|  |
| --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES** **STATE OF WISCONSIN**Division of Medicaid Services Wis. Stats. § 46.287(2)(c)F-00237L (01/2019) |
| **ໃບສະເໜີຂໍອຸທອນ – CARE WISCONSIN****appeal request – CARE WISCONSIN** |
| ການປະກອບແບບຟອມນີ້ແມ່ນເປັນຄວາມສະໝັກໃຈ. ຂໍ້ມູນສາມາດລະບຸຕົວຕົນໄດ້ທີ່ໄດ້ເກັບເອົາຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້ ແມ່ນຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອລະບຸກໍລະນີຂອງທ່ານ ແລະ ດຳເນີນການຄຳຂໍຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນ. |
| ຊື່ – ສະມາຊິກ      | ວັນທີມື້ນີ້      |
| ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ      |
| ເມືອງ      | ລັດWI | ລະຫັດ Zip      |
| [ ]   | ໃຫ້ໝາຍຕິກໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານຢາກຈະອຸທອນຄຳຕັດສິນຂອງ Care Wisconsin ໂດຍການຂໍປະຊຸມກັບ Grievance and Appeal Committee (ຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ອຸທອນ) ຂອງ Care Wisconsin . |
| **ການສືບຕໍ່ການບໍລິການຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງການອຸທອນການຫຼຸດ, ການງົດ ຫຼື ການສິ້ນສຸດການບໍລິການ**ຖ້າທ່ານກຳລັງໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຢູ່ ແລະ ທ່ານຂໍການອຸທອນກ່ອນການປ່ຽນແປງຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ, ທ່ານ ສາມາດຮັກສາການໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດດຽວກັນນີ້ໄວ້ຈົນກວ່າໄດ້ມີການການຕັດສິນກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຮັກສາຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານໄວ້ໃນລະຫວ່າງການອຸທອນຂອງທ່ານ, ຄຳສະເໜີຂໍຂອງທ່ານຕ້ອງ ມີເຄື່ອງໝາຍໄປສະນີ ຫຼື ແຟັກ***ໃນ ຫຼື ກ່ອນ*ວັນທີມີຜົນນຳໃຊ້ຂອງການດຳເນີນການທີ່ຕັ້ງໃຈໄວ້**. ຖ້າ Grievance and Appeal Committee (ຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ອຸທອນ) ຕັດສິນວ່າ ຄຳຕັດສິນຂອງ Care Wisconsin ຖືກຕ້ອງ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍຄ່າຜົນປະໂຫຍດສ່ວນເກີນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໃນລະຫວ່າງເວລາທີ່ ທ່ານຂໍໃຫ້ມີການອຸທອນຂອງທ່ານ ແລະ ເວລາທີ່ຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ອຸທອນເຮັດການຕັດສິນນັ້ນຄືນ. ເຖິງແນວໃດກໍ່ຕາມ, ຖ້າມັນຈະເຮັດໃຫ້ທ່ານມີພາລະທາງດ້ານການເງິນຫຼາຍ, ທ່ານອາດຈະບໍ່ຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍຄ່າໃຊ້ ຈ່າຍນີ້ຄືນ. [ ]  **ໃຫ້ໝາຍຕິກໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານຢາກຈະຂໍການບໍລິການດຽວກັນນີ້ ເພື່ອສືບຕໍ່ໃນລະຫວ່າງການອຸທອນຂອງທ່ານ.****ສຳເນົາຂອງສຳນວນຄະດີຂອງທ່ານ**ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບສຳເນົາຂໍ້ມູນໃນສຳນວນຄະດີຂອງທ່ານກ່ຽວຂ້ອງກັບການອຸທອນຂອງທ່ານຟຣີ. ຂໍ້ມູນໝາຍເຖິງເອ ກະສານ, ບັນທຶກ ແລະ ເອກະສານອື່ນໆກ່ຽວຂ້ອງ ລວມທັງຂໍ້ມູນໃໝ່ ຫຼື ເພີ່ມເຕີມໃດໜຶ່ງທີ່ Care Wisconsin ເກັບເອົາໃນລະຫວ່າງການອຸທອນຂອງທ່ານ.[ ] **ໃຫ້ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານຢາກຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຢູ່ໃນສຳນວນຄະດີຂອງທ່ານຈາກ Care Wisconsin ກ່ຽວຂ້ອງກັບການອຸທອນຂອງທ່ານ.** |
|  |  |  |  |  |
|  | **ລາຍເຊັນ** – ສະມາຊິກ |  | ວັນທີເຊັນ |  |
|  |  |  |  |  |
| ສົ່ງແບບຟອມນີ້ທາງໄປສະນີ ຫຼື ແຟັກຫາ:Care Wisconsin1617 Sherman Ave.Madison WI 53704ແຟັກ: 608-245-3821ເພື່ອເລີ່ມຕົ້ນຄຳອຸທອນຂອງທ່ານທັນທີທີ່ເປັນໄປໄດ້, ທ່ານສາມາດໂທຫາ Care Wisconsin ທີ່ເບີ 608-245-3448 ກ່ອນສົ່ງແບບຟອມນີ້ໂດຍທາງໄປສະນີ. ຄຳ​ອຸ​ທອນ​ຂອງ​ທ່ານ​ຕ້ອງ​ໄດ້​ມີ​ກາ​ໝາຍ​ໄປ​ສະ​ນີ ຫຼື ແຟັກ​ບໍ່​ຊ້າກວ່າ **60 ວັນ​ຕາມ​ປະ​ຕິ​ທິນ​**ຈາກວັນ​ທີ​ຢູ່​ໃນ Notice of Adverse Benefit Determination (ແຈ້ງ​ການ​ການ​ກຳ​ນົດ​ຜົນ​ປະ​ໂຫຍດ​ທີ່​ເປັນ​ຜົນ​ເສຍ). |
| Care Wisconsin:ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການຟຣີແກ່ຄົນພິການ ເພື່ອສື່ສານກັບພວກເຮົາໄດ້ຢ່າງມີປະສິດທິພາບເຊັ່ນ:* ລ່າມແປພາສາມືທີ່ມີຄຸນວຸດທິ
* ຂໍ້ມູນເປັນລາຍລັກອັກສອນຢູ່ໃນຮູບແບບອື່ນ (ສິ່ງພິມຂະໜາດໃຫຍ່, ສຽງ, ຮູບແບບທາງອີເລັກໂທຣນິກທີ່ເຂົ້າເຖິງໄດ້, ຮູບແບບອື່ນໆ)

ໃຫ້ການບໍລິການພາສາຟຣີແກ່ຄົນທີ່ໃຊ້ພາສາຕົ້ນຕໍບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດເຊັ່ນ: * ລ່າມແປພາສາທີ່ມີຄຸນວຸດທິ
* ຂໍ້ມູນທີ່ຂຽນເປັນພາສາອື່ນ

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້, ໃຫ້ໂທຫາ Care Wisconsin ທີ່ເບີ 608-245-3448 ຫຼື ເບີໂທຟຣີ 800-963-0035, ວັນຈັນຫາວັນສຸກ, 8 ໂມງເຊົ້າຫາ 4:30 ໂມງແລງ.ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທ WI Relay 711. |