|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-00237CM (02/2021) | | | **STATE OF WISCONSIN**  Wis. Stats. § 46.287(2)(c) | | | | | | |
| **上诉申请 – My Choice Wisconsin  appeal request – My Choice 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 | | | 邮政编码 | | |
|  | | 如果您想通过与 My Choice Wisconsin’s Grievance and Appeal Committee（申诉和上诉委员会）召开会议对 My Choice Wisconsin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 Grievance and Appeal Committee（申诉和上诉委员会）判决 My Choice Wisconsin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，包括在上诉期间，My Choice Wisconsin 收集的任何新的或附加的资料。  **如果您希望从 My Choice Wisconsin 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：  My Choice Wisconsin  Attn: Member Rights 10201 W Innovation Dr. Suite 100  Wauwatosa WI 53226-4822  Fax: 608-245-3821  如欲尽快提出上诉，您可以在邮寄此表格之前致电 My Choice Wisconsin ：1-800-963-0035或608-245-3448。TTY请拨打 711转接服务。  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。 | | | | | | | | | |
| My Choice Wisconsin ：  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）   为非英语母语者提供免费的语言服务，例如:   * 合格的口译员 * 其他语言的书面信息   如果您需要这些服务，请致电 My Choice Wisconsin ： 1-800-963-0035，星期一到星期五，上午八点半到下午四点半。 TTY 用户请拨打 711转接服务。 | | | | | | | | | |