|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-00237CM (01/2019) | **STATE OF WISCONSIN**Wis. Stats. § 46.287(2)(c) |
| **上诉请求 – lakeland care, Inc. 公司appeal request – lakeland care, Inc.** |
| 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 Lakeland Care, Inc. 公司 召开会议对 Lakeland Care, Inc. 公司的决策提出上诉，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。**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 Lakeland Care, Inc. 公司的的决策是正确的，那么您可能需要偿还从您提出上诉到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。 [ ]   **如果您想要在上诉期间继续进行相同的服务项目，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，包括在申诉期间，Lakeland Care, Inc.公司 收集的任何新的或附加的资料。[ ]  **如果您希望从 Lakeland Care, Inc.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：Lakeland Care Inc.N6654 Rolling Meadows DriveFond du Lac WI 54937传真：920-906-5103如果您想尽快提出上诉，请先致电 Lakeland Care, Inc. 公司 ：877-227-3335， 然后邮寄此表格。 您的上诉必须在 Notice of Adverse Benefit Determination（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。 |
| Lakeland Care, Inc 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，请拨打 Lakeland Care, Inc. 公司 免费服务热线：877-227-3335，星期一到星期五，上午八点到下午四点半。TTY 用户请拨打： 711。 |