|  |
| --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES** **STATE OF WISCONSIN**Division of Medicaid Services Wis. Stats. § 46.287(2)(c)F-00237L (01/2019) |
| **ໃບສະເໜີຂໍອຸທອນ – Independent care health planappeal request – Independent care health plan** |
| ການປະກອບແບບຟອມນີ້ແມ່ນເປັນຄວາມສະໝັກໃຈ. ຂໍ້ມູນສາມາດລະບຸຕົວຕົນໄດ້ທີ່ໄດ້ເກັບເອົາຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້ແມ່ນຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອລະບຸກໍລະນີຂອງທ່ານ ແລະ ດຳເນີນການຄຳຂໍຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນ. |
| ຊື່ – ສະມາຊິກ      | ວັນທີມື້ນີ້      |
| ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ      |
| ເມືອງ      | ລັດWI | ລະຫັດ Zip      |
| [ ]   | ໃຫ້ໝາຍຕິກໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານຢາກຈະອຸທອນຄຳຕັດສິນຂອງ Independent Care Health Plan ໂດຍການຂໍປະຊຸມກັບ Grievance and Appeal Committee (ຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ອຸທອນ) ຂອງ Independent Care Health Plan. |
| **ການສືບຕໍ່ການບໍລິການຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງການອຸທອນການຫຼຸດ, ການງົດ ຫຼື ການສິ້ນສຸດການບໍລິການ**ຖ້າທ່ານກຳລັງໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຢູ່ ແລະ ທ່ານຂໍການອຸທອນກ່ອນການປ່ຽນແປງຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດຮັກສາການໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດດຽວກັນນີ້ໄວ້ຈົນກວ່າໄດ້ມີການການຕັດສິນກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຮັກສາຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານໄວ້ໃນລະຫວ່າງການອຸທອນຂອງທ່ານ, ຄຳສະເໜີຂໍຂອງທ່ານຕ້ອງມີເຄື່ອງໝາຍໄປສະນີ ຫຼື ແຟັກ***ໃນ ຫຼື ກ່ອນ*ວັນທີມີຜົນນຳໃຊ້ຂອງການດຳເນີນການທີ່ຕັ້ງໃຈໄວ້**. ຖ້າ Grievance and Appeal Committee (ຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ອຸທອນ) ຕັດສິນວ່າ ຄຳຕັດສິນຂອງ Independent Care Health Plan ຖືກຕ້ອງ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍຄ່າຜົນປະໂຫຍດສ່ວນເກີນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໃນລະຫວ່າງເວລາທີ່ທ່ານຂໍໃຫ້ມີການອຸທອນຂອງທ່ານ ແລະ ເວລາທີ່ຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ອຸທອນເຮັດການຕັດສິນນັ້ນຄືນ. ເຖິງແນວໃດກໍ່ຕາມ, ຖ້າມັນຈະເຮັດໃຫ້ທ່ານມີພາລະທາງດ້ານການເງິນຫຼາຍ, ທ່ານອາດຈະບໍ່ຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍນີ້ຄືນ. [ ]  **ໃຫ້ໝາຍຕິກໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານຢາກຈະຂໍການບໍລິການດຽວກັນນີ້ ເພື່ອສືບຕໍ່ໃນລະຫວ່າງການອຸທອນຂອງທ່ານ.****ສຳເນົາຂອງສຳນວນຄະດີຂອງທ່ານ**ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບສຳເນົາຂໍ້ມູນໃນສຳນວນຄະດີຂອງທ່ານກ່ຽວຂ້ອງກັບການອຸທອນຂອງທ່ານຟຣີ. ຂໍ້ມູນໝາຍເຖິງເອກະສານ, ບັນທຶກ ແລະ ເອກະສານອື່ນໆກ່ຽວຂ້ອງ ລວມທັງຂໍ້ມູນໃໝ່ ຫຼື ເພີ່ມເຕີມໃດໜຶ່ງທີ່ Independent Care Health Plan ເກັບເອົາໃນລະຫວ່າງການອຸທອນຂອງທ່ານ.[ ]  **ໃຫ້ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານຢາກຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຢູ່ໃນສຳນວນຄະດີຂອງທ່ານຈາກ Independent Care Health Plan ກ່ຽວຂ້ອງກັບການອຸທອນຂອງທ່ານ.**  |
|  |  |  |  |  |
|  | **ລາຍເຊັນ** – ສະມາຊິກ |  | ວັນທີເຊັນ |  |
|  |  |  |  |  |
| ສົ່ງແບບຟອມນີ້ທາງໄປສະນີ ຫຼື ແຟັກຫາ:Independent Care Health Plan1555 N River Center Dr, Suite 206Milwaukee WI 53212-3958ແຟັກ: 414-231-1090ເພື່ອເລີ່ມຕົ້ນຄຳອຸທອນຂອງທ່ານທັນທີທີ່ເປັນໄປໄດ້, ທ່ານສາມາດໂທຫາ Independent Care Health Plan ທີ່ເບີ 414-231-1076 ກ່ອນສົ່ງແບບຟອມນີ້ໂດຍທາງໄປສະນີ. ຄຳອຸທອນຂອງທ່ານຕ້ອງໄດ້ມີກາໝາຍໄປສະນີ ຫຼື ແຟັກບໍ່ຊ້າກວ່າ **60 ວັນຕາມປະຕິທິນ**ຈາກວັນທີຢູ່ໃນແຈ້ງການການກຳນົດຜົນປະໂຫຍດທີ່ເປັນຜົນເສຍ. |
| Independent Care Health Plan:ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການຟຣີແກ່ຄົນພິການ ເພື່ອສື່ສານກັບພວກເຮົາໄດ້ຢ່າງມີປະສິດທິພາບເຊັ່ນ:* ລ່າມແປພາສາມືທີ່ມີຄຸນວຸດທິ
* ຂໍ້ມູນເປັນລາຍລັກອັກສອນຢູ່ໃນຮູບແບບອື່ນ (ສິ່ງພິມຂະໜາດໃຫຍ່, ສຽງ, ຮູບແບບທາງອີເລັກໂທຣນິກທີ່ເຂົ້າເຖິງໄດ້, ຮູບແບບອື່ນໆ)

ໃຫ້ການບໍລິການພາສາຟຣີແກ່ຄົນທີ່ໃຊ້ພາສາຕົ້ນຕໍບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດເຊັ່ນ: * ລ່າມແປພາສາທີ່ມີຄຸນວຸດທິ
* ຂໍ້ມູນທີ່ຂຽນເປັນພາສາອື່ນ

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້, ໃຫ້ໂທຫາ Independent Care Health Plan ທີ່ເບີ 414-231-1076 ຫຼື ເບີໂທຟຣີ 800-777-4376, ວັນຈັນຫາວັນສຸກ, 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 4:30 ໂມງແລງ. ຜູ້ໃຊ້ TTY ແມ່ນໃຫ້ໂທ800-947-3526. |