|  |
| --- |
| MCO Appeal Decision (Upheld)  Insert MCO logo |

Date Decision ltr mailed

Memberʼs Name Member's ID/MCI Number

Member/Legal Decision Maker's Street Address Select program

City State Zip Code

Estimado/a Memberʼs Name:

El MCO name for committee ha tomado una decisión respecto a su apelación sobre describe the appeal. La Choose an item en que Choose an item, se desarrolló el <<date>>. El comité de revisó cuidadosamente la decisión de su equipo y la información que usted y/u otros proporcionaron en la Choose an item. Ellos han decidido describe the decision.

El motivo de la decisión fue include the reason for upholding the teamʼs decision.

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede solicitar una audiencia imparcial estatal. Las instrucciones sobre cómo solicitar una audiencia imparcial estatal se encuentran en la próxima página de esta carta.

Gracias por utilizar nuestro proceso de quejas formales y apelaciones. Si tiene alguna pregunta de seguimiento o desea recibir ayuda, póngase en contacto con el member rights specialist al member rights specialist phone number o con a una de las organizaciones enumeradas al final de esta carta. Su equipo de atención se comunicará prontamente con usted para analizar esta decisión.

Atentamente,

Staff Name

Title

Telephone Number

**Derecho a una audiencia imparcial**

1. **Audiencia imparcial estatal**

Si solicita una audiencia imparcial estatal, se le otorgará una audiencia con un Administrative Law Judge 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’s puede ayudarle a presentar una solicitud de audiencia imparcial. Para ponerse en contacto con 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

Su solicitud de audiencia imparcial estatal debe enviarse marcada con el matasellos del correo postal o por fax **a más tardar 90 días calendario** después de recibir este aviso.

1. **Continuidad de sus servicios durante una audiencia imparcial**

**[Directions to MCO: Decide on the appropriate paragraph below and then delete the paragraph not used and this comment. If appeal doesn’t relate to a reduction, suspension, or termination of a service, then delete BOTH paragraphs and the heading above.]**

(1. Continuidad de beneficios estándar)

Durante su apelación ante MCO name sus servicios continuaron. Si desea conservar esos beneficios durante su audiencia imparcial, su solicitud debe enviarse marcada con el matasellos del correo postal o por fax **hasta el insert effective date of intended action**. Si el juez decide que MCO name estaba en lo correcto, es posible que deba reembolsar los beneficios que recibió entre el momento en que presentó su solicitud de apelación ante el Comité de quejas y apelaciones de MCO name y el momento en que el juez tomó una decisión. No obstante, si esto le causa una gran carga financiera, es posible que no tenga que reembolsar estos gastos.

(2. Los beneficios no fueron continuados)

Durante la apelación ante MCO name sus servicios no continuaron; por lo tanto, estos no se pueden proporcionar durante el proceso de audiencia imparcial estatal.

1. **¿Quién puede ayudarle a comprender este aviso y sus derechos?**
   1. El especialista en derechos del miembro de MCO name puede entregarle información sobre sus derechos y ayudarle a presentar una solicitud de audiencia imparcial. El especialista en derechos del miembro **no puede** representarle en una audiencia imparcial estatal. Para ponerse en contacto con un especialista en derechos del miembro llame al member rights specialist phone number.
   2. Las personas que reciban servicios de Family Care, Family Care Partnership, or PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) pueden obtener ayuda gratuita a través de una **agencia independiente de ombudsman**. Las agencias indicadas a continuación defienden a miembros de Family Care, Family Care Partnership, and PACE:

**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

**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 solicitar una audiencia imparcial respecto a 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.