|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STATE OF WISCONSIN**  Wis. Stats. § 46.287(2)(c) | | | **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-00237AR (01/2019) | | | | | | |
| **طلب استئناف – My Choice WISCONSIN appeal request – My Choice 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 My Choice Wisconsin’sعن طريق طلب اجتماع مع My Choice ،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 الإجراء المقصود**. إذا قررت Grievance and Appeal Committee (لجنة التظلمات والاستئناف) أن قرار My Choice 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 My Choice Wisconsin أثناء الاستئناف الخاص بك.  **اختر هذا المربع إذا كنت ترغب في الحصول على المعلومات الموجودة في ملف حالتك من My Choice Wisconsin  ذات الصلة بالاستئناف الخاص بك.** | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  |  | | |  |
|  | **التوقيع** – عضو | | | |  | تاريخ التوقيع | | |  |
|  |  | | | |  |  | | |  |
| إرسال هذا النموذج بالبريد أو الفاكس إلى:  My Choice Wisconsin  Attn: Member Rights 10201 W Innovation Dr. Suite 100  Wauwatosa WI 53226-4822  الفاكس: 608-245-3821  لتبدأ الاستئناف الخاص بك في أقرب وقت ممكن، يمكنك الاتصال بـ My Choice Wisconsin على 1-800-963-0035أو 608-245-3448 قبل إرسال هذا النموذج. ينبغي على مستخدمي TTY الاتصال بـ 711.  يجب ختم الاستئناف الخاص بك بختم البريد أو إرساله بالفاكس في موعد أقصاه **60 يوم تقويمي** من تاريخ إخطار تحديد المساعدات السلبية. | | | | | | | | | |
| My Choice 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 My Choice Wisconsin على  1-800-963-0035، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 ص إلى 4:30 م. وينبغي على مستخدمي TTY الاتصال بـ 711. | | | | | | | | | |