

**ЗАПРОС О БЕСПРИСТРАСТНОМ СЛУШАНИИ**  
**REQUEST FOR A STATE FAIR HEARING**

Заполнение этой формы является добровольным. Личная информация, собранная в этой форме, используется только для идентификации дела и обработки вашего запроса.

Имя – Участник		Телефон	Medicaid идентификационный номер
Почтовый адрес		Программа <input type="checkbox"/> Family Care <input type="checkbox"/> Partnership <input type="checkbox"/> PACE	
Город	Индекс	Managed Care Organization (организация в системе здравоохранения) (MCO)	
Сегодняшняя дата		Фактическая дата вступления в силу	
Апелляция связана с: <input type="checkbox"/> Право на участие <input type="checkbox"/> Доля расходов <input type="checkbox"/> Изменения в обслуживании/поддержке <input type="checkbox"/> План ухода		Кратко опишите изменения в обслуживании / поддержке:	

- Да  Нет 1. Подавали ли вы апелляцию в Grievance and Appeal Committee (Комитет по рассмотрению жалоб и апелляций) вашей MCO (организации в системе здравоохранения)?
- Да  Нет 2. Если вы ответили «да» на вопрос номер один (1), запрашивали ли вы продолжения тех же услуг на время апелляции в MCO (организации в системе здравоохранения)?
- Да  Нет 3. Если вы ответили «да» на вопрос номер один (1), появлялись ли вы перед Grievance and Appeal Committee (Комитетом по рассмотрению жалоб и апелляций) MCO (организации в системе здравоохранения)?
- Да  Нет 4. Если вы ответили «да» на третий (3) вопрос, получили ли вы решение от Grievance and Appeal Committee (Комитета по рассмотрению жалоб и апелляций) MCO (организации в системе здравоохранения)? (Пожалуйста, приложите копию решения, если доступно.)

**Продолжение ваших услуг во время апелляции на сокращение, приостановку или прекращение обслуживания**

Если вы получаете льготы и просите о беспристрастном слушании до изменения ваших льгот, вы можете продолжать получать те же льготы до тех пор, пока не будет принято решение по вашему беспристрастному слушанию. Если вы хотите сохранить свои льготы на время беспристрастного слушания, ваш запрос должен быть отправлен по почте или по факсу **в день вступления в силу предполагаемого действия или ранее**. Если судья решит, что решение вашей MCO (организации в системе здравоохранения) было правильным, вам, возможно, потребуется выплатить дополнительные льготы, которые вы получили между тем временем, когда вы подали запрос на беспристрастное слушание, и временем, когда судья примет решение. Однако, если это повлечет за собой большое финансовое бремя, от вас, возможно, не

потребуется выплата этой суммы.

**Сделайте отметку в этой клетке если вы желаете запросить продолжение тех же услуг во вашей апелляции.**

#### **Копия вашего дела**

Вы имеете право на бесплатную копию информации в вашем деле, касающейся вашей жалобы или апелляции. Информация означает документы, данные и другие связанные материалы. Это включает любую новую или дополнительную информацию, которую ваша МСО (организация в системе здравоохранения) собирает во время вашей апелляции. Чтобы запросить копии, свяжитесь с вашим менеджером по уходу или специалистом по правам участников.

---

**ПОДПИСЬ** – Участник

---

Дата  
подписания

Отправьте по почте или по факсу этот бланк **А ТАКЖЕ** копию Уведомления об определении нежелательной выгоды или письма с решением по адресу:

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

**Ваша организация в системе здравоохранения:**

Предоставляет бесплатные средства и услуги людям с ограниченными возможностями для эффективного общения с нами, такие как:

- Квалифицированные переводчики жестового языка
- Письменная информация в других форматах (крупный шрифт, аудио, доступные электронные форматы, другие форматы)

Предоставляет бесплатные языковые услуги людям, чей основной язык не является английским, например:

- Квалифицированные переводчики
- Информация, написанная на других языках

Если вам нужны эти услуги, обратитесь к своему менеджеру по уходу или специалисту по правам участников.