|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Public HealthF-00534R (02/2024) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **ИНСТРУКЦИИ запроса участника Partnership об отчислении или переводе**(Partnership member requested disenrollment or Transfer InSTRUCTIONS) |
| **Раздел A—Личная информация** Этот раздел заполняется Aging and disability resource center (Центром ресурсов для пожилых и инвалидов) (ADRC) или Tribal aging and disability resource specialist (Специалистом по вопросам старения и инвалидности Вашего племени) (ADRS) в соответствии с личной информацией лица в программе ForwardHealth.ADRC должен проверить контактную информацию в этом разделе и внести любые необходимые исправления в форму. Когда income maintenance (агентство по поддержанию доходов) (IM) получает форму с указанием исправлений, они обновляют информацию в CARES. Если лицо получает Supplemental Security Income (Дополнительный гарантированный доход) (SSI), ADRC или ADRS племени должны предложить ему обратиться в Social Security Administration (Администрация социального обеспечения) (SSA) для обновления информации. **Раздел B—Запрос об отчислении**Эта часть формы заполняется ADRC или ADRS племени. Лицо указывает программу, из которой оно хочет отчислиться и желаемую дату отчисления. Во время консультирования по отчислению сотрудникам ADRC или ADRS племени важно предоставить лицу всю необходимую информацию, например, влияние на соответствие требованиям Medicaid, а также как дата может повлиять на распределение расходов, чтобы лицо было достаточно проинформировано для принятия решения.Сотрудники ADRC или ADRS племени заполнят фактическую дату отчисления. ADRC или ADRS племени заполнят фактическую дату отчисления в FHiC. Лицо может быть отчислено из программы с фактической даты, отличной от той, которую оно пожелало, особенно это касается срочных запросов об отчислении. Если лицо хочет быть отчислено из программы в течение до трех рабочих дней со дня подписания формы, для ускорения процесса ADRC или ADRS племени свяжутся с Partnership Organization (Организация Партнерства). Льготы по программе Medicare в соответствии с текущим планом Partnership (Партнерство) данного лица могут действовать в течение периода до трех месяцев после их запроса на прекращение участия или перевод. Дата начала нового покрытия зависит от права участия в Special Election Period (Специальном периоде выбора) (SEP). Лица, отчисляющиеся из плана Partnership, могут выбрать регистрацию в новом плане Medicare Advantage (Преимущественное покрытие) или отдельном плане Medicare Часть D. Если лицо не предпринимает никаких действий для регистрации в другом плане Medicare до окончания действия покрытия Partnership, оно будет зарегистрировано в Original Medicarе (оригинальный Medicare) автоматически, и рискует остаться без страхового покрытия для рецептурных лекарственных средств. Лицо должно связаться с представителем своего текущего плана Medicare, чтобы получить больше информации о праве на SEP. Чтобы получить помощь с вариантами Medicare, лицо может назначить встречу со специалистом по пособиям в ADRC, специалистом по пособиям племени или позвонить по горячей линии Medigap штата Wisconsin по телефону 1‑800‑242‑1060.**Раздел C—Запрос о переводе**Эта часть формы заполняется ADRC или ADRS племени. Лицо указывает программу и MCO или ICA, на которую оно хочет перевестись. Если запрос связан с недавним переездом, лицо просят указать новый адрес, номер телефона и фактическую дату переезда. При переводе на новую программу, MCO или ICA, необходимо заполнить новую форму о зачислении или форму о передаче дел. При регистрации в новой программе или агентстве в результате переезда, дата регистрации сначала будет оставлена пустой и будет заполнена, когда дата регистрации будет определена агентствами программы долгосрочного ухода.Если лицо решает зарегистрироваться в программе Family Care, PACE или Partnership, то ADRC или ADRS племени введет в форме новую дату регистрации, которая выбрана лицом. Сотрудники ADRC или ADRS племени также заполнят новую дату зачисления в FHiC. Если лицо выбрало IRIS, то сотрудники ADRC или ADRS племени укажут в форме дату направления в IRIS. Дата начала участия в IRIS определяется ICA и вводится в WISITS. Если лицо переводится из Family Care (Семейный уход), PACE или Partnership (Партнерство) в IRIS, дату отчисления не следует вводить в форму или в FHiC до тех пор, пока начальная дата не будет получена от ICA. Эта информация определяет конкретную организацию, которую нужно проинформировать о переводе, а также необходимость заполнения соответствующих форм зачисления в программы Family Care, PACE, Partnership или рму авторизации IRIS.Льготы по программе Medicare в соответствии с текущим планом Partnership (Партнерство) данного лица могут действовать в течение периода до трех месяцев после их запроса на прекращение участия или перевод. Дата начала нового покрытия зависит от права участия в Special Election Period (Специальном периоде выбора) (SEP). Лица, отчисляющиеся из плана Partnership, могут выбрать регистрацию в новом плане Medicare Advantage (Преимущественное покрытие) или отдельном плане Medicare Часть D. Если лицо не предпринимает никаких действий для регистрации в другом плане Medicare до окончания действия покрытия Partnership, оно будет зарегистрировано в Original Medicarе (оригинальном Medicare) автоматически, и рискует остаться без страхового покрытия для рецептурных лекарственных средств. Лицо должно связаться с представителем своего текущего плана Medicare, чтобы получить больше информации о праве на SEP. Чтобы получить помощь с вариантами Medicare, лицо может назначить встречу со специалистом по пособиям в ADRC, специалистом по пособиям племени или позвонить на горячую линию Medigap штата Wisconsin по телефону 1-800-242-1060.**Раздел D—Причина запроса на отчисление или перевода**В данном разделе лицо может добровольно назвать ADRC или ADRS племени основную причину, по которой оно хочет покинуть свою текущую программу или PO.**Раздел E—Жалоба или апелляция**Важной частью консультирования по вопросам отчисления является помощь лицу в понимании его прав как члена или участника программы и предоставление возможности воспользоваться ими. В зависимости от причины для отчисления из программы, лицо может иметь право подать апелляцию. Все лица имеют право подать жалобу. Сотрудники ADRC или ADRS племени могут оказать помощь любому лицу, желающему подать апелляцию или жалобу. ADRC или ADRS племени должны объяснить лицу, пожелавшему участвовать в апелляционном процессе, последствия отчисления до подачи апелляции. Во всех PO есть Member Rights Specialists (специалисты по правам членов программы), которые помогают в подаче апелляций и жалоб. Более подробную информацию по подаче апелляции или жалобы лица могут найти в справочнике члена Partnership (Партнерство).**Раздел F—Разрешение на раскрытие информации** Заполните этот раздел при запросе лица о переводе в новое агентство или на новую программу по долгосрочному уходу. Этот раздел (1) информирует лицо, что его (ее) информация Long-Term Care Functional Screen (Проверка выполнения функциональных требований для долгосрочного ухода) может быть передана новому агентству без информированного согласия лица в соответствии с законом Wis. Stat. § 46.284(7); и (2) подтверждает разрешение лицом для текущего агентстве или long-term care program (программы долгосрочного ухода) поделиться определенной конфиденциальной информацией с новой программой или агентством. Подпись лица, его законного опекуна, доверительного управляющего или поверенного (должна быть действующая нотариальная доверенность) разрешает раскрытие информации, указанной в разделе F данной формы. **Раздел G—Подпись**Члены Partnership должны поставить подпись в данном разделе формы, чтобы отчислиться из long-term care program (программы долгосрочного ухода) или перевестись на другую программу долгосрочного ухода, MCO или ICA, даже если они не заполняли остальные разделы. Если лицо, получающее услуги, недееспособно и не может подписать форму об отчислении, то вместо него это должен сделать его законный опекун, доверительный управляющий или поверенный (должна быть действующая нотариальная доверенность). Если лицо подписывается пометкой, требуются две подписи свидетелей. Если человек физически не может подписаться, он может поручить взрослому подписать форму в присутствии двух свидетелей. Лицо, которое подписывается должно указать, что оно подписывается по указанию заявителя или члена. **Раздел H—Лицо, заполняющее форму**Этот раздел заполняется ADRC или ADRS племени, чтобы обозначить лицо, заполняющее форму, и предоставить лицу контакты ADRC или ADRS племени.**Распространение формы и маршрутная информация**Когда все страницы данной формы подписаны, сотрудники ADRC или ADRS племени должны направить форму следующим сторонам:* Член
* Текущая или запрошенная PO, MCO или ICA
* Племя, если применимо
* IM – Направляется в IM в следующих случаях, когда лицо:
	+ Переводится из-за недавнего переезда, и его новый адрес не отображается в FHiC, если член открыт в CARES.
	+ Отчисляется из программы Partnership и получает MA (медицинское обслуживание) в соответствии с правом на MA в рамках Community Waiver MA (Отказ сообщества) или программой MAPP

ADRC или ADRS племени должен сохранять оригинал формы об отчислении с подписью члена или участника или электронную скан-копию подписанной формы в течение десяти лет на тот случай, если документы будут запрашиваться**.** |

|  |
| --- |
| **partnership** **CIP****Отчисление по запросу члена или перевод** |
| Заполняется ADRC или ADRS племени для использования местным IM и PO. |
| **A. ЛИЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**  |
| Имя | Средний инициал | Фамилия |
|       |       |       |
| Адрес, улица      | Город      | Почтовый индекс      |
| Округ постоянного проживания      | Ответственный округ      |
| Американский индеец или уроженец Аляски [ ]  Да [ ]  Нет | Принадлежность к Американским индейцам/уроженцам Аляски      |
| Номер телефона      | Номер мобильного телефона      |
| Дата рождения      | Индивидуальный идентификационный номер члена (в соответствии с ForwardHealth)      | Индивидуальная целевая группа[ ]  FE [ ]  ID или DD [ ]  PD |
| Имя контактного лица      | Номер телефона      | Номер мобильного телефона      |
| [ ]  Опекун [ ]  Супруг(-а) [ ]  Доверительный управляющий [ ]  POA (Поверенный) [ ]  Другое:        |
| Адрес, улица      | Город      | Почтовый индекс      |
| Название MCO      |
| **B. ЗАПРОС ОБ ОТЧИСЛЕНИИ** |
| Лицо запросило остановить участие в программе Partnership (отметить программу): [ ]  My Choice Wisconsin Health Plan, Inc. [ ]  Community Care Health Plan, Inc. [ ]  Independent Care Health Plan |
| Лицо запросило остановить участие в программе со следующей даты:      (указанная дата может не быть фактической датой отчисления) |
| Фактическая дата отчисления:        |
| **C. ЗАПРОС О ПЕРЕВОДЕ**  |
| Лицо выбирает перевод в новую программу long-term care (программу долгосрочного ухода) или выбирает новую PO или ICA, укажите выбранную программу ниже:[ ]  Family Care [ ]  IRIS [ ]  PACE [ ]  Другая РО Запрашиваемая MCO, PO или ICA:        |
| Фактическая дата отчисления:        |
| Фактическая дата новой регистрации в программах Family Care (Семейный уход), Partnership (Партнерство) или PACE,или дата направления в IRIS (начальная дата определена ICA):       Новая форма регистрации или направления также должна быть заполнена  |
| Если запрос о переводе связан с переездом, пожалуйста, заполните следующую информацию о новом месте жительства: |
| Адрес, улица      | Город      | Почтовый индекс      |
| Округ постоянного проживания      | Номер телефона      | Фактическая дата переезда      |
| **Дата выбора плана Medicare**[ ]  N/A: Лицо не соответствует Medicare.[ ]  SEP: Лицо имеет право на Special Election Period (Специальный период выбора).Фактическая дата изменения выбора плана Medicare:      [ ]  Без SEP: Лицо не имеет права на Special Election Period (Специальный период выбора).Фактическая дата изменения выбора плана Medicare:       |
| **D. ПРИЧИНА ЗАПРОСА ОБ ОТЧИСЛЕНИИ ИЛИ ПЕРЕВОДЕ**  |
| Выберите основную причину, по которой член или участник выбирает отчисление или перевод на другую программу по долгосрочному уходу, PO, MCO или ICA: |
| [ ]  7E Недоволен распределением затрат | [ ]  7M Нахожусь в поиске дома престарелых или услуг хосписа |
| [ ]  7A Сложности с поиском или сохранением исполнителей | [ ]  7D Перехожу на сдельный способ оплаты Medicaid |
| [ ]  7B Нужна дополнительная помощь в согласовании услуг и (или) мер поддержки | [ ]  70 Переехал в другой регион оказания услуг |
| [ ]  7B Нет возможности обеспечить все необходимые услуги или часы работы | [ ]  Переезд из штата |
| [ ]  7A Не могу использовать выбранного исполнителя | [ ]  7B Услуги не оправдали мои ожидания |
| [ ]  7L Проблемы со службой клиентов Partnership Organization | [ ]  72 Предпочитаю не сообщать причину |
| [ ]  Услуги больше не нужны |  |
| **E. ЖАЛОБА ИЛИ АПЕЛЛЯЦИЯ** |
| Подал ли член жалобу или апелляцию в ревизионную комиссию PO или другой стороне, имеющей отношение к вашему отчислению? [ ]  Да [ ]  Нет |
| **F. РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ** |
| **Я понимаю, что Wis. Stat. §46.284(7) позволяет передать мою информацию Long-Term Care Functional Screen (Проверка выполнения функциональных требований для долгосрочного ухода) (LTCFS) в выбранное выше агентство без моего информированного согласия.** Я разрешаю выбранному выше агентству получить доступ к указанной ниже информации для того, чтобы помочь мне в зачислении на новую программу или в агентство:* Мой текущий Individual Support and Service Plan (Индивидуальный план поддержки и предоставления услуг) (ISSP) / Member Centered Plan (Членский план) (MCP)
* Мой Behavior Support Plan (План внешней поддержки) и/или Restrictive Measure (Ограничительные меры), при необходимости
* Документы, подтверждающие полномочия моего законного опекуна, доверительного управляющего или поверенного, при необходимости
* Постановления суда, при необходимости
* План выхода из кризиса, при необходимости
* Другое – указать:
 |
| **ПОДПИСЬ** – Член | Дата подписания |
|  |  |
| **ПОДПИСЬ –** Легальный опекун, Доверительный управляющий, или Поверенный (при действующей нотариальной доверенности) | Дата подписания |
|  |  |
| **ПОДПИСЬ** – Свидетель (Если необходимо) | Дата подписания |
|  |  |
| **ПОДПИСЬ** – Свидетель (Если необходимо) | Дата подписания |
|  |  |
| **G. ЗАЯВЛЕНИЕ О НАМЕРЕНИЯХ—\*Для отчисления или перевода Вам необходимо подписать данное заявление о намерениях** |
| Я, нижеподписавшийся, подал запрос об отчислении и о прекращении участия в long-term care program (программе по долгосрочному уходу), или запрос о переводе на другую программу по долгосрочному уходу или MCO. Я осознаю, что если я подаю запрос о зачислении на программу IRIS, то отчисление из текущей программы не произойдет до тех пор, пока не будет подтвержден мой план услуг по программе IRIS.**Важное примечание:** Если Вы запрашиваете отчисление из программы, Вы должны продолжать получать все медицинские услуги из своего плана до даты вступления в силу прекращения участия в плане Medicare. Льготы по программе Medicare в соответствии с Вашим текущим планом Partnership (Партнерство) будут действовать в течение периода до трех месяцев после Вашего запроса на прекращение участия или перевод. Дата начала вашего нового страхового покрытия зависит от вашего права на участие в Special Election Period (Специальном периоде выбора) (SEP). Когда Вы отчисляетесь из плана Partnership, вы можете выбрать регистрацию в новом плане Medicare Advantage или отдельном плане Medicare Часть D. Если Вы не предпринимаете никаких действий для регистрации в другом плане Medicare до окончания действия покрытия Partnership (Партнерство), будете зарегистрированы в Original Medicarе (оригинальный Medicare) автоматически, и рискуете остаться без страхового покрытия для рецептурных лекарственных средств. Свяжитесь с представителем своего текущего плана Medicare для получения дополнительной информации о праве на SEP. Чтобы получить помощь с вариантами Medicare, лицо может назначить встречу со специалистом по пособиям в ADRC, специалистом по пособиям племени или позвонить на горячую линию Medigap штата Wisconsin по телефону 1-800-242-1060. |
| **ПОДПИСЬ** – ЧЛЕН  | Дата подписания |
|  |  |
| **ПОДПИСЬ –** Легальный опекун, Доверительный управляющий, или Поверенный (при действующей нотариальной доверенности) | Дата подписания |
|  |  |
| **ПОДПИСЬ** – Свидетель (Если необходимо) | Дата подписания |
|  |  |
| **ПОДПИСЬ** – Свидетель (Если необходимо) | Дата подписания |
|  |  |
| **H. ЛИЦО, ЗАПОЛНЯЮЩЕЕ ФОРМУ** |
| ADRC или племя       | Округ       |
| Почтовый адрес ADRC/племени      | Город      | Почтовый индекс      |
| Имя - Сотрудник ADRC или ADRS племени       | Номер телефона      |
| Адрес электронной почты      |
| **Сотрудники ADRC или ADRS племени должны отправить все страницы заполненной формы, даже если консультации по прекращению участия не предоставляются.**ADRC или ADRS племени должны сохранять оригинал формы об отчислении с подписью члена или электронную скан-копию подписанной формы в течение десяти лет на тот случай, если документы будут запрашиваться.Распространение заполненной формы:[ ]  Лицо, его законный опекун, доверительный управляющий или поверенный (должна быть действующая нотариальная доверенность)[ ]  Текущая или запрошенная PO, MCO или ICA[ ]  IM (смотри инструкции)[ ]  Племя, если применимо |