您必须**在** **insert date that is the mailing date + 60 calendar days** **或之前**将您针对 <<MCO Name>> 的上诉申请盖上邮戳，并以传真或电子邮件形式发出。**重要提示**：如果您希望在上诉期间继续享受福利，则**在** **insert effective date of intended action或之前，**必须将您的上诉盖上邮戳，并以传真或电子邮件形式发出。

1. **加快处理您向 <<MCO Name>>**

您可以要求 <<MCO Name>> 加快处理您的上诉。如果 <<MCO Name>> 认为采用标准时长可能会严重损害您的健康或开展日常活动的能力，我们将同意对您应用更快速的上诉程序，即“快速上诉”。这意味着您将在申请后 72 小时内，收到对您的案件的决定。如果您想了解有关快速上诉的更多内容，请拨打 MCO phone number，联系<<MCO Name>>。

1. **州级公平听证会**

如果您对申诉和上诉委员会就您的上诉作出的决定有异议，您有权要求举行州级公平听证会。

如果您要求举行州级公平听证会，将有一名独立的Administrative Law Judge (ALJ) 参加您的听证会。您可以随带一名辩护人、朋友、家人或证人。您还可以在听证会上出示证据并提供证词。

<<MCO Name>> 的会员权益专家可协助您提交公平听证申请。如需联系会员权利专家，请拨打 Member Rights Specialist phone number。您也可以从本通知文末所列的其中一家独立 ombudsman 机构或通过以下网站获取听证会表格：[www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm)。

请将填妥的申请表或听证会申请函及本通知的副本寄至：

Family Care Request for Fair Hearing

Wisconsin Division of Hearings and Appeals

PO Box 7875

Madison, WI 53707-7875

传真： 608-264-9885

**重要提示：**除非您收到申诉和上诉委员会就您的上诉作出的决定，或者 <<MCO Name>> 未在收到您的上诉申请后 30 个历日内向您发送书面决定，否则您无法申请举行州级公平听证会。

在收到申诉和上诉委员会就您的上诉作出的书面决定之日起计 90 个历日内，您可申请举行州级公平听证会。如果 <<MCO Name>> 未在收到您的上诉申请后 30 个历日内向您发送书面决定，则上述 90 天期间将在此 30 个历日结束之日起计算。

1. **谁能帮您了解本通知和您的权利？**

<<MCO Name>> 的会员权利专家可向您说明您的权利，尝试以非正式的方式为您解决问题，并协助您提出上诉。会员权利专家**不能**代表您参加我们的申诉和上诉委员会会议或州级公平听证会。如需联系会员权力专员，请拨打 MCO phone number。

任何接受 Family Care 服务的人均可获得**独立ombudsman**的免费帮助。以下机构可为 Family Care 会员代辩：

**18 至 59 岁的会员：**

Disability Rights Wisconsin

免费电话： 800-928-8778

电传打字机： 711

**60 岁及以上的会员：**

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care

免费电话： 800-815-0015

电传打字机： 711

1. **您的案件文件的副本**

您有权免费索取一份您的案件文件中与此项决定相关的信息副本。信息是指与此决定相关的所有文件、医疗记录和其他资料。如果您决定对此决定提出上诉，您有权在上诉期间获取由 <<MCO Name>> 收集的新的或附加信息。如需获取您的案件文件副本，请拨打 phone number，联系 appropriate contact。