|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STATE OF WISCONSIN**  Wis. Stats. § 46.287(2)(c) | | | **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-00237AR (01/2019) | | | | | | |
| **طلب استئناف – lakeland care, Inc. appeal request – lakeland care, Inc.** | | | | | | | | | |
| 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 Lakeland Care, Inc. من خلال طب الاجتماع بـ Lakeland Care, Inc. 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 Lakeland 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 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 Lakeland Care, Inc. أثناء الاستئناف الخاص بك.  **اختر هذا المربع إذا كنت ترغب في الحصول على المعلومات الموجودة في ملف حالتك من Lakeland Care, Inc. ذات الصلة بالاستئناف الخاص بك.** | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  |  | | |  |
|  | **التوقيع** – عضو | | | |  | تاريخ التوقيع | | |  |
|  |  | | | |  |  | | |  |
| إرسال هذا النموذج بالبريد أو الفاكس إلى:  Lakeland Care Inc.  N6654 Rolling Meadows Drive  Fond du Lac WI 54937  الفاكس: 920-906-5103  لبدء الاستئناف الخاص بك في أسرع وقت ممكن، يمكنك الاتصال بـ Lakeland Care, Inc. على 877-227-3335 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). | | | | | | | | | |
| Lakeland 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 Lakeland Care, Inc. على رقم الاتصال المجاني 877-227-3335، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 ص إلى 4:30 م. وينبغي على مستخدمي TTY الاتصال بـ 711. | | | | | | | | | |