|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-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, | | | |