

**ZAHTEJEV ZA PRAVIČNU RASPRAVU PRED DRŽAVNIM ORGANOM**  
**REQUEST FOR A STATE FAIR HEARING**

Popunjavanje ovog obrasca nije obavezno. Informacije koje omogućavaju ličnu identifikaciju a koje su prikupljene na ovom obrascu koriste se samo radi identifikacije vašeg predmeta i obrade vašeg zahtjeva.

Ime i prezime – Član		Telefon	Medicaid ID br.
Poštanska adresa		Program <input type="checkbox"/> Family Care <input type="checkbox"/> Partnership <input type="checkbox"/> PACE	
Grad	Poštanski br.	Managed Care Organization (MCO) (Organizacija za upravljanje zdravstvenom zaštitom)	
Današnji datum		Datum stupanja na snagu odluke	
Žalba se odnosi na: <input type="checkbox"/> Ispunjavanje uslova <input type="checkbox"/> Podjelu troškova <input type="checkbox"/> Promjenu usluga/podrške <input type="checkbox"/> Plan njege		Ukratko opišite promjenu usluge/podrške:	

- Da  Ne 1. Da li ste uložili žalbu Grievance and Appeal Committee (Komisiji za pritužbe i žalbe) pri MCO (Organizacija za upravljanje zdravstvenom zaštitom)?
- Da  Ne 2. Ako ste odgovorili sa „da” na pitanje broj jedan (1), da li ste tražili nastavljanje dobivanja istih usluga tokom trajanja postupka vaše žalbe kod MCO?
- Da  Ne 3. Ako ste odgovorili sa „da” na pitanje broj jedan (1), da li ste išli pred Grievance and Appeal Committee (Komisiju za pritužbe i žalbe) pri MCO?
- Da  Ne 4. Ako ste odgovorili sa „da” na pitanje broj tri (3), da li ste dobili odluku od Grievance and Appeal Committee (Komisije za pritužbe i žalbe) pri MCO? (Priložite kopiju odluke, ako je dostupna.)

**Nastavak pružanja usluga vama tokom postupka žalbe u vezi smanjenja, obustave ili ukidanja usluga**

Ako dobijate beneficije i ako zatražite pravičnu raspravu prije promjena vaših beneficija, možete dobijati iste beneficije sve dok ne bude donesena odluka na pravičnoj raspravi. Ako želite zadržati svoje beneficije tokom trajanja pravične rasprave, vaš zahtjev mora biti poslat poštom ili faksom **na dan ili prije datuma stupanja na snagu planirane radnje**. Ako sudija odluči da je odluka MCO-a ispravna, možda ćete morati vratiti novac za dodatne beneficije koje ste dobili tokom perioda od kada ste tražili pravičnu raspravu do donošenja odluke sudije. Međutim, ako taj povraćaj novca predstavlja veliki finansijski problem, možda se od vas neće tražiti da vratite taj novac.

**Označite ovaj kvadratić ako želite tražiti nastavljanje dobivanja istih usluga tokom trajanja postupka vaše žalbe.**

**Primjerak vašeg spisa predmeta**

Imate pravo na besplatan primjerak informacija u spisu vašeg predmeta koji se odnosi na vašu žalbu. Informacije podrazumijevaju dokumente, evidenciju i druge slične materijale. One uključuju bilo koje nove ili dodatne informacije koje MCO prikupi tokom postupka vaše žalbe. Da biste zatražili kopije,

kontaktirajte svog menadžera zdravstvene njege ili službenika za prava članova.

---

**POTPIS – Član**

---

Datum  
potpisivanja

Pošaljite poštom ili faksom ovaj obrazac I kopiju Notice of Adverse Benefit Determination (Obavještenja o negativnoj odluci o beneficijama) ili odluku na:

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

Vaša organizacija za upravljanje zdravstvenom zaštitom:

Pružā besplatnu pomoć i usluge osobama sa invaliditetom kako bi efikasno komunicirali sa nama, kao što su:

- Kvalifikovani usmeni prevodioci za znakovni jezik
- Pisane informacije u drugim formatima (veliki format slova, zvučni zapis, pristupačni elektronski formati, drugi formati)

Pružā besplatne jezičke usluge osobama čiji maternji jezik nije engleski, kao što su:

- Kvalifikovani usmeni prevodioci
- Informacije napisane na drugim jezicima

Ako su vam potrebne ove usluge, kontaktirajte svog menadžera zdravstvene njege ili službenika za prava članova.