|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-00236BAR (03/2024) | | | | | **STATE OF WISCONSIN**  Wisconsin Statutes  § 46.287 (2) (c) | | |
| **طلب جلسة استماع عامة منصفة - IRIS**  **(REQUEST FOR A STATE FAIR HEARING – IRIS)** | | | | | | | |
| **التعليمات:** يُعد استكمال هذا النموذج أمرًا تطوعيًا. تُستخدم معلومات التعريف الشخصية التي يتم جمعها في هذا النموذج لتحديد الحالة ومعالجة الطلب. | | | | | | | |
| اسم المشارك (الأخير، الأول) | | | | | رقم الهاتف | | رقم هوية Medicaid |
| العنوان البريدي | | | | | البرنامج  IRIS | | |
| المدينة | | | الرمز البريدي | | IRIS Consultant Agency (وكالة IRIS الاستشارية) | | |
| تاريخ اليوم | | | | | تاريخ سريان الإجراء | | |
| اذكر سبب الاستئناف بإيجاز: | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| نعم | لا | هل تلقيت إخطار إجراء من IRIS Consultant Agency (وكالة IRIS الاستشارية) أو الإدارة؟  إذا أجبت بـ'نعم'، فيجب أن ترفق نسخة من الإخطار عند إرسال هذه الاستمارة. | | | | | |
| **متابعة الخدمات الخاصة بك أثناء استئناف تخفيض أو إنهاء الخدمة الحالية**  .  أثناء عملية الاستئناف، يحق لك طلب متابعة الخدمة حتى يصدر قرار جلسة الاستماع. يجب استلام طلبات متابعة الخدمات (مختومة بختم البريد) **في أو قبل تاريخ سريان الإجراء المقصود**. قد تتحمل مسؤولية رد تكلفة هذه الخدمات في حال خسارة الاستئناف. غير أنه، وفق تقدير Department of Health Services (إدارة الخدمات الصحية)، قد لا تُطالب برد هذه التكاليف.  اختر هذا المربع إذا كنت تريد طلب متابعة خدماتك الحالية أثناء الاستئناف.  يحق لك أنت، أو ممثلك القانوني، الحصول على نسخة مجانية من سجلاتك، ذات الصلة بالاستئناف. لطلب نسخة، يُرجى الاتصال بـ IRIS consultant agency (وكالة IRIS الاستشارية) الخاصة بك أو مركز اتصالات IRIS على 1-888-515-4747.  إذا كنت بحاجة إلى هذه الاستمارة بلغة أخرى، برايل، أو مطبوعات كبيرة، فيُرجى الاتصال بـ IRIS consultant agency (وكالة IRIS الاستشارية) الخاصة بك أو مركز اتصالات IRIS على1-888-515-4747 . تتوفر خدمات المترجم الفوري والترجمة، دون مقابل.‬ | | | | | | | |
| **التوقيع** – المشارك | | | | | تاريخ التوقيع | | |
|  | | | | |  | | |
| **التوقيع** – الممثل القانوني (إن أمكن) | | | | | تاريخ التوقيع | | |
| أرسل هذه الاستمارة **و** نسخة من إخطار الإجراء/خطاب القرار بالبريد أو الفاكس إلى: | | | | | | | |
| IRIS Request for Fair Hearing  Wisconsin Division of Hearings and Appeals  P.O. Box 7875  Madison, WI 53707-7875 | | | | أو | | فاكس: 608-264-9885 | |