|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-00237SE (01/2019) | **STATE OF WISCONSIN**Wis. Stats. § 46.287(2)(c) |
| **Zahtjev za žalbu – lakeland care, Inc.appeal request – lakeland care, Inc.** |
| 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 Lakeland Care, Inc. tako što ćete zatražiti sastanak sa Grievance and Appeal Committee (Komisijom za pritužbe i žalbe) pri ustanovi Lakeland Care, Inc . |
| **Nastavak pružanja usluga vama tokom postupka žalbe u vezi smanjenja, obustave ili ukidanja usluga**Ako dobijate beneficije i ako podnesete žalbu prije promjena vaših beneficija, možete dobijati 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 planirane radnje**. Ako Grievance and Appeal Committee (Komisija za pritužbe i žalbe) odluči da je odluka ustanove Lakeland Care, Inc. 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 u spisu vašeg predmeta koji se odnosi na vašu žalbu. Informacije podrazumijevaju dokumente, evidenciju i druge slične materijale uključujući bilo koje nove ili dodatne informacije koje ustanova Lakeland Care, Inc. prikupi tokom postupka vaše žalbe.[ ]  **Označite ovaj kvadratić ako želite od ustanove Lakeland Care, Inc. dobijati informacije iz spisa vašeg predmeta koji se odnosi na vašu žalbu.** |
|  |  |  |  |  |
|  | **POTPIS** – Član |  | Datum potpisivanja |  |
|  |  |  |  |  |
| Ovaj obrazac poslati poštom ili faksom na adresu:Lakeland Care Inc.N6654 Rolling Meadows DriveFond du Lac WI 54937Faks: 920-906-5103Da biste što prije započeli sa žalbom, možete nazvati ustanovu Lakeland Care, Inc. na 877-227-3335 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). |
| Lakeland Care, Inc: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 Lakeland Care, Inc. na besplatni broj telefona 877-227-3335, od ponedjeljka do petka, od 8 h do 16:30 h. TTY korisnici trebaju nazvati 711. |