|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STATE OF WISCONSIN**  Wis. Stats. § 46.287(2)(c) | | **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-00237AR (01/2019) | | | | | | |
| **طلب استئناف – Community Care, Inc/Community Care HEALTH Plan, Inc.**  **(HMO SNP) (Community Care) appeal request – Community Care, Inc/Community Care HEALTH Plan, Inc.**  **(HMO SNP) (Community Care)** | | | | | | | | |
| 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 Community Care, Inc. من خلال طب الاجتماع بـ Community Care, Inc. Grievance and Appeal Committee (لجنة التظلمات والاستئناف). | | | | | | | | |
| **متابعة الخدمات الخاصة بك أثناء استئناف تخفيض أو تعليق أو إنهاء الخدمة**  **بالنسبة لأعضاء Family Care أو Partnership:**  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 Community Care, Inc. 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 التكلف.  **اختر هذا المربع إذا كنت عضوًا في Family Care أو Partnership وإذا كنت ترغب في طلب استمرار نفس الخدمات أثناء الاستئناف الخاص بك.**  **بالنسبة لأعضاء Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE):**  ستتابع Community Care, Inc. المستوى الحالي لخدمة **Medicaid** حتى اتخاذ قرار بخصوص الاستئناف الخاص بك إذا طلبت المتابعة ***في أو قبل* تاريخ سريان الإجراء المقصود**. إذا قررت Grievance and Appeal Committee (لجنة التظلمات والاستئناف) أن قرار Community Care, Inc. 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 التكلف.  **اختر هذا المربع إذا كنت عضوًا في PACE وإذا كنت ترغب في طلب استمرار نفس خدمات Medicaid أثناء الاستئناف الخاص بك.** | | | | | | | | |
| **بالنسبة لكل البرامج**  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 Community Care, Inc. أثناء الاستئناف الخاص بك.  **اختر هذا المربع إذا كنت ترغب في الحصول على المعلومات الموجودة في ملف حالتك من Community Care, Inc. ذات الصلة بالاستئناف الخاص بك.** | | | | | | | | |
|  |  | | |  |  | | |  |
|  | **التوقيع** – عضو | | |  | تاريخ التوقيع | | |  |
| إرسال هذا النموذج بالبريد أو الفاكس إلى:  Community Care, Inc.  205 Bishops Way  Brookfield WI 53005  الفاكس: 262-827-4044  يجب ختم الاستئناف الخاص بك بختم البريد أو إرساله بالفاكس في موعد أقصاه **60 يوم تقويمي** من تاريخ إخطار تحديد المساعدات السلبية. | | | | | | | | |
| Community Care, Inc:  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 Community Care, Inc. على رقم الاتصال المجاني 866-992-6600، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 ص إلى 4:30 م. وينبغي على مستخدمي TTY الاتصال بـ Wisconsin Relay على الرقم 711. | | | | | | | | |