**[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.>>**

Уважаемый(-ая) <<Member’s name>>

Тема: Ваш уровень ухода

Вы участвуете в Family Care program на уровне ухода вне дома инвалидов. Ваш уровень ухода зависит от того, сколько помощи вам нужно для выполнения повседневных действий. Ваш уровень ухода определяет виды услуг, к которым вы можете получить доступ в качестве участника программы Family Care.

<<MCO Name>> использует инструмент под названием Wisconsin Long-Term Care Functional Screen для проверки вашего уровня ухода раз в году или при изменении вашего состояния. Мы проверили ваш уровень ухода <<Insert determination date>>, и он не изменился. Вам не нужно предпринимать никаких действий в связи с этой информацией. Мы просто держим вас в курсе вашего покрытия по программе Family Care.

**<<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.>>**

Уважаемый(-ая) <<Member’s name>>

Тема: Ваш уровень ухода изменился

Ваш уровень ухода по программе Family Care изменился. Ваш уровень ухода зависит от того, сколько помощи вам нужно для выполнения повседневных действий. Он определяет виды услуг, к которым вы можете получить доступ в качестве участника программы Family Care.

<<MCO Name>> использует инструмент Wisconsin Long-Term Care Functional Screen для проверки вашего уровня ухода раз в году или при изменении вашего состояния. Мы проверили ваш уровень ухода <<Insert determination date>>.

Мы обнаружили, что у вас больше нет такого уровня ухода, который требовал бы услуг, обычно предоставляемых в доме инвалидов. **Теперь ваш уровень ухода — вне дома инвалидов.**

Это значит, что <<effective date>> у вас будет доступ к услугам, доступным участникам Family Care с уровнем ухода вне дома инвалидов. См. перечень этих услуг на странице <<insert page number>> вашего справочника участника.

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

**Что делать, если вы не согласны**

Если вы считаете, что результаты Long-Term Care Functional Screen неверны, потому что вам нужен другой уровень ухода, вы можете запросить новую оценку, обратившись к <<Screen Lead Name>>, руководителю Long-Term Care Functional Screen <<MCO Name>>, по номеру телефона <<Insert Phone Number>>.

Новая оценка может все равно показать, что вы соответствуете уровню ухода вне дома инвалидов. Если это произойдет, вы имеете право обжаловать это решение. Вы также можете подать апелляцию без прохождения новой функциональной оценки. Инструкции о том, как подать апелляцию, вы найдете на третьей странице.

Если в будущем ваше здоровье или способность выполнять повседневные действия изменятся, свяжитесь с <<Enter name and phone number of contact>>, чтобы запросить новую оценку.

**У вас появились вопросы по поводу этого письма?**

Если у вас появились вопросы по поводу этого письма, обратитесь к <<Enter name of contacts>>:

Команда по уходу

<<Nurse Name>>

<<Nurse Title>>

<<Nurse Phone Number>>

<<SW Name>>

<<SW Title>>

<<SW Phone Number>>

|  |
| --- |
| **Права на обжалование** |
| 1. **Как обжаловать это решение**   Если вы не согласны с этим решением, напишите, позвоните, отправьте факс или электронное письмо:  <<MCO Name>>  <<MCO address>>  <<Appropriate contact phone number>>  <<Appropriate fax number>>  <<Appropriate email address>>  Вы можете получить форму заявки на апелляцию в Интернете по адресу [www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm), или позвонив в одно из независимых ombudsman agencies (агентств омбудсмена), перечисленных в конце настоящего уведомления.  **Приложите копию этого уведомления к заполненной форме заявки или письму.** |
| 1. **Комитет по рассмотрению жалоб и апелляций**   После того, как <<MCO Name>> получит вашу заявку, мы назначим заседание Комитета по рассмотрению жалоб и апелляций. Комитет состоит из представителей <<MCO Name>> и как минимум одного человека, который также получает услуги от нас (или который представляет такое лицо).  У вас есть право явиться лично по собственному желанию. Вы можете привести с собой адвоката, друга, члена семьи или свидетелей. Вы также можете представить доказательства и свидетельские показания в этот комитет.  Вы получите письменное решение по своей апелляции. Если вы не согласны с решением Комитета по рассмотрению жалоб и апелляций, вы можете потребовать проведения справедливого судебного разбирательства на уровне штата. Для получения дополнительной информации см. раздел 6. |
| 1. **Продолжение предоставления услуг**   Если вы получаете льготы и запрашиваете апелляцию до изменения ваших льгот, вы имеете право продолжать получать те же льготы, пока Комитет по рассмотрению жалоб и апелляций не примет решение по вашей апелляции.  Если вы хотите сохранить свои льготы во время рассмотрения апелляции, **ваша заявка должна быть отправлена по почте, факсу или электронной почте не позднее** <<**insert effective date of intended action**>>.  Если Комитет по рассмотрению жалоб и апелляций постановит, что решение <<MCO Name>> было правильным, вам может потребоваться оплатить дополнительные льготы, которые вы получали в период между тем, как вы подали апелляцию, и временем, когда Комитет по рассмотрению жалоб и апелляций принял решение. Однако, если это повлечет за собой большое финансовое бремя, от вас, возможно, не потребуется выплата этой суммы. |
| 1. **Срок подачи вашей апелляции в <<MCO Name>>**   Вам рекомендуется подать апелляцию как можно скорее.  Ваша апелляция в <<MCO Name>> должна быть отправлена по почте, факсу или электронной почте **не позднее** <<**insert date that is the mailing date + 60 calendar days**.>> **Важно**: Если вы хотите сохранить свои льготы во время рассмотрения апелляции, ваша заявка должна быть отправлена по почте, факсу или электронной почте **не позднее** <<**insert effective date of intended action**>>. |
| 1. **Ускорение рассмотрения апелляции в <<MCO Name>>**   Вы можете попросить <<MCO Name>> ускорить рассмотрение вашей апелляции. Если <<MCO Name>> решит, что использование стандартного срока может нанести серьезный ущерб вашему здоровью или способности выполнять вашу повседневную деятельность, мы предоставим вам более быструю апелляцию, которая называется expedited appeal (ускоренная апелляция). Это означает, что вы получите решение по вашему делу в течение 72 часов после подачи вашей заявки. Если вы хотите узнать больше об ускоренной апелляции, свяжитесь с <<MCO Name>> по номеру телефона <<MCO phone number>>. |
| 1. **Объективное разбирательство на уровне штата**   Если вы не согласны с решением Комитета по рассмотрению жалоб и апелляций по вашей апелляции, вы имеете право потребовать проведения объективного разбирательства на уровне штата.  Если вы запросили объективное разбирательство на уровне штата, вам назначат слушание у независимого Administrative Law Judge (Судьи по административным делам) (ALJ). Вы можете привести с собой адвоката, друга, члена семьи или свидетелей. Вы также можете представить на слушании доказательства и свидетельские показания.  <<MCO Name>> Специалист по правам участников может помочь вам с подачей заявки на объективное разбирательство. Чтобы связаться со специалистом по правам участников, позвоните по номеру телефона <<Member Rights Specialist phone number>>. Вы можете получить форму заявки на разбирательство в одном из независимых ombudsman agencies (агентств омбудсмена), перечисленных в конце настоящего уведомления, или в Интернете по адресу [www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm).  Отправьте заполненную форму заявки или письмо с просьбой о проведении разбирательства и копию этого уведомления по адресу:  Family Care Request for Fair Hearing  Wisconsin Division of Hearings and Appeals  PO Box 7875  Madison, WI 53707-7875  По факсу: 608-264-9885  **Важное примечание:** Вы можете требовать проведения объективного разбирательства на уровне штата только после того, как получите решение Комитета по рассмотрению жалоб и апелляций по вашей апелляции, или если <<MCO Name>> не отправит вам письменное решение в течение 30 календарных дней с момента получения вашей апелляции.  У вас есть 90 календарных дней с даты получения письменного решения Комитета по рассмотрению жалоб и апелляций по вашей апелляции, чтобы потребовать проведения объективного разбирательства на уровне штата. Если <<MCO Name>> не отправит вам письменное решение в течение 30 календарных дней с момента получения вашей апелляции, 90-дневный срок начинаются на следующий день после окончания 30‑дневного периода. |
| 1. **Кто может помочь вам понять настоящее уведомление и ваши права?**   <<MCO Name>> Специалист по правам участников может проинформировать вас о ваших правах, попытаться неофициально разрешить ваши проблемы и помочь вам с подачей апелляции. Специалист по правам участников **не может** представлять вас на заседании нашего Комитета по рассмотрению жалоб и апелляций или при проведении объективного разбирательства на уровне штата. Чтобы связаться со специалистом по правам участников, позвоните по номеру телефона <<MCO phone number>>.  Любой, кто получает услуги Family Care может воспользоваться бесплатной помощью от **независимого ombudsman (омбудсмена)**. Следующие агентства выступают за участников программы Family Care: |
| **Для участников в возрасте от 18 до 59 лет:**  Disability Rights Wisconsin  Бесплатный номер: 800-928-8778  Телетайп: 711 |
| **Для участников в возрасте 60 лет и старше:**  Wisconsin Board on Aging and Long Term Care  Бесплатный номер: 800-815-0015  Телетайп: 711 |
| 1. **Копия вашего дела**   Вы имеете право на бесплатную копию информации в вашем деле, касающейся этого решения. Информация означает все документы, записи о состоянии здоровья и другие материалы, связанные с этим решением. Если вы решите обжаловать это решение, вы имеете право на любую новую или дополнительную информацию, которую <<MCO Name>> собрала во время вашей апелляции. Для запроса копии вашего дела свяжитесь с <<Insert appropriate contact>> по номеру телефона <<insert phone number>>. |