|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-00237SE (02/2021) | **STATE OF WISCONSIN**Wis. Stats. § 46.287(2)(c) |
| **Zahtjev za žalbu – My Choice Wisconsinappeal request – My Choice Wisconsin** |
| 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 My Choice Wisconsin’s tako što ćete zatražiti sastanak sa Grievance and Appeal Committee (Komisijom za pritužbe i žalbe) pri ustanovi My Choice Wisconsin. |
| **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 My Choice Wisconsin 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 My Choice Wisconsin prikupi tokom postupka vaše žalbe.[ ]  **Označite ovaj kvadratić ako želite od ustanove My Choice Wisconsin dobijati informacije iz spisa vašeg predmeta koji se odnosi na vašu žalbu.** |
|  |  |  |  |  |
|  | **POTPIS** – Član |  | Datum potpisivanja |  |
|  |  |  |  |  |
| Ovaj obrazac poslati poštom ili faksom na adresu:My Choice WisconsinAttn: Member Rights10201 W Innovation Dr. Suite 100Wauwatosa WI 53226-4822Faks: 608-245-3821Da biste što prije započeli sa žalbom, možete nazvati ustanovu My Choice Wisconsin na 1-800-963-0035 ili 608-245-3448 prije nego što pošaljete ovaj obrazac. TTY korisnici trebaju nazvati 711. 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). |
| My Choice Wisconsin: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 My Choice Wisconsin na 1-800-963-0035, od ponedjeljka do petka, od 8 h do 16:30 h. TTY korisnici trebaju nazvati 711.  |