|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-00534CM (02/2024) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **Partnership 成员退出或转出申请说明**  (Partnership member requested disenrollment or Transfer InSTRUCTIONS) | |
| **A 部分 – 个人信息**  本部分将由 aging and disability resource center (老龄与残疾人中心) (ADRC) 或部落aging and disability resource specialist (老龄与残疾人专家) (ADRS) 根据 ForwardHealth 上的个人信息填写。  ADRC 应当对此部分中的联系信息进行确认并对表格作出任何必要的修正。当income maintenance (收入维护) (IM) 部门收到显示修改的表格时，他们将更新 CARES 的信息。如果个人收到 Supplemental Security Income (社会生活安全补助) (SSI)，ADRC 或部落 ADRS 应提示个人联系 Social Security Administration (社会安全局) (SSA) 更新信息。  **B 部分 – 退出申请**  该部分的表格由 ADRC 或部落 ADRS 填写。个人表明自己希望退出的计划及期望的退出日期。ADRC 或部落 ADRS 需要向处于退出咨询流程中的个人提供所有相关信息（例如对 Medicaid 资格的影响及日期可能会如何影响成本分担），以便个人做出知情决定，这一点非常重要。  ADRC 或部落 ADRS 的工作人员将填写退出的生效日期。ADRC 或部落 ADRS 将在 FHiC 中录入退出的生效日期。个人希望退出计划的日期可能并非实际退出日期，特别是即时退出的申请。如果个人希望在表格签署之日起不到三个工作日内退出计划，则 ADRC 或部落 ADRS 应联系 Partnership Organization (合伙组织) 以加快流程。  个人于目前 Partnership 计划下的 Medicare 福利可能会在退出或转出申请后延续最长三个月时间。新保障的开始日期取决于 Special Election Period（特别选举期）(SEP) 资格。退出 Partnership 计划的个人可以选择加入新的 Medicare Advantage 计划或独立的 Medicare D 部分计划。如果个人在 Partnership 保障结束前未采取行动参加另一项 Medicare 计划，则其将自动加入原始 Medicare计划，并可能面临没有处方药保障的风险。个人应联系其当前的 Medicare 计划以获取有关 SEP 资格的更多信息。如需获得有关 Medicare 备选方案的帮助，个人可以与 ADRC、部落福利专家预约或致电 Wisconsin Medigap 帮助热线 1-800-242-1060。  **C 部分– 转出申请**  该部分的表格由 ADRC 或部落 ADRS 填写。个人表明自己希望转入的计划和 MCO 或 ICA。如因近期迁移而提出申请，则申请人需提供新地址、电话号码和迁移的生效日期。当客户选择转入新计划、MCO 或 ICA 时，需要重新填写登记或转介表。如由于迁移而加入新的计划或机构，最初的注册日期将为空白，并将在长期护理计划机构决定后才填写。  如果个人选择参加 Family Care, PACE 或 Partnership，ADRC 或部落 ADRS 将在表格中录入新的加入日期，加入日期由个人选择。ADRC 或部落 ADRS 还将在 FHiC 中录入新的加入日期。如果个人选择 IRIS，则 ADRC 或部落 ADRS 需在表单上填写 IRIS 转介日期。IRIS 的起算日期由 ICA 决定，并录入 WISITS 中。如果个人准备从 Family Care、PACE 或 Partnership 转出到 IRIS，则在收到 ICA 的起算日期前不得在表格或 FHiC 中录入退出日期。  本部分中的信息将决定向哪个实体发送转出通知，及是否需要填写 Family Care 计划登记表、PACE 登记表、Partnership 登记表或 IRIS 授权表。  个人于目前 Partnership 计划下的 Medicare 福利可能会在退出或转出申请后延续最长三个月时间。新保障的开始日期取决于 Special Election Period（特别选举期）(SEP) 资格。退出 Partnership 计划的个人可以选择加入新的 Medicare Advantage 计划或独立的 Medicare D 部分计划。如果个人在 Partnership 保障结束前未采取行动参加另一项 Medicare 计划，则其将自动加入原始 Medicare计划，并可能面临没有处方药保障的风险。个人应联系其当前的 Medicare 计划以获取有关 SEP 资格的更多信息。如需获得有关 Medicare 备选方案的帮助，个人可以与 ADRC、部落福利专家预约或致电 Wisconsin Medigap 帮助热线 1-800-242-1060。  **D 部分 – 退出或转出申请的原因**  在本部分中，个人可自愿向 ADRC 或部落 ADRS 表明退出其当前计划或 PO 的主要原因。  **E 部分 – 申诉或上诉**  退出咨询服务的一个重要部分是协助个人理解和行使其作为会员和计划参与者所享有的所有权利。根据个人想要离开计划的原因，他们可能有权提出上诉。所有个人都有权提起申诉。ADRC 或部落 ADRS 可以向任何希望提起上诉或申诉的人员提供帮助。ADRC 或部落 ADRS 应在上诉完成之前向可能处于上诉流程中的个人说明退出的后果。所有的 PO 都配有 Member Rights Specialists (会员权利专家)，可协助会员提出上诉和申诉。有关提出上诉或申诉的更多信息，个人可查看 Partnership 会员手册。  **F 部分 – 授权发布信息**  当个人申请转入新的代理机构或长期护理计划时，需要填写本部分。本部分 (1) 告知个人，根据 Wis. Stat. § 46.284(7) 的规定，未经个人知情同意，其 Long-Term Care Functional Screen（长期护理功能筛选）信息可被转入新代理机构；及 (2) 记录个人对当前的代理机构或长期护理计划的授权，以便和新选择的计划或代理机构共享特定的保密信息。个人、法定监护人、保护人或授权委托人的签名可授权发布表格中 F 部分所载的信息。  **G 部分 – 签名**  Partnership 会员必须在表格的这一部分签名，才能从长期护理计划中退出，或转入另一个长期护理计划、MCO 或 ICA（即使其并没有填写任何其他部分）。如果接受服务的个人丧失行为能力，则个人无法签署退出表格；相反，个人的法定监护人、保护人或授权委托人必须在表格上签字。如果个人以符号签字，则需要有两人见证签字。如个人的身体状况致其无法签字，其可以指定一位成年人在两人见证下签字。代签者应表明其签字遵循申请人或会员的指示。  **H 部分 – 资料填写人**  本部分由 ADRC 或部落 ADRS 填写，以确定填写表格的人员以及向个人提供 ADRC 或部落ADRS 的联系信息。  **表格分发和传送信息**  待表格的所有页面填妥后，ADRC 或部落 ADRS 必须将表格送到以下各方：   * 会员 * 目前及已提出申请的 PO、MCO 或 ICA * 部落（如有） * IM - 当个人出现以下情况时送到 IM：   + 会员在 CARES 中处于开放状态时，因近期迁移而转出，且其新地址未在 FHiC 中显示。   + 准备退出 Partnership，并将通过 Community Waiver MA（社区豁免 MA）资格或 MAPP 获得 MA   如果有记录请求，ADRC 或部落 ADRS 必须将原始的由会员或参与者签名的申请退出表格或签名表格的电子扫描副本保留十年**。** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **partnership**  **CIP**  **会员申请退出或转出** | | | | | | | | | | | | | | |
| 待 ADRC 或部落 ADRS 填写以备当地 IM 和 PO 使用。 | | | | | | | | | | | | | | |
| **A. 个人信息** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名字 | | | | 中间名 | | 姓氏 | | | | | | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | | | | | | |
| 街道地址 | | | | | | 城市 | | | | | | | | 邮政编码 | |
| 住所所在的县 | | | | | | 负有责任的县 | | | | | | | | | |
| 美洲印第安人或阿拉斯加原住民  是  否 | | | | | | 美洲印第安人或阿拉斯加原住民背景 | | | | | | | | | |
| 电话号码 | | | | | | 手机号码 | | | | | | | | | |
| 出生日期 | | 会员ID (如 ForwardHealth 所示) | | | | | | | 个人目标机构  FE  ID 或 DD  PD | | | | | | |
| 联系人姓名 | | | | | | 电话号码 | | | | | | 手机号码 | | | |
| 监护人  配偶  保护人  POA (授权委托人)  其他： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 街道地址 | | | | | | 城市 | | | | | | | | 邮政编码 | |
| MCO 名称 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **B. 退出申请** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 个人申请停止参加 Partnership 计划（检查计划）：  My Choice Wisconsin Health Plan, Inc.  Community Care Health Plan, Inc.  Independent Care Health Plan | | | | | | | | | | | | | | | |
| 个人申请在以下日期终止参与：  (可能不是实际的退出日期) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退出生效日期： | | | | | | | | | | | | | | | |
| **C. 转出申请** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 个人选择转入一项新的长期护理计划或更换至新的 PO，表明已选择以下计划：  Family Care  IRIS  PACE  不同的 PO  所申请的 MCO、PO 或 ICA： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退出生效日期： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 新加入 Family Care、Partnership 或 PACE 的生效日期，  或是 IRIS 的转介日期（开始日期由 ICA 决定）：  必须重新填写登记或转介表 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 如本转出申请处于迁移原因，请填写以下新地址的资料： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 街道地址 | | | | | | | | 城市 | | | | | | | 邮政编码 |
| 住所所在的县 | | | 电话号码 | | | | | | | 迁移生效日期 | | | | | |
| **Medicare 计划的选择日期**  不适用：该个人不符合 Medicare 的资格。  SEP: 个人符合Special Election Period (特别选举期) 资格。  Medicare 计划选择变更生效日期：  无 SEP: 个人不符合Special Election Period (特别选举期) 资格。  Medicare 计划选择变更生效日期： | | | | | | | | | | | | | | |
| **D. 退出或转出申请的原因** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 选择会员或参与者决定退出或转入其他长期护理计划、PO、MCO 或 ICA 的主要原因： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7E 不满意成本分担 | | | | | | | 7M 选择疗养院或宁养服务 | | | | | | | | |
| 7A 难以找到或保留提供商 | | | | | | | 7D 移转到按服务收费的 Medicaid 计划 | | | | | | | | |
| 7B 在协调服务和/或支持方面需要额外的 支持 | | | | | | | 70 搬迁到另一个服务区域 | | | | | | | | |
| 7B 无法获得所有必需的服务或服务时长 | | | | | | | 迁出州内 | | | | | | | | |
| 7A 无法使用我选择的服务提供商 | | | | | | | 7B 服务没有达到预期 | | | | | | | | |
| 7L Partnership Organization (合伙组织) 的客户服务问题 | | | | | | | 72 选择不提供理由 | | | | | | | | |
| 不再需要服务 | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **E. 申诉或上诉** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 会员是否已向 PO 审查委员会或申请退出的其他有关方提出申诉或上诉？  是  否 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **F. 信息发布** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **本人知悉，Wis. Stat. §46.284(7) 允许在未经本人知情同意的情况下向上述选定的代理机构提供我的 Long-Term Care Functional Screen (长期护理功能筛选) (LTCFS) 信息。**  本人授权上述选定的代理机构访问以下信息，以帮助本人加入新计划或代理机构：   * 我目前的 Individual Support and Service Plan (个人支持和服务计划)（ISSP）/ Member Centered Plan (会员中心计划)（MCP） * 我的 Behavior Support Plan (行为支持计划)/ Restrictive Measure (限制措施)（如适用） * 向我的法定监护人、保护人或授权委托人授权的文件（如适用） * 法令（如适用） * 危机计划（如适用） * 其他 – 请说明： | | | | | | | | | | | | | | |
| **签名** – 会员 | | | | | | | | | | | | 签名日期 | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |
| **签名 –** 法定监护人、保护人或授权委托人 | | | | | | | | | | | | 签名日期 | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |
| **签字** – 见证人（若适用） | | | | | | | | | | | | 签名日期 | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |
| **签字** – 见证人（若适用） | | | | | | | | | | | | 签名日期 | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |
| **G. 意向声明—\*您必须签署此退出或转出意向声明** | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人（签名人）申请不再参加长期护理计划并申请退出或本人申请转出到另一个长期护理计划或 MCO。本人知悉，如本人申请加入 IRIS，则在本人的 IRIS 服务计划获批之前，将不会退出当前计划。  **重要提示：**如您申请退出，您必须继续寻求所属计划下的所有医疗护理，直至退出 Medicare 计划的生效日期止。您于目前 Partnership 计划下的 Medicare 福利将在退出或转出申请后延续最长三个月时间。新保障的开始日期取决于 Special Election Period (特别选举期) (SEP) 资格。退出 Partnership 计划时，您可以选择加入新的 Medicare Advantage 计划或独立的 Medicare D 部分计划。如果您在 Partnership 保障结束前未采取行动参加另一项 Medicare 计划，则您将自动加入原始 Medicare计划，并可能面临没有处方药保险的风险。请联系您当前的 Medicare 计划以获取有关 SEP 资格的更多信息。 如需获得有关 Medicare 备选方案的帮助，个人可以与 ADRC、部落福利专家预约或致电Wisconsin Medigap 帮助热线 1-800-242-1060。 | | | | | | | | | | | | | | |
| **签名** – 会员 | | | | | | | | | | | | 签名日期 | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |
| **签名 –** 监护人 / 保护人 / 授权委托人 | | | | | | | | | | | | 签名日期 | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |
| **签字** – 见证人（若适用） | | | | | | | | | | | | 签名日期 | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |
| **签字** – 见证人（若适用） | | | | | | | | | | | | 签名日期 | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |
| **H. 信息填写人** | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADRC 或部落 | | | | | | | | | | | 县 | | | | |
| ADRC/部落邮寄地址 | | | | | 城市 | | | | | | 邮政编码 | | | | |
| 姓名 – ADRC或部落 ADRS 工作人员 | | | | | | | | | | | 电话号码 | | | | |
| 电子邮箱地址 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **即使没有提供退出咨询服务，ADRC 或部落 ADRS 的工作人员也应发送已填表格的所有页面。**  如果有记录请求，ADRC 或部落 ADRS 必须将由会员签名的原始申请退出表格或签名表格的电子扫描副本保留十年。  分发已填表格：  个人、监护人、保护人或授权委托人  目前及已提出申请的 PO、MCO 或 ICA  IM (见说明)  部落（如有） | | | | | | | | | | | | | | | |