|  |
| --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES** **STATE OF WISCONSIN**Division of Medicaid Services Wis. Stats. § 46.287(2)(c)F-00237CM (01/2019) |
| **上诉申请 – CARE WISCONSIN 公司****appeal request – CARE WISCONSIN** |
| 填写此表格完全自愿。本表格所收集的个人身份信息仅用于识别您的案件和处理您的请求。 |
| 姓名 – 会员      | 今天的日期      |
| 邮寄地址      |
| 城市      | 州WI（威斯康星州） | 邮政编码      |
| [ ]   | 如果您想通过与 Care Wisconsin 公司召开会议对 Care Wisconsin 公司的决策提出上诉，请勾选此框。 |
| **在请求减少、暂停或终止服务期间继续进行您的服务项目。**如果您正在领取福利，并且在福利变更之前提出上诉，那么，在上诉结果裁定前，您可以一直获取相同的福利。如果您想在上诉期间保持收益，您的请求必须**在拟采取诉讼的生效日期*当日或之前***以邮寄或传真的方式发出。如果申诉和上诉委员会判决 Care Wisconsin 公司的决策是正确的，那么您可能需要偿还从您提出上诉到 Grievance and Appeal Committee （申诉和上诉委员会）作出裁定之间所获得的额外收益。然而，如果这会给您带来严重的经济负担，您可能无需偿还这笔费用。 [ ]  **如果您想在上诉期间请求继续进行相同的服务，请勾选此框。****您的讼诉文件副本**您有权免费索取您诉讼文件中与您的上诉相关的资料。信息是指文件、记录和其他相关材料，包括在上诉期间，Care Wisconsin 公司收集的任何新的或附加的资料。[ ]  **如果您希望从 Care Wisconsin 公司获得与您的上诉相关的诉讼文件中的资料，请勾选此框。**  |
|  |  |  |  |  |
|  | **签名** – 会员 |  | 签字日期 |  |
|  |  |  |  |  |
| 将此表格邮寄或传真至：Care Wisconsin1617 Sherman Ave.Madison WI 53704传真：608-245-3821如果您向尽快提出上诉，您可以先致电 Care Wisconsin 公司：608-245-3448再邮寄此表格。 您的上诉请求必须在Notice of Adverse Benefit Determination（不利福利认定通知书）发出之日起**六十天内**以邮寄或传真的方式发出。 |
| Care Wisconsin 公司：为残疾人士提供免费的帮助及服务，以有效地与我们沟通，例如:* 合格的手语翻译员
* 其他格式的书面信息（大字体、音频、可访问的电子格式、其他格式）

为母语非英语的人士提供免费语言服务，例如: * 合格的手语翻译员
* 其他语言的书面信息

如果您需要这些服务，请致电 Care Wisconsin 公司：608-245-3448或拨打免费服务热线800-963-0035，星期一到星期五，上午八点到下午四点半。 TTY用户请拨打威斯康星州残障转接服务711. |