|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-00221SE (02/2024) |  | **STATE OF WISCONSIN** |
| **UPUTSTVA za slučaj kada je član ili učesnik  programa Family care ili IRIS zatražio ispis ILI prijelaz**  **(FAMILY CARE OR IRIS MEMBER OR PARTICIPANT REQUESTED DISENROLLMENT OR TRANSFER INSTRUCTIONS)** | | |
| **Odjeljak A—Lični podaci**  Ovaj odjeljak popunjava aging and disability resource center (resursni centar za starenje i invalidnost, ADRC) ili tribal aging and disability resource specialist (resursni stručnjak za starenje i invalidnost plemena, ADRS) na osnovu podataka o osobi u sistemu ForwardHealth.  ADRC ili ADRS plemena treba provjeriti kontakt podatke u ovom odjeljku i izvršiti sve potrebne ispravke. Kada income maintenance (služba za održavanje prihoda, IM) primi obrazac s izmjenama, ažuriraće podatke u sistemu CARES. Ako osoba prima Supplemental Security Income (dodatni sigurnosni prihovd, SSI), ADRC ili ADRS plemena treba zatražiti od osobe da kontaktira Social Security Administration (Uprava za socijalno osiguranje, SSA) da ažurira podatke.  **Odjeljak B— Zahtjev za ispis**  Ovaj dio obrasca popunjava ADRC ili ADRS plemena. Osoba navodi program koji želi napustiti i željeni datum ispisa. Bitno je da tokom savjetovanja o ispisu ADRC ili ADRS plemena osobi da sve potrebne podatke, kao što je uticaj na pravo na Medicaid i o načinu na koji datum utiče na raspodjelu troškova, kako bi osoba mogla donijeti informisanu odluku.  Osoblje ADRC ili ADRS plemena će unijeti datum stupanja na snagu ispisa. Osoblje ADRC-a ili ADRS plemena će unijeti datum stupanja na snagu u FHiC. ICA će unijeti datum stupanja na snagu ispisa u WISITS. Datum koji osoba želi za ispis iz programa možda neće uvijek biti stvarni datum isključenja, naročito kod zahtjeva za trenutno iščlanjenje. Ako se osoba želi ispisati iz programa za manje od tri radna dana od datuma potpisivanja obrasca, ADRC ili ADRS plemena će kontaktirati sa MCO ili ICA u svrhu ubrzanja postupka.  **Odjeljak C—Zahtjev za prijelaz**  Ovaj dio obrasca popunjava ADRC ili ADRS plemena. Osoba navodi program i MCO ili ICA u koji želi prijeći. Ako se zahtjev podnosi zbog preseljenja, osoba treba navesti svoju novu adresu, telefonski broj i datum preseljenja. Kad osoba odluči prijeći u novi program, MCO ili ICA, biće potreban novi obrazac za upis ili uputnica. Ako se upisujete na novi program ili u agenciju kao rezultat preseljenja, datum upisa će u početku ostati prazan i bit će ispunjen kada datum upisa odrede agencije programa za dugotrajnu njegu.  Ako osoba izabere da se upiše na program Family Care, PACE ili Partnership, ADRC ili ADRS plemena će u obrazac upisati novi datum upisa, datum upisa bira pojedinac. Osoblje ADRC-a ili ADRS plemena će unijeti i datum novog upisa u FHiC.  Osoba bira IRIS, a ADRC ili ADRS plemena će unijeti datum IRIS preporuke u obrazac. Datum početka IRIS-a određuje ICA i unijeće ga u WISITS. Ako osoba prelazi sa programa Family Care, PACE ili Partnership na program IRIS, datum ispisa ne treba upisati u obrazac ili FHiC sve dok se ne dobije datum početka od ICA. Ako IRIS učesnik odabere prijelaz sa jednog ICA na drugi ICA, učesnik može odabrati da ostane u trenutnom FEA ili da odabere novi FEA. Ako učesnik odabere novi FEA, popunite obrazac [F-02764](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/f02764.docx).  Pružene informacije će odrediti koje tijelo treba obavijestiti o prijelazu i treba li popuniti obrazac za upis u program Family Care, obrazac za upis u program PACE, obrazac za upis u program Partnership ili obrazac za IRIS odobrenje.  **Odjeljak D—Razlog zahtjeva za ispis ili prijelaz**  U ovom odjeljku osoba može ADRC-u ili ADRS-u plemena dobrovoljno navesti primarni razlog zbog kojeg želi napustiti svoj sadašnji program, ICA ili MCO.  **Odjeljak E—Prigovor ili žalba**  Bitan dio savjetovanja o ispisu je pomaganje osobi da razumije i ostvari svoja prava koja joj pripadaju kao članu ili učesniku u programu. Zavisno od razloga zbog kojeg osoba želi napustiti program, osoba možda ima pravo uložiti žalbu. Sve osobe imaju pravo uložiti prigovor. ADRC ili ADRS plemena mogu pružiti pomoć svakome ko želi uložiti žalbu ili prigovor. ADRC ili ADRS plemena može objasniti osobama koje su možda u postupku žalbe i posljedice iščlanjenja prije završetka postupka žalbe. Sve MCO imaju Member Rights Specialists (stručnjake za prava članova) koji pomažu članovima kod ulaganja žalbi i prigovora. Više informacija o ulaganju žalbe ili prigovora osobe mogu vidjeti u MCO priručniku za članove ili IRIS priručniku za učesnike.  **Odjeljak F—Saglasnost za objavljivanje podataka**  Popunite ovaj odjeljak kad osoba traži prijelaz u novu agenciju ili program dugotrajne njege. U ovom se odjeljku (1) obavještava osoba da se njeni podaci iz Long-Term Care Functional Screen (Funkcionalnog pregleda dugotrajne njege) mogu prenijeti novoj agenciji bez informisanog pristanka osobe na osnovu odredbe Statuta države Wisconsin Stat. § 46.284(7); i (2) dokumentira suglasnost osobe da sadašnja agencija ili program dugotrajne njege može podijeliti navedene povjerljive podatke s novoodabranim programom ili agencijom. Potpisom osobe, zakonskog staratelja, skrbnika ili opunomoćenika dopušta se objavljivanje podataka navedenih u odjeljku F obrasca.  **Odjeljak G—Potpis**  Članovi MCO i učesnici programa IRIS moraju potpisati ovaj odljak obrasca da bi se ispisali iz dugotrajne njege ili prešli u drugi program dugotrajne njege, MCO ili ICA čak i ako ne popune nijedan drugi odjeljak. Ako je osoba primatelj usluga nesposobna, ona ne može potpisati obrazac za ispis; umjesto nje, obrazac mora potpisati njen zakonski staratelj, skrbnik ili opunomoćenik. Ako osoba potpiše oznakom, potrebna su dva potpisa svjedoka. Ako osoba fizički nije u mogućnosti da potpiše, osoba može uputiti odraslu osobu da potpiše obrazac pred dva svjedoka. Osoba koja potpisuje treba naznačiti da potpisuje prema uputstvu podnosioca zahtjeva ili člana.  **Odjeljak H—Podatke popunjava**  Ovaj odjeljak popunjava ADRC ili ADRS plemena kako bi se utvrdilo ko je popunio obrazac te kako bi se osobi dali podaci o kontaktu ADRC-a ili ADRS-a plemena.  **Odjeljak I—ICA upotreba**  Ovaj odjeljak popunjava ICA kada učesnik prelazi sa programa IRIS na program Family Care, Partnership ili PACE. ICA mora potvrditi datum ispisa koji se nalazi na ovom obrascu i unijeti uneseni datum ispisa u WISITS. Obrazac bi takođe trebalo poslati nazad ADRC-u ili ADRS-u plemena kad ga ICA popuni.  **Informacije o dostavi i upućivanju obrasca**  Nakon popunjavanja svih stranica obrasca, ADRC ili ADRS plemena mora uputiti obrazac sljedećim stranama:   * Članu / učesniku * Trenutnoj i traženoj ICA ili MCO * Plemenu, ako je primjenjivo * IM – Uputiti IM-u u sljedećim situacijama kad:   + Osoba prelazi na novi plan zbog nedavnog preseljenja, a nova adresa se ne prikazuje u FHiC-u ako član ili učesnik ima otvoren CARES.   + Se osoba ispisuje iz programa Family Care ili IRIS i dobiva MA preko podobnosti za program Community Waiver (odricanje zajednice, MA) ili plana MAPP   ADRC ili ADRS plemena moraju čuvati obrazac zahtjeva člana ili učesnika za ispis sa originalnim potpisom ili elektronski skenirani primjerak potpisanog obrasca, deset godina za slučaj zahtjeva za uvid u evidenciju. | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STATE OF WISCONSIN**  **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-00221SE (02/2024) | | | | | | | **CIP** | | | | | | | | | | | |
| **Family care ili IRIS**  **člana ili UČESNIKA koji zahtijeva ispis ili prijelaz** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Popunjava aging and disability resource center (resursni centar za starenje i invalidnost, ADRC) ili tribal aging and disability resource specialist (resursni stručnjak za starenje i invalidnost plemena, ADRS) za upotrebu od strane lokalne službe income maintenance (održavanje prihoda, IM), managed care organization (upravljana organizacija za brigu, MCO) i IRIS consultant agency (konsultantska agencija, ICA). | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A. LIČNI PODACI** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ime | | | Inicijal srednjeg imena | | | | | Prezime | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Adresa | | | | | | | | Grad | | | | | | | | | Poštanski broj | |
| Okrug prebivališta | | | | | | | | Okrug nadležnosti | | | | | | | | | | |
| Američki Indijanac ili Aljaški domorodac  Da  Ne | | | | | | | | Pripadnik američkih Indijanaca/Aljaških domorodaca | | | | | | | | | | |
| Broj telefona | | | | | | | | Broj mobilnog telefona | | | | | | | | | | |
| Datum rođenja | | ID broj člana (kako je navedeno u sistemu ForwardHealth) | | | | | | | | | Ciljna grupa osobe  FE  ID ili DD  PD | | | | | | | |
| Staratelj  Supružnik  Skrbnik  POA (Opunomoćenik)  Drugo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ime osobe za kontakt | | | | | | | | Broj telefona | | | | | | Broj mobilnog telefona | | | | |
| Adresa | | | | | | | | Grad | | | | | | | | | Poštanski broj | |
| Sadašnji program Long-Term Care (program za dugoročnu brigu, LTC)  Family Care  IRIS | | | | | | Naziv MCO ili ICA    Naziv FEA | | | | | | | | | | | | |
| **B. ZAHTJEV ZA ISPIS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Osoba zahtijeva prestanak učestvovanja u dugotrajnoj njezi (program provjere):  Family Care  IRIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Osoba zahtjeva prestanak učešća sljedećeg datuma:  (možda neće biti stvarni datum ispisa) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum stupanja ispisa na snagu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **C. ZAHTJEV ZA PRIJELAZ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Osoba je odabrala da pređe u novi program dugotrajne njege ili promjeni na novu MCO ili ICA, program navesti u nastavku:  Family Care  IRIS  Partnership  PACE  Drugačiji MCO  Drugačiji ICA  Tražena organizacija MCO ili ICA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum stupanja ispisa na snagu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum stupanja na snagu novog upisa u program Family Care, PACE ili Partnership:  ili datum IRIS preporuke (datum početka određuje ICA):  Mora se popuniti obrazac za novi upis ili preporuka | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ako se prijelaz traži zbog preseljenja, unesite informacije o novoj adresi ispod: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresa | | | | | | | | | | Grad | | | | | | | | Poštanski broj |
| Okrug prebivališta | | | | Broj telefona | | | | | | | | Datum stupanja preseljenja na snagu | | | | | | |
| **D. RAZLOG ZA ZAHTJEV ZA ISPIS ILI PRIJELAZ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Odaberite osnovni razlog člana ili učesnika za zahtijev ispisa ili prijelaza na drugi program dugotrajne njege, MCO ili ICA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7E Nije zadovoljan/a udjelom troškova | | | | | | | | | 7M Bira starački dom ili dom za nemoćne | | | | | | | | | |
| 7A Ima problema da pronađe ili zadrži pružaoca usluga | | | | | | | | | 7D Želim preći na Medicaid program plaćanja naknade za uslugu | | | | | | | | | |
| 7B Potrebna mi je dodatna podrška prilikom koordiniranja usluga/podrške | | | | | | | | | 70 Preselio/la se u drugu regiju | | | | | | | | | |
| 7B Nije u mogućnosti obezbijediti sve potrebne usluge ili sate usluge | | | | | | | | | Iselio/la iz države | | | | | | | | | |
| 7A Nisam u mogućnosti koristiti pružaoca usluga po mom izboru | | | | | | | | | 7B Usluge nisu ispunile njegova/njena očekivanja | | | | | | | | | |
| 7L Imam problems s korisničkom službom MCO-a ili IRIS Consultant Agency (konsultatnska agencija) ili IRIS Fiscal Employer Agency (fiskalna agencija poslodavca) | | | | | | | | | 72 Biram opciju da ne dajem razlog | | | | | | | | | |
| Usluge više nisu potrebne | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **E. ŽALBA ILI PRIGOVOR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Je li član ili učesnik uložio žalbu ili molbu odboru za reviziju MCO-a ili IRIS-a ili drugoj stranci u vezi želje za ispisom?  Da  Ne | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **F. OBJAVLJIVANJE INFORMACIJA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Razumijem da država Wisconsin Stat. §46.284(7) dozvoljava da prethodno odabrana agencija bez mog informisanog pristanka može dobiti moje informacije iz Long-Term Care Functional Screen (Funkcionalnog pregleda dugotrajne njege, LTCFS).**  Dajem dozvolu da prethodno odabrana agencija ima pristup sljedećim informacijama radi pružanja pomoći prilikom upisa u moj novi program ili agenciju:   * Moj trenutni Individual Support and Service Plan (Individualni plan pružanja podrške i usluga, ISSP) / Member Centered Plan (Plan usmjeren na članove, MCP) * Moj Behavior Support Plan (Plan pružanja podrške u vezi problema s ponašanjem) / Restrictive Measure (restriktivne mjere), ako je primjenjivo * Dokumenti koji potvrđuju ovlaštenje mog zakonskog staratelja, skrbnika ili opunomoćenika, ako je primjenjivo * Sudski nalozi, ako je primjenjivo * Krizni plan, ako je primjenjivo   Drugo – Navedite: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **POTPIS** – Član/učesnik | | | | | | | | | | | | | | | Datum potpisa | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **POTPIS** – Zakonski staratelj, čuvar ili aktivirano punomoćje | | | | | | | | | | | | | | | Datum potpisa | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **POTPIS** – Svjedok (ako je primjenjivo) | | | | | | | | | | | | | | | Datum potpisa | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **POTPIS** – Svjedok (ako je primjenjivo) | | | | | | | | | | | | | | | Datum potpisa | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **G. IZJAVA NAMJERE—Morate potpisati ovu izjavu namjere za ispis ili prijelaz** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ja, dolje potpisani/a, sam zatražio/la da više ne učestvujem u programu dugotrajne njege i zahtijevam da me ispišete ili sam zatražio/la prijelaz u drugi program dugotrajne njege ili MCO ili ICA. Shvatam da ako zahtijevam upis u IRIS program da se iz svog trenutnog programa ne mogu ispisati dok se ne odobri moj plan pružanja usluga iz IRIS programa. **Vaš zahtjev za ispis ili transfer se neće obraditi ako se ne potpišete ispod**. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **POTPIS** – Član / učesnik | | | | | | | | | | | | | | | Datum potpisa | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **POTPIS** – Zakonski staratelj, čuvar ili aktivirano punomoćje | | | | | | | | | | | | | | | Datum potpisa | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **POTPIS** – Svjedok (ako je primjenjivo) | | | | | | | | | | | | | | | Datum potpisa | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **POTPIS** – Svjedok (ako je primjenjivo) | | | | | | | | | | | | | | | Datum potpisa | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **H. PODATKE POPUNJAVA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADRC ili ime plemena | | | | | | | | | | | | | Okrug | | | | | |
| Poštanska adresa ADRC-a ili ADRS-a plemena | | | | | | Grad | | | | | | | Poštanski broj | | | | | |
| Ime i prezime - radnik ADRC-a ili radnik ADRS plemena | | | | | | | | | | | | | Broj telefona | | | | | |
| Adresa e-pošte | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ADRC ili ADRS plemena trebaju poslati sve stranice ispunjenog obrasca, čak i ako nije obavljeno savjetovanje o ispisu.**  ADRC ili ADRS plemena moraju čuvati u evidenciji obrazac zahtjeva člana ili učesnika za ispis sa originalnim potpisom ili elektronski skenirani primjerak potpisanog obrasca, deset godina za slučaj zahtjeva za uvid u evidenciju.  Distribucija popunjenog obrasca:  Pojedincu, staratelju, skrbniku ili opunomoćeniku  Trenutnoj i traženoj organizaciji MCO ili ICA  IM-u (vidjeti uputstva)  Plemenu, ako je primjenjivo | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **I. Samo za upotrebu od strane ICA**  **Ovaj odjeljak popunjava ICA ako učesnik prelazi sa programa IRIS na program Family Care, Partnership ili PACE. Obrazac bi takođe trebalo poslati nazad ADRC-u kad se popuni.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ime – ICA | | | | | Ime – Osoblje | | | | | | | | | | Datum | | | |
| Datum ispisa iz programa IRIS: | | | Datum ispisa unijet u WISITS: | | | | | | | | | | | | | | | |