

طلب جلسة استماع عادلة رسمية  
REQUEST FOR A STATE FAIR HEARING

استكمال هذا النموذج أمر طوعي. تُستخدم معلومات التعريف الشخصية التي يتم جمعها في هذا النموذج لتحديد حالتك ومعالجة طلبك فقط.

الاسم - عضو	الهاتف	رقم هوية Medicaid
عنوان المراسلات	البرنامج PACE <input type="checkbox"/> Partnership <input type="checkbox"/> Family Care <input type="checkbox"/>	
المدينة	الرمز البريدي	Managed Care Organization (MCO) (منظمة إدارة الرعاية الصحية)
تاريخ اليوم	تاريخ سريان الإجراء	
استئناف ذي صلة بـ:	تغيير مذكور باختصار في الخدمة/الدعم:	
<input type="checkbox"/> الأهلية	<input type="checkbox"/> حصة التكلفة	
<input type="checkbox"/> تغيير في الخدمة/الدعم	<input type="checkbox"/> خطة الرعاية	

1. هل قدمت استئناف لدى Grievance and Appeal Committee (لجنة التظلمات والاستئناف) التابعة لمنظمة إدارة الرعاية الصحية؟  نعم  لا
2. إذا كانت إجابتك على السؤال الأول (1) هي 'نعم'، فهل طلبت متابعة نفس الخدمات أثناء الاستئناف الخاص بك لدى MCO (منظمة إدارة الرعاية الصحية)؟  نعم  لا
3. إذا كانت إجابتك على السؤال الأول (1) هي 'نعم'، فهل مثلت أمام Grievance and Appeal Committee (لجنة التظلمات والاستئناف) التابعة لمجموعة MCO (منظمة إدارة الرعاية الصحية)؟  نعم  لا
4. إذا كانت إجابتك على السؤال الثالث (3) هي 'لا'، فهل حصلت على قرار من Grievance and Appeal Committee (لجنة التظلمات والاستئناف) التابعة لمجموعة MCO (منظمة إدارة الرعاية الصحية)؟ (يرجى إرفاق نسخة من القرار، إن أمكن).  نعم  لا

متابعة الخدمات الخاصة بك أثناء استئناف تخفيض أو تعليق أو إنهاء الخدمة

إذا كنت تحصل على مساعدات وتطلب جلسة الاستماع قبل تغيير المساعدات، فيمكنك الاستمرار في الحصول على نفس المساعدات حتى اتخاذ قرار بشأن جلسة الاستماع الخاصة بك. إذا كنت ترغب في الحفاظ على المساعدات الخاصة بك أثناء جلسة الاستماع، فيجب ختم طلبك بختم البريد أو إرساله عن طريق الفاكس في أو قبل تاريخ سريان الطلب المقصود.. إذا قرر القاضي أن قرار منظمة إدارة الرعاية الصحية كان صحيحًا، كان صحيحًا، فقد تحتاج إلى إعادة المساعدات الإضافية التي حصلت عليها بين وقت طلبك جلسة الاستماع ووقت اتخاذ القاضي للقرار. مع ذلك، إذا تسبب ذلك في تحميلك عبئًا ماليًا كبيرًا، فقد لا تُطالب برد هذه التكلفة.

اختر هذا المربع إذا كنت ترغب في طلب نفس الخدمات أثناء الاستئناف الخاص بك.

نسخة من ملف حالتك

يحق لك الحصول على نسخة مجانية من المعلومات الموجودة في ملف حالتك بك وذات الصلة بالنظام أو الاستئناف الخاص بك. يُقصد بالمعلومات المستندات والسجلات والمواد ذات الصلة الأخرى. وهذا يتضمن أي معلومات جديدة أو إضافية تجمعها منظمة إدارة الرعاية الصحية أثناء الاستئناف الخاص بك. لطلب النسخ، اتصل بمدير الرعاية الصحية الخاص بك أو أحد المختصين في حقوق الأعضاء.

تاريخ التوقيع

التوقيع - عضو

قم بإرسال هذا النموذج عن طريق البريد أو الفاكس و نسخة من إخطار تحديد المساعدات السلبيية أو خطاب القرار إلى:

Family Care Request for Fair Hearing  
c/o Division of Hearings and Appeals  
PO Box 7875  
Madison WI 53707-7875  
الفاكس: 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.