|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-00534SE (02/2024) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **UPUTSTVA za slučaj kad je član Partnership  zatražio ispis ili prijelaz**  (Partnership member 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 treba provjeriti kontakt informacije u ovom odjeljku i izvršiti sve potrebne ispravke na obrascu. Kada služba za income maintenance (održavanje prihoda, IM) primi obrazac s izmjenama, ažuriraće podatke u sistemu CARES. Ako osoba prima Supplemental Security Income (dodatni sigurnosni prihodi, 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 iščlanjenju ADRC ili ADRS plemena osobi da sve potrebne podatke, kao što je uticaj na pravo na Medicaid i o načinu na koji datum može uticati na raspodjelu troškova, kako bi osoba mogla donijeti informisanu odluku.  Osoblje ADRC-a ili ADRS plemena će unijeti datum stupanja na snagu ispisa. Osoblje ADRC-a ili ADRS plemena će unijeti datum stupanja na snagu u FHiC. 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 Partnership Organization (organizacija programa Partnerstvo) u svrhu ubrzanja postupka.  Osoba može nastaviti primati Medicare beneficije iz svog trenutnog plana Partnership (Partnerstvo) za period do tri mjeseca od dana zahtjeva za ispis ili prijelaza. Početni datum novog pokrića osiguranja zavisi od ispunjavanja uslova za Special Election Period (poseban period odabira osiguranja, SEP). Osobe koje se iščlanjuju iz programa Partnership (Partnerstvo) mogu odabrati upis u novi Medicare Advantage plan ili samostalni Medicare Part D plan. Ako osoba ne preduzme nikakvu radnju za učlanjavanje u neki drugi Medicare plan prije nego što se osiguranje iz plana Partnership (Partnerstvo) završi, automatski će biti upisana u prvobitni Medicare i može rizikovati da bude bez osiguranja za lijekove na recept. Osoba treba kontaktirati svoj trenutni Medicare plan kako bi dobila više informacija o podobnosti za SEP. Za pomoć o mogućnostima Medicare plana, osobe mogu zakazati sastanak sa stručnjakom za beneficije u okviru ADRC-a, specijalistom za beneficije plemena ili nazvati Wisconsin Medigap Helpline na 1-800-242-1060.  **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, od osobe se traži da navede svoju novu adresu, telefonski broj i datum preseljenja. Kad korisnik odluči prijeći u novi program, MCO ili ICA biće potreban novi obrazac za upis ili uputnica. Ako se upisujete u novi program ili 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 se osoba želi upisati u program Family Care, PACE ili Partnership, ADRC ili ADRS plemena će upisati novi datum u obrazac. Osoblje ADRC-a ili ADRS plemena će unijeti 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 (Briga o porodici), PACE ili Partnership na program IRIS, datum ispisa ne treba upisati na obrazac ili FHiC sve dok se ne dobije datum početka od ICA.  Informacija pružena u ovom odeljku 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.  Osoba može nastaviti primati Medicare beneficije iz svog trenutnog plana Partnership (Partnerstvo) za period do tri mjeseca od dana zahtjeva za ispis ili prijelaza. Početni datum novog pokrića osiguranja zavisi od ispunjavanja uslova za Special Election Period (Poseban period odabira osiguranja, SEP). Osobe koje se iščlanjuju iz programa Partnership (Partnerstvo) mogu odabrati upis u novi Medicare Advantage plan ili samostalni Medicare Part D plan. Ako osoba ne preduzme nikakvu radnju za učlanjavanje u neki drugi Medicare plan prije nego što se osiguranje iz plana Partnership (Partnerstvo) završi, automatski će biti upisana u prvobitni Medicare i može rizikovati da bude bez osiguranja za lijekove na recept. Osoba treba kontaktirati svoj trenutni Medicare plan kako bi dobila više informacija o podobnosti za SEP. Za pomoć o mogućnostima Medicare plana, osobe mogu zakazati sastanak sa stručnjakom za beneficije u okviru ADRC-a, specijalistom za beneficije plemena ili nazvati Wisconsin Medigap Helpline na 1-800-242-1060.  **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 sadašnji program ili PO.  **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-i ili ADRS-i plemena mogu pomoć svima koji žele uložiti žalbu ili prigovor. ADRC-i ili ADRS plemena bi trebao objasniti osobama koje su možda u postupku žalbe posljedice ispisa prije završetka postupka žalbe. Sve PO 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 potražiti u priručniku za članove programa Partnership.  **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 § 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 programa Partnerstvo moraju potpisati ovaj dio 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.  **Informacije o dostavi i upućivanju obrasca**  Nakon popunjavanja svih stranica obrasca, ADRC ili ADRS plemena mora uputiti obrazac na više strana:   * Članu * Trenutnoj i traženoj PO, MCO ili ICA * 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 je član otvoren u CARES-u.   + Se osoba ispisuje iz programa Partnership i dobiva medicinsku pomoć preko programa Community Waiver (odricanje zajednice, MA) eligibility 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**.** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Partnership (Partnerstvo)**  **CIP**  **zahtjev člana za ispis ILI PRIJELAZ** | | | | | | | | | | | | | | |
| Popunjava ADRC ili ADRS plemena za potrebe lokalnih IM i PO. | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 | | Br. ID člana (kako je navedeno u sistemu ForwardHealth) | | | | | | | Ciljna grupa osobe  FE  ID ili DD  PD | | | | | | |
| Ime i prezime osobe za kontakt | | | | | | Broj telefona | | | | | | Broj mobilnog telefona | | | |
| Staratelj  Supružnik  Skrbnik  POA (Opunomoćenik)  Drugo: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresa | | | | | | Grad | | | | | | | | Poštanski broj | |
| Naziv MCO-a | | | | | | | | | | | | | | | |
| **B. ZAHTJEV ZA ISPIS** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Osoba je zatražila prekid učešća u programu Partnership (Partnerstvo) (provjerite program):  My Choice Wisconsin Health Plan, Inc.  Community Care Health Plan, Inc.  Independent Care Health Plan | | | | | | | | | | | | | | | |
| Osoba želi prekinuti učešće 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 PO, program navesti u nastavku:  Family Care  IRIS  PACE  Drugačiji PO  Tražena MCO, PO ili ICA: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum stupanja ispisa na snagu: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum stupanja na snagu upisa u program Family Care, Partnership ili PACE,  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 | | | | | |
| **Datum odabira plana Medicare**  N/A: Osoba ne ispunjava uslove za Medicare.  SEP: Osoba se kvalifikuje za Special Election Period (Posebni period odabira osiguranja).  Datum stupanja na snagu promjene plana Medicare:  Ne ispunjava uslove za SEP: Osoba se ne kvalifikuje za Special Election Period (Posebni period odabira osiguranja).  Datum stupanja na snagu promjene plana Medicare: | | | | | | | | | | | | | | |
| **D. RAZLOG ZA ZAHTJEV ZA ISPIS ILI PRIJELAZ** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Odaberite osnovni razlog člana ili učesnika za zahtijevanje ispisa ili prijelaza na drugi program dugotrajne njege, PO, MCO ili ICA: | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7E Nisam zadovoljan/na udjelom troškova | | | | | | | 7M Biram starački dom ili dom za nemoćne | | | | | | | | |
| 7A Imam problema da pronađem ili zadržim 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 sam se u drugu regiju | | | | | | | | |
| 7B Nisam u mogućnosti obezbijediti sve potrebne usluge ili sate usluge | | | | | | | Preselio/la se iz države | | | | | | | | |
| 7A Nisam u mogućnosti koristiti pružaoca usluga po mom izboru | | | | | | | 7B Usluge nisu ispunile moja očekivanja | | | | | | | | |
| 7L Problemi korisničke podrške sa partnerskom organizacijom | | | | | | | 72 Biram opciju da ne dajem razlog | | | | | | | | |
| Usluge više nisu potrebne | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **E. ŽALBA ILI PRIGOVOR** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Da li je član uložio žalbu ili prigovor odboru za reviziju PO-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 | | | | | | | | | | | | 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 iščlanjenje ili transfer** | | | | | | | | | | | | | | |
| Ja, dolje potpisani/a, sam zatražio/la da više ne učestvujem u programu dugotrajne njege i zahtijevam da me iščlanite ili sam zatražio/la transfer u drugi program dugotrajne njege ili MCO. 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.  **Važna napomena:** Ako zatražite ispis, morate nastaviti primati svu medicinsku njegu iz svog plana do datuma stupanja na snagu ispisa iz Medicare plana. Nastavićete primati Medicare beneficije iz svog trenutnog plana Partnership za period do tri mjeseca od dana zahtjeva za ispis ili prijelaz. Početni datum novog pokrića osiguranja zavisi od ispunjavanja uslova za Special Election Period (Poseban period odabira osiguranja, SEP). Kada se iščlanjujete iz programa Partnership možete odabrati učlanjavanje u novi Medicare Advantage plan ili samostalni Medicare Part D plan. Ako ne preduzmete nikakvu radnju za upis u neki drugi Medicare plan prije nego što se osiguranje iz plana Partnership završi, automatski ćete biti upisani u Original Medicare i možete rizikovati da budete bez osiguranja za lijekove na recept. Kontaktirajte svoj trenutni Medicare plan kako biste dobili više informacija o podobnosti za SEP. Za pomoć o mogućnostima Medicare plana, osobe mogu zakazati sastanak sa stručnjakom za beneficije u okviru ADRC-a, specijalistom za beneficije plemena ili nazvati Wisconsin Medigap Helpline na 1-800-242-1060. | | | | | | | | | | | | | | |
| **POTPIS** – Član | | | | | | | | | | | | 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 plemenski | | | | | | | | | | | Okrug | | | | |
| Poštanska adresa ADRC/plemena | | | | | Grad | | | | | | Poštanski broj | | | | |
| Ime i prezime - radnik ADRC-a ili radnik ADRS plemena | | | | | | | | | | | Broj telefona | | | | |
| Adresa e-pošte | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Osoblje ADRC-a ili ADRS plemena treba poslati sve stranice ispunjenog obrasca, čak i ako nije obavljeno savjetovanje o ispisu.**  ADRC ili ADRS plemena moraju čuvati u evidenciji obrazac zahtjeva člana za ispis sa originalnim potpisom ili elektronski skenirani primjerak potpisanog obrasca, deset godina za slučaj zahtjeva za uvid u evidenciju.  Slanje ispunjenog obrasca:  Pojedincu, staratelju, skrbniku ili aktiviranom opunomoćeniku  Trenutnoj i traženoj PO, MCO ili ICA  IM-u (vidjeti uputstva)  Plemenu, ako je primjenjivo | | | | | | | | | | | | | | | |