|  |
| --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES** **STATE OF WISCONSIN**Division of Medicaid Services Wis. Stats. § 46.287(2)(c)F-00237SE (01/2019) |
| **Zahtjev za žalbu – Independent care health planappeal request – Independent care health plan** |
| Popunjavanje ovog obrasca nije obavezno. Informacije koje omogućavaju ličnu identifikaciju a koje su prikupljene na ovom obrascu koriste se samo radi identifikacije vašeg predmeta i obrade vašeg zahtjeva. |
| Ime i prezime – Član      | Današnji datum      |
| Poštanska adresa      |
| Grad      | DržavaWI | Poštanski br.      |
| [ ]   | Označite ovaj kvadratić ako želite uložiti žalbu na odluku ustanove Independent Care Health Plan tako što ćete zatražiti sastanak sa Grievance and Appeal Committee (Komisijom za pritužbe i žalbe) pri ustanovi Independent Care Health Plan. |
| **Nastavak pružanja usluga vama tokom postupka žalbe u vezi sa smanjenjem, obustavom ili ukidanjem usluga**Ako ostvarujete beneficije i ako podnesete žalbu prije promjena vaših beneficija, možete nastaviti da dobijate iste beneficije sve dok ne bude donesena odluka po osnovu vaše žalbe. Ako želite zadržati svoje beneficije tokom postupka žalbe, vaš zahtjev mora biti poslat poštom ili faksom ***na dan ili prije* datuma stupanja na snagu predviđene radnje**. Ako Grievance and Appeal Committee (Komisija za pritužbe i žalbe) odluči da je odluka ustanove Independent Care Health Plan ispravna, možda ćete morati vratiti novac za dodatne beneficije koje ste dobili tokom perioda od podnošenja žalbe do donošenja odluke Grievance and Appeal Committee (Komisije za pritužbe i žalbe). Međutim, ako taj povraćaj novca predstavlja veliki finansijski problem, možda se od vas neće tražiti da vratite taj novac. [ ]  **Označite ovaj kvadratić ako želite tražiti nastavljanje dobivanja istih usluga tokom trajanja postupka vaše žalbe.****Primjerak spisa vašeg predmeta**Imate pravo na besplatan primjerak informacija iz spisa o vašem predmetu koji se odnosi na vašu žalbu. Informacije uključuju dokumente, evidenciju i druge slične materijale, uključujući sve nove ili dodatne informacije koje ustanova Independent Care Health Plan prikupi tokom postupka vaše žalbe.[ ]   **Označite ovaj kvadratić ako želite od ustanove Independent Care Health Plan dobijati informacije iz spisa o vašem predmetu koji se odnosi na vašu žalbu.**  |
|  |  |  |  |  |
|  | **POTPIS** – Član |  | Datum potpisivanja |  |
|  |  |  |  |  |
| Ovaj obrazac poslati poštom ili faksom na adresu:Independent Care Health Plan1555 N River Center Dr, Suite 206Milwaukee WI 53212-3958Faks: 414-231-1090Da biste što prije započeli sa žalbom, možete nazvati ustanovu Independent Care Health Plan na 414-231-1076 prije nego što pošaljete ovaj obrazac. Vaša žalba mora biti poslata poštom ili faksom najkasnije **60 kalendarskih dana** od datuma na Notice of Adverse Benefit Determination (Obavještenju o negativnoj odluci o beneficijama). |
| Independent Care Health Plan:Pruža besplatnu pomoć i usluge osobama sa invaliditetom kako bi efikasno komunicirali sa nama, kao što su:* Kvalifikovani usmeni prevodioci za znakovni jezik
* Pisane informacije u drugim formatima (veliki format slova, zvučni zapis, pristupačni elektronski formati, drugi formati)

Pruža besplatne jezičke usluge osobama čiji maternji jezik nije engleski, kao što su: * Kvalifikovani usmeni prevodioci
* Informacije napisane na drugim jezicima

Ako su vam potrebne ove usluge, nazovite Independent Care Health Plan na 414-231-1076 ili na besplatni broj telefona 800-777-4376, od ponedjeljka do petka, od 8 h do 16:30 h. TTY korisnici trebaju nazvati800-947-3526. |