|  |  |
| --- | --- |
| **STATE OF WISCONSIN** | **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-01204AR (07/2022) |
| **إشعار باتخاذ إجراء - برنامجIRIS** **NOTICE OF ACTION – IRIS PROGRAM** |
| Issuing IRIS AgencyICA | اسم المشارك (الاسم الأخير، الاسم الأول)      |
| تاريخ السريان      | تاريخ صدور القرار      | الرقم المرجعي للإشعار باتخاذ إجراء      |
| الغرض من هذا الإشعار هو إخطارك بشأن قرار برنامج IRIS وهو اختر الإجراء       الخاص بك |
| وقد توصل البرنامج لهذا القرار بناءً على العامل/ العوامل التالي/ التالية: |
|  [ ]  لا يغطي تعريف المواصلات المتخصصة تعويضك عن التكلفة. |
|  [ ]  عدم توافق الطلب مع تعريف IRIS Medicaid Waiver Service. |
|  [ ]  عدم توافق الطلب مع تعريف السلع أو الخدمات المخصصة أو الدعم المخصص. |
|  [ ]  لا يعد الطلب طريقة فعالة لدعم ما ترجوه من نتائج. |
|  [ ]  لا يعد الطلب طريقة آمنة لدعم ما ترجوه من نتائج. |
|  [ ]  لا يعد الطلب أكثر الطرق فعالية من حيث التكلفة لدعم ما ترجوه من نتائج. |
|  [ ]  تبين أن السعي للطلب تم تحت ظروف احتيالية. |
|  [ ]  الطلب الذي راجعناه مشمول بتغطية خطة Medicaid التابعة للولاية. |
|  [ ]  الطلب الذي راجعناه لم يكن ضمن أي خطة معتمدة. |
|  [ ]  لديك دفعة مشاركة في التكلفة مستحقة ويجب أن تسددها قبل أن تستطيع إعادة الدخول إلى البرنامج. |
|  [ ]  تم إلغاء تسجيلك في السابق بسبب الميزانية و/أو سلطة رب العمل. |
|  [ ]  لقد أخفقت في تطوير خطة ضمن برنامج IRIS. |
|  [ ]  عدم كفاية الوثائق التي تبرر طلبك في الوقت الراهن. |
|  [ ]  أنت لست مؤهلاً عملياً للبقاء في برنامج IRIS. |
|  [ ]  أنت لست في حاجة لهذه السلعة، أو الخدمة، أو لهذا الدعم لدعم ما ترجوه من نتائج. |
|  [ ]  أنت لا تسكن في ترتيبات معيشية تؤهلك للبقاء في IRIS. |
|  [ ]  أنت لم تنجح في الوفاء بمتطلبات الاتصال اللازمة. |
|  [ ]  ما ترجوه من نتائج يتلقى بالفعل الدعم بطريقة أخرى؛ لذلك فالطلب متكرر. |
|  [ ]  تمت الموافقة مسبقاً على السلعة أو الخدمة الأصلية أو الدعم الأصلي بطريق الخطأ. |
|  [ ]  لا تندرج السلعة أو الخدمة أو الدعم ضمن ما هو مسموح به بموجب HCBS Waiver المعتمد. |
|  [ ]  يتعارض الطلب مع سياسة IRIS. |
|  [ ]  أنت لا تفي بالمعايير المطلوبة لتتلقى مخصصات SSI-E التكميلية  |

|  |
| --- |
| [ ]  أنت غير مؤهل لخدمات Self-Directed Personal Care (الرعاية الشخصية الموجهة ذاتيًا). |

|  |
| --- |
| وتحديدًا،       |
|  |