|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-01204S (07/2022) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **AVISO DE ACCIÓN – PROGRAMA IRIS****NOTICE OF ACTION – IRIS PROGRAM** |
| Nombre del participante (Apellido, Nombre)      | Agencia emisora de IRIS (Issuing IRIS Agency) ICA |
| Número de referencia de NOA      | Fecha de la decisión      | Fecha en vigor      |
| El propósito de este aviso es informarle sobre la decisión del programa IRIS de select action su       |
| El programa ha llegado a esta decisión basado en el siguiente factor(es): |
| [ ]  La definición de transporte especializado no cubre el reembolso a usted mismo. |
| [ ]  La solicitud no cumple con la definición de IRIS Medicaid Waiver Service. |
| [ ]  La solicitud no cumple con la definición de productos personalizados, servicio ni apoyo. |
| [ ]  La solicitud no es una manera efectiva de apoyar su resultado. |
| [ ]  La solicitud no se considera una manera segura de apoyar su resultado. |
| [ ]  La solicitud no se considera la manera más rentable de apoyar su resultado. |
| [ ]  Se determinó que la solicitud fue hecha en circunstancias fraudulentas. |
| [ ]  La solicitud revisada está cubierta bajo el plan estatal de Medicaid. |
| [ ]  La solicitud revisada no estaba en un plan aprobado. |
| [ ]  Tiene un costo compartido pendiente que debe pagar antes de poder volver a ingresar al programa. |
| [ ]  Anteriormente se canceló su inscripción para fines de presupuesto y/o autoridad del empleador. |
| [ ]  No ha podido desarrollar un plan IRIS. |
| [ ]  No hay documentación suficiente para justificar su solicitud en este momento. |
| [ ]  No es funcionalmente elegible para permanecer en el programa IRIS. |
| [ ]  No necesita este servicio o apoyo para apoyar su resultado.  |
| [ ]  No reside en un arreglo de vivienda elegible para mantener la inscripción en IRIS. |
| [ ]  No ha cumplido con los requisitos de contacto necesarios. |
| [ ]  Su resultado ya está siendo apoyado de otra manera por lo que la solicitud es duplicada. |
| [ ]  El bien, servicio o apoyo original fue previamente aprobado por error. |
| [ ]  Esto no es un bien, servicio o apoyo permisible por la HCBS Waiver que se aprobó. |
| [ ]  La solicitud contradice la política de IRIS. |
| [ ]  No cumple con los criterios requeridos para recibir SSI-E Supplemental Benefit. |
| [ ]  No es elegible para los servicios de cuidado personal autodirigidos. |
| Específicamente,       |