**Template for**

**Notification of Non Covered Benefit Letter**

<<Date mailed>>

<<Member’s name>>

<<Street address>>

<<City>> <<State>> <<Zip Code>>

Poštovani/a <<Member Name>>

Dana <<Date>>, zatražili ste uslugu <<Non-Covered Benefit>>. Ovim pismom Vas obavještavamo da usluga/predmet koje ste tražili nisu dio paketa beneficija Family Care i stoga <<name of the MCO>> neće Vam ih pružati.

Ako imate pitanja u vezi s ovim pismom obratite se članu svog tima za njegu na brojeve navedene u nastavku.

S poštovanjem,

<<Care Manager’s Name>>

Care Manager (Upravitelj njege)

<<Telephone Number>>

<<RN Care Manager’s Name>>

RN Care Manager (Upravitelj njege kao registrirana medicinska sestra)

<<Telephone Number>>

**Ko mi može pomoći da bolje shvatim ovo pismo i svoja prava?**

Stručnjak organizacije <<Name of MCO>> za prava članova može Vam saopštiti Vaša prava i pomoći Vam da uložite žalbu. Problemi se često rješavaju na neformalnim sastancima. Da biste kontaktirali sa stručnjakom za prava članova pozovite <<member rights specialist phone number>>.

Ako želite razgovarati s nekim izvan organizacije <<Name of MCO>>, Ombudsman (ombudsman) je osoba kojoj se možete obratiti ako imate bilo kakvih nedoumica. Ombudsman je advokat ili pomoćnik. On Vam može odgovoriti na pitanja o žalbama i Vašim pravima. Usluge su besplatne i povjerljive. S kojom organizacijom ćete kontaktirati, zavisi od Vaše dobi.

**Za članove dobi od 18 do 59**:

Disability Rights Wisconsin

Besplatni telefon: 800-928-8778

Tekstni telefon: 711

E-pošta: info@drwi.org

**Za članove od 60 i više godina starosti**:

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care

Besplatni telefon: 800-815-0015

Tekstni telefon: 711

E-pošta: BOALTC@wisconsin.gov