|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | ລັດ  WI | | | 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 Wisconsin  1617 Sherman Ave.  Madison WI 53704  ແຟັກ: 608-245-3821  ເພື່ອເລີ່ມຕົ້ນຄຳອຸທອນຂອງທ່ານທັນທີທີ່ເປັນໄປໄດ້, 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. | | | | | | | |