

□求召开公平听□会  
REQUEST FOR A STATE FAIR HEARING

填写此表格完全自愿。本表格所收集的个人身份□料□用于□□案件和□理您的□求。

姓名 – 会□		□□	Medicaid 账号#
□寄地址		□目 □Family Care □Partnership □PACE	
城市	□政□□	Managed Care Organization (MCO) (管理式医□机构) □机构)	
今天的日期		□□生效日期	
关于上□： □符合□格 □成本分担 □□更□医□□目服□/□划 □		□要描述服□/支持的□更：	

- 是  否 一、 您向 MCO (管理式医□机构) 的 Grievance and Appeal Committee (申□和上□委□会) 提出上□了□？
- 是  否 二、 如果您第一□的答案是“是”，那么在与 MCO (管理式医□机构) 上□期□，您有□求□□□行相同的服□□目□？
- 是  否 三、 如果您第一□的答案是“是”，您是否出席了 MCO (管理式医□机构) 的 Grievance and Appeal Committee (申□和上□委□会) ？
- 是  否 四、 如果您第三□的答案是“是”，您是否收到了 MCO (管理式医□机构) 的 Grievance and Appeal Committee (申□和上□委□会) 的裁定□果？(如果已收到，□附上裁定□果的副本)

在要求减少、□停或□止服□的上□期□□□□行服□□目

如果您正在□取福利，并要求在福利□更前召开一次公平听□会，那么，在公平听□会作出裁定前，您可以一直□取相同的福利。如果您想在公平听□期□保持收益，您的□求必□在□采取□□的生效日期 **当日或之前**以□寄或□真的方式□出。如果法官□□ MCO (管理式医□机构) 的裁定是正确的，您可能需要□□从您要求公平听□到法官做出裁定之□的□外收益。然而，如果□会□您□来□重的□□□担，您可能无需□□□笔□用。

如果您希望在上□期□□□□行相同的服□□目，□勾□此框。

您的□□文件副本

您有权免费索取与您的申诉或上诉相关的资料。资料是指文件、记录和其他相关资料。这包括：在上诉期间，MCO (管理式医疗机构) 收集的任何新的或附加的资料。如需复印，请与您的医疗经理或会员权利专员联系。

□名 – 会□

□字日期

将此表格和一份 Notice of Adverse Benefit Determination (不利福利决定通知) 或决定书的副本以邮寄或真的方式送至：

Family Care Request for Fair Hearing  
c/o Division of Hearings and Appeals  
PO Box 7875  
Madison WI 53707-7875  
真：608-264-9885

您的 managed care organization (管理式医疗机构)：

残疾人提供免帮助及服务，以有效地与我沟通，例如：

- 合格的手翻
- 其他格式的书面信息 (大字体、音、可的电子格式、其他格式)

非英语者提供免的言服务，例如：

- 合格的
- 其他言的书面信息

如果您需要些服务，请联系您的医管理或会利。