|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES** Division of Medicaid ServicesF-00236AR (02/2020) | **STATE OF WISCONSIN**Wis. Stats. § 46.287(2)(c) |
| **طلب جلسة استماع عادلة رسميةrequest for a state fair hearing** |
| **القسم أ – مطلوب** |
| استكمال هذا النموذج أمر طوعي. تُستخدم معلومات التعريف الشخصية التي يتم جمعها في هذا النموذج لتحديد حالتك ومعالجة طلبك فقط. |
| الاسم – العضو      | الهاتف      | رقم Medicaid التعريفي      |
| العنوان البريدي      | برنامج[ ]  Family Care [ ]  Partnership [ ]  PACE |
| المدينة      | الرمز البريدي      | مؤسسة إدارة الرعاية الصحية (MCO)      |
| تاريخ اليوم      | تاريخ سريان إيقاف أو تخفيض مزايا الرعاية الصحية      |
| **استمرار خدماتك:** إذا أثر قرار إيقاف أو تخفيض مزايا الرعاية الصحية على الخدمات التي تتلقاها وتم استلام طلبك قبل تاريخ سريان القرار، فعلى الأرجح لن يتم إيقاف أو تخفيض خدماتك (إذا قرر القاضي أن القرار الذي اتخذه MCO كان صحيحًا، فقد يتطلب ذلك سداد الرسوم الإضافية للخدمات التي تلقيتها بين الوقت الذي طلبت فيه جلسـة استماع عادلة والوقت الذي أقر فيه القاضي بحكمه. ومع ذلك، إذا كان سداد تلك الرسوم قد يمثل عبئا ماليًا كبيرًا عليك، فقد لا يتوجب عليك إعادة دفع هذا المبلغ.) **هل ترغب في استمرار خدماتك؟**[ ] نعم[ ] لا |
| **القسم ب** |
| **أكمل هذا القسم إذا كان طلب جلسـة الاستماع متعلقًا بما يلي فقط**: [ ] الأهلية [ ]  مشاركة التكلفة  | لماذا ترغب في عقد جلسة استماع؟ (أرفق ورقة إضافية إذا لزم الأمر.)      |
|  |
| **القسم ج** |
| **أكمل هذا القسم إذا كان طلب جلسـة الاستماع متعلقًا بأحد الأمور الموضحة أدناه فقط. لطلب جلسة استماع لأحد الأسباب الموضحة أدناه، يجب عليك تنفيذ إجراءات الاستئناف الخاصة بالـ MCO أولا.** |
| [ ]  الفحص الوظيفي لأهليتك والذي تم بواسطة MCO[ ]  تخفيض، تعليق أو إيقاف الخدمة/الدعم [ ]  رفض أو تفويض محدود للخدمة المطلوبة[ ]  رفض دفع رسوم الخدمة[ ]  خطة الرعاية | [ ]  التخلف عن تقديم الخدمات/الدعم في الوقت الملائم[ ]  إلغاء التسجيل من خدمة MCO بشكل تلقائي[ ]  رفض طلب النزاع على التزام مالي[ ]  رفض طلب تلقي الخدمات الصحية خارج شبكة الـ MCO[ ]  فشل الـ MCO في اتخاذ قرار بخصوص الاستئناف في الوقت اللازم |
| لماذا ترغب في عقد جلسة استماع؟ (أرفق ورقة إضافية إذا لزم الأمر.)      |
| [ ]  نعم | [ ] لا | 1. هل تقدمت باستئناف للجنة التظلمات والاستئناف الخاصة ب MCO؟

 تاريخ تقديم الاستئناف:       |
| [ ]  نعم | [ ] لا | 1. هل تقدمت بطلب لاستمرار نفس الخدمات أثناء الاستئناف لدى MCO؟
 |
| [ ]  نعم | [ ] لا | 1. هل تلقيت قرارًا كتابيًا من لجنة التظلمات والاستئناف الخاصة بـ MCO؟ أرفق نسخة من ذلك القرار بهذا النموذج، **أو** قم بوصف القرار أدناه بإيجاز:

 ملخص القرار:       |
| [ ]  نعم | [ ] لا | 1. إذا أجبت بـ"لا" على السؤال الثالث، فمتى كان ينبغي لقرار لجنة التظلمات والاستئناف الخاصة بـ MCO أن يصدر:       . (إن أمكن، أرفق نسخة من خطاب الـ MCO الذي أخبرك بموعد تلقيك لقرار الاستئناف.)

 ملاحظة: يحق للجنة التظلمات والاستئناف الخاصة بـ MCO أن تتخذ قرارًا بخصوص استئنافك خلال 30 يومًا. ولذلك يتوجب عليك الانتظار لمعرفة إذا كان الـ MCO سيرسل لك قرارا بشأن استئنافك بحلول التاريخ الوارد في رسالته قبل أن تتمكن من طلب جلسة استماع. |
|  |
| **القسم د – مطلوب** |
|  |  |  |  |  |
|  | **التوقيع** – العضو |  | تاريخ التوقيع |  |
| أرسل هذا النموذج **و** نسخة من خطاب قرار الـ MCO بخصوص الاستئناف بالفاكس أو البريد (أو، إذا لم يرسل لك الـ MCO خطابًا عن قرارهم بشأن الاستئناف،خطاب الـ MCO الذي يعلمك بتاريخ اتخاذ قرارهم) إلى:Family Care Request for Fair Hearingc/o Division of Hearings and AppealsPO Box 7875Madison WI 53707-7875فاكس: 608.264.9885 |

|  |
| --- |
| **منظمة إدارة الرعاية الصحية:****تقدم وسائل مساعدة وخدمات مجانية للأشخاص ذوي الإعاقات حتى يتواصلون بشكل فعال معنا، مثل:*** مترجمو لغة إشارة مؤهلون
* معلومات خطية بتنسيقات أخرى (مطبوعات كبيرة، صوت، تنسيقات إلكترونية يسهل الوصول إليها، تنسيقات أخرى)

**تقدم خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين لا تُعتبر الإنجليزية لغتهم الرئيسية، مثل:** * مترجمون مؤهلون
* معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت في حاجة لهذه الخدمات، فيُرجى الاتصال بمدير الرعاية الصحية الخاص بك أو أحد المختصين في حقوق الأعضاء. |