|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES** **STATE OF WISCONSIN**  Division of Medicaid Services Wis. Stats. § 46.287(2)(c)  F-00237AR (01/2019) | | | | | | | |
| **طلب استئناف – CARE WISCONSIN**  **appeal request – CARE WISCONSIN** | | | | | | | |
| استكمال هذا النموذج أمر طوعي. تُستخدم معلومات التعريف الشخصية التي يتم جمعها في هذا النموذج لتحديد حالتك ومعالجة طلبك فقط. | | | | | | | |
| الاسم - عضو | | | | | | تاريخ اليوم | |
| عنوان المراسلات | | | | | | | |
| المدينة | | | الولاية  WI | | | الرمز البريدي | |
|  | | اختر هذا المربع إذا كنت ترغب في استئناف قرار Care Wisconsin عن طريق طلب اجتماع مع Care Wisconsin Grievance and Appeal Committee (لجنة التظلمات والاستئناف). | | | | | |
| **متابعة الخدمات الخاصة بك أثناء استئناف تخفيض أو تعليق أو إنهاء الخدمة**  إذا كنت تحصل على مساعدات وتطلب الاستئناف قبل تغيير المساعدات، فيمكنك الاستمرار في الحصول على نفس المساعدات حتى اتخاذ قرار بشأن الاستئناف الخاص بك. إذا كنت ترغب في الحفاظ على المساعدات الخاصة بك أثناء الاستئناف، فيجب ختم طلبك بختم البريد أو إرساله عن طريق الفاكس ***في أو قبل* تاريخ سريان الطلب المقصود**. إذا قررت Grievance and Appeal Committee (لجنة التظلمات والاستئناف) أن قرار Care Wisconsin كان صحيحًا، فقد تحتاج إلى إعادة المساعدات الإضافية التي حصلت عليها بين وقت طلبك الاستئناف ووقت اتخاذ Grievance and Appeal Committee (لجنة التظلمات والاستئناف) للقرار. مع ذلك، إذا تسبب ذلك في تحملك 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 بالاستئناف الخاص بك. يُقصد بالمعلومات المستندات والسجلات والمواد ذات الصلة الأخرى بما في ذلك أي معلومات جديدة أو إضافية تجمعها Care Wisconsin أثناء الاستئناف الخاص بك.  **اختر هذا المربع إذا كنت ترغب في الحصول على المعلومات الموجودة في ملف حالتك من Care Wisconsin ذات الصلة بالاستئناف الخاص بك.** | | | | | | | |
|  |  | | |  |  | |  |
|  | **التوقيع** – عضو | | |  | تاريخ التوقيع | |  |
|  |  | | |  |  | |  |
| إرسال هذا النموذج بالبريد أو الفاكس إلى:  Care Wisconsin  1617 Sherman Ave.  Madison WI 53704  الفاكس: 608-245-3821  لبدء الاستئناف الخاص بك في أسرع وقت ممكن، يمكنك الاتصال بـ Care Wisconsin على 608-245-3448 قبل إرسال هذا النموذج بالبريد.  يجب ختم الاستئناف الخاص بك بختم البريد أو إرساله بالفاكس في موعد أقصاه **60 يوم تقويمي** من تاريخ Notice of Adverse Benefit Determination (إخطار تحديد المساعدات السلبية). | | | | | | | |
| Care Wisconsin:  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 بحاجة إلى هذه الخدمات، فاتصل بـ Care Wisconsin على 608-245-3448 أو رقم الاتصال المجاني 800-963-0035، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 ص إلى 4:30 م. وينبغي على مستخدمي TTY الاتصال بـ WI Relay 711. | | | | | | | |