|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-00237CM (01/2019) | **STATE OF WISCONSIN**Wis. Stats. § 46.287(2)(c) |
| **上诉请求 – 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)** |
| 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 | 邮政编码      |
| [ ]  如果您想通过与 Community Care, Inc. 召开会议对 Community Care, Inc.’s 决策提出上诉，请勾选此框。Grievance and Appeal Committee (申诉和上诉委员会)。 |
| **在请求减少、暂停或终止服务期间继续进行您的服务项目。****对于 Family Care 和 Partnership 会员：**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 Grievance and Appeal Committee（申诉和上诉委员会）判决 Community Care, Inc.’s 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。 [ ]  **如果您是 Family Care 或 Partnership 会员，并且想要在申诉期间继续进行相同的服务项目，请勾选此框。****对于 Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) 会员：**如果您请求在**拟采取诉讼生效日期*当日或之前***继续进行当前服务项目，Community Care, Inc. 将继续保持目前的**Medicaid**服务收益水平，直到您的上诉结果裁定为止。如果 Grievance and Appeal Committee (申诉和上诉委员会) 判决 Community Care, Inc.’s 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。[ ] **如果您是 PACE 会员，并且想要在申诉期间继续进行相同的Medicaid服务项目，请勾选此框。** |
| **对于所有的项目**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，包括在申诉期间，Community Care, Inc. 收集的任何新的或附加的资料。[ ]  **如果您希望从 Community Care, Inc. 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： Community Care, Inc. 205 Bishops Way Brookfield WI 53005 传真：262-827-4044您的上诉必须在不利福利认定通知书发出日期起不迟于**六十天**以邮寄或传真方式提出。 |
| Community Care, Inc: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 Community Care, Inc.免费服务热线：866-992-6600，星期一到星期五，上午八点到下午四点半。 TTY 用户应拨打 Wisconsin Relay 711。 |