**[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.>>**

Estimado/a <<Member’s name>>:

Asunto: Su nivel de atención

Usted participa en el programa Family Care con un nivel de atención que no requiere servicios de un hogar de ancianos. El nivel de atención se refiere a la cantidad de ayuda que necesita para realizar actividades cotidianas. Este nivel determina los tipos de servicios a los que puede acceder como miembro del programa Family Care.

<<MCO Name>> usa una herramienta llamada Wisconsin Long-Term Care Functional Screen para comprobar su nivel de atención una vez al año o cuando su condición cambia. Comprobamos su nivel de atención el <<Insert determination date>> y este no ha cambiado. No necesita realizar ninguna acción con respecto a esta información. Simplemente queremos mantenerlo informado sobre la cobertura de 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.>>**

Estimado/a <<Member’s name>>:

Asunto: Se ha modificado su nivel de atención

Se ha modificado su nivel de atención dentro del programa Family Care. El nivel de atención se refiere a la cantidad de ayuda que necesita para realizar actividades cotidianas. Determina los tipos de servicios a los que puede acceder como miembro del programa Family Care.

<<MCO Name>> usa Wisconsin Long-Term Care Functional Screen para comprobar su nivel de atención una vez al año o cuando su condición cambia. Comprobamos su nivel de atención el <<Insert determination date>>.

Según los resultados, ya no tiene el nivel de atención que requerirían los servicios que suelen prestarse en un hogar de ancianos. **Ahora se encuentra en un nivel de atención que no requiere servicios de un hogar de ancianos.**

Esto significa que, a partir del <<effective date>>, tendrá acceso a los servicios disponibles para los miembros de Family Care que tienen un nivel de atención que no requiere servicios de un hogar de ancianos. Consulte la página <<insert page number>> del manual del miembro para ver la lista de estos servicios.

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

**Qué hacer si no está de acuerdo**

Si considera que los resultados de Long-Term Care Functional Screen no reflejan correctamente su situación y que necesita un nivel de atención diferente, puede solicitar una nueva evaluación comunicándose con <<Screen Lead Name>>, responsable de Long-Term Care Functional Screen de <<MCO Name>>, al <<Insert Phone Number>>.

Es posible que la nueva evaluación confirme que continúa en un nivel de atención no correspondiente a servicios de un hogar de ancianos. Si esto sucede, tiene derecho a apelar esta determinación. También puede apelar sin realizar una nueva evaluación funcional. Puede encontrar instrucciones sobre cómo apelar en la página tres.

Si su salud o su capacidad para realizar actividades cotidianas cambian en el futuro, comuníquese con <<Enter name and phone number of contact>> para solicitar una nueva evaluación.

**¿Tiene alguna pregunta sobre esta carta?**

Si tiene preguntas sobre esta carta, comuníquese con <<Enter name of contacts>>:

Equipo de atención

<<Nurse Name>>

<<Nurse Title>>

<<Nurse Phone Number>>

<<SW Name>>

<<SW Title>>

<<SW Phone Number>>

**Derechos de apelación**

1. **Cómo apelar esta decisión**

Si no está de acuerdo con esta decisión, escriba, llame, envíe un fax o correo electrónico:

<<MCO Name>>

MCO address

appropriate contact phone number

appropriate fax number

appropriate email address

Puede obtener el formulario de Solicitud de Apelación en [www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm), o llamando a una de las agencias independientes de ombudsman que se indican al final de este aviso.

**Incluya una copia de este aviso junto a su carta o formulario de solicitud completado.**

1. **Comité de quejas formales y apelaciones (Grievance and Appeal Committee)**

Una vez que <<MCO Name>> reciba su solicitud, programaremos una reunión con nuestro Comité de quejas formales y apelaciones. El comité está compuesto por representantes de <<MCO Name>> y al menos una persona que recibe nuestros servicios (o que representa a alguien que recibe nuestros servicios).

Tiene derecho a comparecer en persona si lo desea. Puede traer un defensor, un amigo, un familiar, o testigos. También puede presentar pruebas y testimonios al comité.

Recibirá una decisión por escrito sobre su apelación. Si no está de acuerdo con la decisión del Comité de quejas y apelaciones, puede solicitar una audiencia imparcial del estado. Vea la sección 6 para mayor información.

1. **Continuación de los servicios**

Si recibe beneficios y solicita una apelación antes de que sus beneficios cambien, puede recibir los mismos beneficios hasta que el Comité de quejas y apelaciones tome una decisión respecto a su apelación.

Si desea recibir beneficios durante el periodo de apelación, **debe enviar su solicitud marcada con el matasellos del correo postal, por fax o correo electrónico en un plazo no mayor al [insert effective date of intended action]** .

Si el Comité de quejas y apelaciones decide que la decisión de <<MCO Name>> fue correcta, es posible que deba reembolsar los beneficios que recibió durante el periodo en que presentó su solicitud de apelación y el momento en que el Comité de quejas y apelaciones tomó una decisión. No obstante, si esto le causa una gran carga financiera, es posible que no tenga que reembolsar estos gastos.

1. **Fecha límite para presentar su apelación con <<MCO Name>>**

Debe presentar su apelación lo antes posible.

Su apelación a <<MCO Name>> se debe enviar marcada con el matasellos del correo postal, por fax o correo electrónico **en un plazo no mayor al** **insert date that is the mailing date + 60 calendar days**. **Importante**: Si desea recibir beneficios durante el periodo de apelación, debe enviar su apelación marcada con el matasellos del correo postal, por fax o correo electrónico **en un plazo no mayor al** **insert effective date of intended action.**

1. **Cómo agilizar su apelación con <<MCO Name>>**

Puede solicitar a <<MCO Name>> que agilice su apelación. Si <<MCO Name>>decide que el lapso de tiempo estándar para resolver su apelación podría dañar seriamente su salud o capacidad para realizar sus actividades diarias, le concederemos una “apelación expedita”. Esto significa que recibirá una decisión sobre su caso dentro de 72 horas a partir de la presentación de su solicitud. Si desea obtener más información sobre una apelación expedita, comuníquese con <<MCO Name>> al MCO phone number.

1. **Audiencia imparcial estatal**

Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal si no está de acuerdo con la decisión del Comité de quejas formales y apelaciones sobre su apelación.

Si solicita una audiencia imparcial estatal, se le otorgará una audiencia con un Administrative Law Judge (ALJ) independiente. Puede traer un defensor, un amigo, un familiar, o testigos. También puede presentar pruebas y testimonios durante la audiencia.

El especialista en derechos del miembro de <<MCO Name>> puede ayudarle a presentar una solicitud de audiencia imparcial. Para contactar a un especialista en derechos del miembro, llame al Member Rights Specialist phone number. También puede obtener el formulario de audiencia a través de una de las agencias independientes de ombudsman que se indican al final de este aviso o en línea en [www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm).

Envíe el formulario de solicitud completo o una carta solicitando una audiencia y una copia de este aviso a:

Family Care Request for Fair Hearing

Wisconsin Division of Hearings and Appeals

PO Box 7875

Madison, WI 53707-7875

Fax: 608-264-9885

**Nota importante:** No puede solicitar una audiencia imparcial estatal hasta que haya recibido la decisión del Comité de quejas formales y apelaciones sobre su apelación o bien, si <<MCO Name>>no le envía una decisión por escrito dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación.

A partir de la fecha en que recibió por escrito la decisión del Comité de Quejas Formales y Apelaciones respecto de su apelación, tiene 90 días calendario para solicitar una audiencia imparcial estatal. Si <<MCO Name>> no le envía una decisión por escrito dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación, el plazo de 90 días para solicitar una audiencia imparcial comenzará automáticamente el día posterior a la fecha en que se cumplan 30 días desde la recepción de su apelación.

1. **¿Quién puede ayudarle a comprender este aviso y sus derechos?**

El especialista en derechos del miembro de <<MCO Name>> puede informarle sobre sus derechos, tratar de resolver sus dudas de manera informal y ayudarle a presentar una apelación. El especialista en derechos del miembro **no** puede actuar como su representante en una reunión con el Comité de quejas y apelaciones o en una audiencia imparcial estatal. Para contactar a un especialista en derechos del miembro, llame al MCO phone number.

Las personas que reciban servicios de Family Care pueden obtener ayuda gratuita a través de una **agencia independiente de ombudsman**. Las agencias indicadas a continuación defienden a miembros de Family Care

**Para miembros de 18 a 59 años de edad:**

Disability Rights Wisconsin

Número gratuito: 800-928-8778

TTY: 711

**Para miembros de 60 años de edad y más:**

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care

Número gratuito: 800-815-0015

TTY: 711

1. **Copia del expediente de su caso**

Tiene derecho a obtener una copia gratuita de la información del expediente de su caso relacionada con esta decisión. Esta información se refiere a todos los documentos, registros médicos y otros materiales relacionados con esta decisión. Si decide apelar esta decisión, tiene derecho a acceder a cualquier información nueva o adicional que <<MCO Name>> haya recopilado durante su apelación. Para solicitar una copia del expediente de su caso, comuníquese con appropriate contact al phone number.