

تعليمات طلب إلغاء أو نقل المشارك أو العضو في برنامج Family care (الرعاية الأسرية) أو برنامج IRIS  
(FAMILY CARE OR IRIS MEMBER OR PARTICIPANT REQUESTED DISENROLLMENT OR TRANSFER INSTRUCTIONS)

القسم أ — معلومات شخصية

يجب استكمال هذا القسم بمعرفة aging and disability resource center (مركز موارد المسنين وذوي الإعاقة) (ADRC) أو Tribal aging and disability resource specialist (متخصص موارد المسنين وذوي الإعاقة القبلي) (ADRS) بناء على معلومات الشخص في ForwardHealth.

يجب على ADRC أو ADRS القبلي التحقق من معلومات الاتصال المضمنة في هذا القسم وإجراء أي تصحيحات ضرورية. عندما تتلقى وكالة income maintenance (صيانة الدخل) (IM) النموذج به التصحيحات، فسوف تقوم بتحديث المعلومات في CARES. وإذا تلقى الشخص Supplemental Security Income (دخل تأميني تكميلي) (SSI)، فسوف توجه ADRC أو ADRS القبلي الشخص إلى الاتصال بـ Social Security Administration (إدارة الضمان الاجتماعي) (SSA) لتحديث المعلومات.

القسم ب — طلب إلغاء التسجيل

يجب إكمال هذا الجزء من النموذج بمعرفة ADRC أو ADRS القبلي. يشير الشخص إلى البرنامج الذي يرغب في مغادرته، وتاريخ إلغاء التسجيل الذي يفضل. من المهم أن يتولى ADRC أو ADRS القبلي تزويد الشخص بكافة المعلومات ذات الصلة أثناء جلسة الاستشارة الخاصة بإلغاء التسجيل مثل تأثير الإلغاء على استحقاق برنامج Medicaid وكيف سيؤثر التاريخ في حصة التكلفة وذلك للسماح للشخص باتخاذ قرار واع.

سيملأ موظفو ADRC أو ADRS القبلي Effective Date of Disenrollment (تاريخ سريان إلغاء التسجيل). وسيدخل ADRC أو ADRS القبلي effective date of disenrollment (تاريخ سريان إلغاء التسجيل) في نظام FHiC. ستدخل ICA effective date of disenrollment (تاريخ سريان إلغاء التسجيل) في نظام WISITS. قد لا يكون التاريخ الذي يريده الشخص لإلغاء التسجيل في البرنامج التاريخ الفعلي للإلغاء على الدوام وخصوصًا لطلبات الإلغاء الفورية. إذا رغب الشخص في إلغاء التسجيل بأي برنامج في غضون أقل من ثلاثة أيام من تاريخ توقيع النموذج، فسيقوم ADRC أو ADRS القبلي بالاتصال بـ MCO أو ICA لتسريع العملية.

القسم ج — طلب النقل

يجب إكمال هذا الجزء من النموذج بمعرفة ADRC أو ADRS القبلي. يحدد الشخص البرنامج و MCO أو ICA التي يرغب في الانتقال إليها. إذا كان الطلب بسبب نقل السكن حديثًا، فسيطلب منه عنوانه الجديد ورقم هاتفه وتاريخ سريان نقل السكن هذا. يتطلب الأمر تسجيل جديد أو إحالة عند اختيار الشخص الانتقال إلى برنامج جديد أو MCO أو ICA جديدة. في حال التسجيل ببرنامج جديد أو وكالة جديدة نتيجة للانتقال، فسيترك تاريخ التسجيل فارغًا في البداية ثم سيستكمل عند تحديد تاريخ التسجيل من قبل وكالات برنامج الرعاية طويلة الأجل.

إذا اختار الشخص التسجيل في برنامج Family Care أو PACE أو Partnership، فسيقوم ADRC أو ADRS القبلي بإدخال تاريخ التسجيل الجديد في النموذج، ويقوم الشخص بتحديد تاريخ التسجيل. كما سيدخل ADRC أو ADRS القبلي تاريخ التسجيل الجديد في نظام FHiC.

إذا اختار الشخص IRIS، فسيقوم ADRC أو ADRS القبلي بإدخال تاريخ الإحالة إلى IRIS في النموذج. يُحدد تاريخ بدء IRIS بواسطة ICA وسيتم إدخاله في نظام WISITS. وإذا كان الفرد ينتقل من برنامج Family Care (الرعاية الأسرية) أو PACE أو Partnership إلى IRIS، فلن يتم إدخال تاريخ إلغاء التسجيل في النموذج أو نظام FHiC حتى الحصول على تاريخ البدء من ICA. إذا اختار المشارك في IRIS النقل من ICA إلى ICA، فيجوز للمشارك اختيار البقاء في FEA الحالية أو اختيار FEA جديدة. إذا اختار المشارك تحديد FEA جديدة، فأكمل بدءً من [F-02764](#).

ستحدد المعلومات الجهة التي يجب إخبارها بالنقل، وما إذا كان نموذج التسجيل في برنامج Family Care أو نموذج التسجيل في برنامج PACE أو نموذج التسجيل في برنامج Partnership أو نموذج تفويض IRIS بحاجة إلى استكمال.

القسم د — أسباب إلغاء التسجيل أو طلب النقل

في هذا القسم، قد يحدد الشخص باختياره لـ ADRC أو ADRS القبلي السبب الرئيسي لرغبته في ترك برنامجها/برنامجها الحالي أو ICA أو MCO.

القسم هـ — التنظيم أو الاستئناف

هناك جزء مهم من الاستشارة الخاصة بإلغاء التسجيل وهو مساعدة الأشخاص على فهم وممارسة جميع حقوقه بصفتهم أعضاء ومشاركين في البرنامج. استنادًا إلى دوافع الأشخاص في رغبتهم لمغادرة البرنامج، قد يكون لديهم الحق في تقديم استئناف. ولكل الأشخاص الحق في تقديم تظلم. يمكن بـ ADRC أو ADRS القبلي تقديم المساعدة لكل من يرغب في تقديم استئناف أو تظلم. يمكن لـ ADRC أو ADRS القبلي تقديم شرح للأشخاص الذين قد يكونون في عملية الاستئناف بخصوص عواقب الإلغاء قبل استكمال الاستئناف. جميع MCOs لديها Member Rights Specialists (متخصصون في حقوق الأعضاء) الذين يساعدون الأعضاء في تقديم الاستئنافات والتظلمات. لمزيد من المعلومات حول تقديم الاستئناف أو التظلم، يمكن للأشخاص مراجعة دليل أعضاء MCO أو دليل المشارك في IRIS.

## القسم و — التفويض بإتاحة المعلومات

أكمل هذا القسم عندما يطلب الشخص الانتقال إلى وكالة جديدة أو برنامج long-term care (رعاية طويلة الأجل). يبلغ هذا القسم (1) الشخص بأنه يمكن نقل معلومات Long-Term Care Functional Screen (الفحص الوظيفي للرعاية طويلة الأجل) إلى الوكالة الجديدة دون موافقة الشخص عن علم بموجب تشريع ولاية Wis. Stat. § 46.284(7)؛ و (2) المستندات التي يفوض الشخص بموجبها الوكالة الحالية أو برنامج long-term care (الرعاية طويلة الأجل) بمشاركة معلومات سرية محددة مع البرنامج الجديد أو الوكالة الجديدة التي تم اختيارها. ويخول توقيع الشخص أو ولي الأمر أو الوصي أو التوكيل المفوض إتاحة المعلومات المحددة في القسم (و) من النموذج.

## القسم ز — التوقيع

يجب على أعضاء MCO و المشاركين في برنامج IRIS التوقيع على هذا القسم من النموذج لإلغاء تسجيلهم في برامج الرعاية طويلة الأجل أو تحويلهم إلى برنامج رعاية طويل الأجل آخر أو MCO أو ICA أخرى حتى لو لم يكملوا أي قسم آخر. إذا كان الشخص الذي يتلقى الخدمات عاجزًا، فلا يمكن للشخص التوقيع على نموذج إلغاء التسجيل؛ بدلاً من ذلك، يجب على ولي أمر الشخص أو الوصي عليه أو حامل الوكالة السارية توقيع النموذج. إذا كان الشخص يوقع بعلامة، فسيُلمز توقيع شاهدين. إذا كان هناك ما يعيق الشخص جسدياً على التوقيع، يمكنه أن يطلب من شخص بالغ أن يوقع على النموذج في حضور شاهدين. يجب أن يوضح الشخص الذي يوقع أنه يقوم بالتوقيع بناءً على توجيهات مقدم الطلب أو العضو.

## القسم ح — يجب استكمال المعلومات بمعرفة

يتم تعبئة هذا القسم من قبل ADRC أو ADRS القبلي لتحديد من أكمل النموذج وتزويد الأشخاص بمعلومات الاتصال الخاصة بـ ADRC أو ADRS القبلي.

## القسم ط — لاستخدام ICA

يتم تعبئة هذا القسم من قبل ICA عند تحويل المشارك من IRIS إلى برنامج Family Care (الرعاية الأسرية)، Partnership أو PACE. ويجب على ICA التأكد من تاريخ إلغاء التسجيل على النحو المنصوص عليه في هذا النموذج وإدخال تاريخ إدخال إلغاء التسجيل في نظام WISITS. يجب إعادة إرسال هذا النموذج إلى ADRC أو ADRS القبلي عند إكماله من قبل ICA.

## توزيع النموذج ومسار المعلومات

عند استكمال جميع صفحات النموذج، يجب أن يتولى ADRC أو ADRS القبلي توجيه النموذج إلى الأطراف التالية:

- العضو/المشارك
- ICA أو MCO الحالية والمطلوبة
- القبيلة، إن أمكن
- IM (صيانة الدخل) – التوجيه لـ IM (صيانة الدخل) في المواقف التالية عند:
  - انتقال الشخص بسبب نقل سكن حديث وعنوانه الجديد لا يظهر في FHiC إذا كان العضو أو المشارك مفتوح في CARES.
  - إلغاء الشخص الاشتراك في برنامج Family Care (الرعاية الأسرية) أو IRIS ويتلقى MA من خلال أهلية Community Waiver MA (التنازل عن الخدمات المجتمعية) أو MAPP

يجب على ADRC أو ADRS القبلي الاحتفاظ بنموذج إلغاء التسجيل الأصلي الموقع من العضو أو المشارك، أو نسخة إلكترونية ممسوحة ضوئياً من النموذج الموقع وذلك لمدة عشر سنوات من تاريخ طلب أي سجلات.

برنامج Family care (الرعاية الأسرية) أو IRIS  
إلغاء التسجيل أو النقل المطلوب من العضو أو المشارك

يجب استكمال هذا القسم بمعرفة aging and disability resource center (مركز موارد المسنين وذوي الإعاقة) (ADRC) أو tribal aging and disability resource specialist (متخصص موارد المسنين وذوي الإعاقة القبلي) (ADRS) لاستخدامه من قبل income maintenance (صيانة الدخل المحلي) (IM)، managed care organization (مؤسسة إدارة الرعاية الصحية) (MCO) و IRIS consultant agency (الوكالة الاستشارية لـ IRIS) (ICA).

أ. معلومات شخصية		
الأسم - الأول	الأوسط	العائلة
عنوان الشارع	المدينة	الرمز البريدي
مقاطعة السكن	مقاطعة المسؤولية	
أمريكي من السكان الأصليين / من سكان ألاسكا الأصليين <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	أمريكي من السكان الأصليين / منتسب إلى سكان ألاسكا الأصليين	
رقم الهاتف	رقم الهاتف الخليوي	
تاريخ الميلاد	رقم هوية الشخص (كما هو موضح في ForwardHealth)	مجموعة هدف الشخص PD <input type="checkbox"/> DD <input type="checkbox"/> أو ID <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> الوصي <input type="checkbox"/> الزوج <input type="checkbox"/> ولي الأمر <input type="checkbox"/> POA (وكيل قانوني) <input type="checkbox"/> أخرى: _____		
اسم جهة الاتصال	رقم الهاتف	رقم الهاتف الخليوي
عنوان الشارع	المدينة	الرمز البريدي
اسم MCO أو ICA	اسم البرنامج Long-Term Care (الرعاية طويلة الأجل) (LTC) الحالي IRIS <input type="checkbox"/> Family Care <input type="checkbox"/>	اسم FEA

ب. طلب إلغاء التسجيل

يطلب الشخص إيقاف المشاركة في برنامج long-term care (الرعاية طويلة الأجل) (اختر البرنامج)؛

IRIS  Family Care

يطلب الشخص إيقاف المشاركة في التاريخ التالي:  
(قد لا يكون التاريخ الفعلي لإلغاء التسجيل)

تاريخ سريان إلغاء التسجيل: \_\_\_\_\_

ج. طلب النقل

يختار الشخص الانتقال إلى برنامج long-term care (رعاية طويلة الأجل) جديد أو التغيير إلى MCO و ICA جديدة، أشر إلى البرنامج المحدد أدناه:

ICA  Family Care  IRIS  Partnership  PACE  MCO مختلفة  ICA مختلفة

MCO أو ICA المطلوبة: \_\_\_\_\_

تاريخ سريان إلغاء التسجيل: \_\_\_\_\_

تاريخ سريان التسجيل الجديد في برنامج Family Care (الرعاية الأسرية) أو PACE أو Partnership:  
أو تاريخ الإحالة إلى IRIS (يُحدد تاريخ البدء بمعرفة ICA): \_\_\_\_\_  
يجب استكمال نموذج التسجيل الجديد أو نموذج الإحالة

إذا كان طلب النقل هذا نتيجة نقل السكن، يرجى إكمال المعلومات أدناه للعنوان الجديد:

عنوان الشارع	المدينة	الرمز البريدي
مقاطعة السكن	رقم الهاتف	تاريخ سريان نقل السكن

#### د. أسباب إلغاء التسجيل أو طلب النقل

حدد السبب الرئيسي لاختيار العضو أو المشارك للإلغاء أو النقل إلى برنامج long-term care (رعاية طويلة الأجل) مختلف، منظمة إدارة رعاية صحية (MCO) أو الوكالة الاستشارية لـ ICA :

- 7E غير راض عن حصة التكلفة
- 7A صعوبة العثور على مزودي الخدمة أو الاحتفاظ بهم
- 7B احتجت دعم إضافي في تنسيق الخدمات و/أو الدعم
- 7B غير قادر على تأمين الخدمات المطلوبة أو الساعات أو الخدمات
- 7M اختيار دار رعاية أو خدمات مأوى الفقراء
- 7D الانتقال إلى خدمة ميديك آيد (Medicaid) ذات الرسوم
- 70 انتقلت إلى منطقة خدمة أخرى
- انتقلت إلى خارج الولاية
- 7A غير قادر على استخدام المزود المختار
- 7B الخدمة لا تفي بتوقعاتي
- 72 أختار عدم ذكر السبب
- 7L هناك مشكلات في الخدمة مع منظمة إدارة الرعاية الصحية (MCO) أو IRIS Consultant Agency (الوكالة الاستشارية لـ IRIS) أو Fiscal Employer Agency (الوكيل المالي لصاحب العمل) المالي الخاص بـ
- لم تعد الخدمات مطلوبة

#### هـ. التظلم أو الاستئناف

هل سبق للعضو أو المشارك تقديم تظلم أو استئناف مع لجنة مراجعة منظمة إدارة الرعاية الصحية (MCO) أو IRIS أو أي طرف آخر ذي صلة برغبتك في إلغاء التسجيل؟  نعم  لا

#### و. إتاحة المعلومات

أفهم أن تشريع ولاية ويسكونسن Wis. Stat. §46.284(7) يسمح للوكالة المحددة أعلاه الحصول على معلومات Long-Term Care Functional Screen (الفحص الوظيفي للرعاية طويلة الأجل) (LTCFS) دون موافقتي عن علم.

أوافق على منح الوكالة المحددة أعلاه حق الوصول إلى المعلومات التالية لمساعدتي في التسجيل في برنامجي الجديد أو وكالتي الجديدة:

- Individual Support and Service Plan (خطة الدعم والخدمة الفردية) (ISSP) الحالية الخاصة بي أو Member
- Centered Plan (الخطة المرتكزة على العضو) (MCP)
- خطة Behavior Support Plan and/or Restrictive Measure (خطة دعم السلوك الخاصة بي و/أو الإجراءات التقييدي)، إذا انطبق
- المستندات التي تثبت سلطة ولي الأمر أو الوصي أو التوكيل المفوض، إذا انطبقت
- أوامر المحكمة، إذا انطبقت
- خطة الأزمات، إذا انطبقت

أخرى - يُرجى التحديد: \_\_\_\_\_

التوقيع – العضو/المشارك	تاريخ التوقيع
توقيع – ولي الأمر، أو الوصي أو حامل الوكالة السارية	تاريخ التوقيع
التوقيع – الشاهد (إن أمكن)	تاريخ التوقيع
التوقيع- الشاهد (إذا انطبق)	تاريخ التوقيع

**ز. بيان النية – يجب عليك توقيع بيان نية لإلغاء التسجيل أو النقل**

أنا، الموقع أدناه، إما طلبت إلغاء المشاركة في برنامج رعاية طويل الأجل، وأطلب أن يتم إلغاء التسجيل أو طلبت التحويل إلى برنامج رعاية طويل الأجل آخر، أو منظمة إدارة رعاية صحية (MCO) أو وكالة استشارية لـ ICA. أفهم أنني إذا طلبت التسجيل في IRIS، فإن إلغاء التسجيل في برنامجي الحالي لن يحدث حتى تتم الموافقة على خطة خدمة IRIS الخاصة بي. لن تتم معالجة طلبك الخاص بإلغاء التسجيل أو النقل إذا لم تقم بالتوقيع أدناه.

التوقيع – العضو/المشارك	تاريخ التوقيع
توقيع – ولي الأمر، أو الوصي أو حامل الوكالة السارية	تاريخ التوقيع
التوقيع- الشاهد (إذا انطبق)	تاريخ التوقيع
التوقيع- الشاهد (إذا انطبق)	تاريخ التوقيع

**ج يجب استكمال المعلومات بمعرفة**

ADRC أو اسم القبيلة	المقاطعة
عنوان مراسلة ADRC أو ADRS القبلي	الرمز البريدي
الاسم – ADRC أو عامل ADRS القبلي	رقم الهاتف

البريد الإلكتروني

ينبغي على ADRC أو ADRS القبلي إرسال كل صفحات النموذج المستكمل حتى في حال عدم توفر استشارات إلغاء التسجيل.

يجب على ADRC أو ADRS القبلي الاحتفاظ بنموذج إلغاء التسجيل الأصلي الموقع من العضو أو المشارك، أو نسخة إلكترونية ممسوحة ضوئياً من النموذج الموقع في ملف وذلك لمدة عشر سنوات من تاريخ طلب أي سجلات.

توزيع النموذج المكتمل:  الفرد، أو الوكيل، أو الوصي، أو الممثل المفوض قانونياً.

MCO أو ICA الحالية والمطلوبة

IM (انظر التعليمات)

القبيلة، إن أمكن

ط. لاستخدام ICA فقط

يتم استكمال هذا القسم بمعرفة ICA عند تحويل المشارك من IRIS إلى برنامج Family Care (الرعاية الأسرية)، Partnership أو PACE. يجب إعادة إرسال النموذج إلى ADRC عند إكماله.

التاريخ	الاسم – الموظف	الاسم – ICA
---------	----------------	-------------

تاريخ إلغاء التسجيل في نظام WISITS:

تاريخ إلغاء التسجيل من IRIS: