**[MCO Letterhead]**

**[Template for Notice of Change in Level of Care]**

<<Date mailed>>

<<Member’s name>>

<<Street address>>

<<City>> <<State>> <<Zip Code>>

Asunto: Se ha modificado su nivel de atención

Estimado/a <<Member’s name>>:

El propósito de esta carta es notificarle que ha habido un cambio en su nivel de atención. Su nivel de atención es una evaluación de cuánta asistencia necesita para realizar ciertas actividades de la vida diaria. <<MCO Name>> usa una herramienta llamada Long Term Care Functional Screen para verificar su nivel de atención una vez al año o cada vez que cambie su condición.

**Su nivel de atención ha cambiado de un nivel de asilo de ancianos a un nivel de atención fuera de un asilo de ancianos.**

Hemos comprobado su nivel de atención el <<Insert determination date>> y hemos determinado que usted ya no cumple con los requisitos para recibir el nivel de atención en asilo de ancianos. No obstante, usted continúa siendo elegible para Family Care Program en el nivel de atención fuera de un asilo de ancianos.

A partir de <<effective date>>, tendrá acceso a los servicios correspondientes al nivel de atención fuera de un asilo de anciano del Family Care Program’s. Revise la página <<insert page number>> en su Manual de los miembros para obtener la lista de los servicios a nivel de atención fuera de un asilo de ancianos disponibles para los miembros.

**Revisión de elegibilidad para Medicaid**

El cambio en su nivel de atención provocará una revisión automática de su elegibilidad para Medicaid (MA, Title 19). Esta revisión podría resultar en un cambio en su elegibilidad. Si tiene preguntas sobre Medicaid, comuníquese con su agencia de mantenimiento de ingresos al <<Insert Telephone Number>>.

**Qué hacer si no está de acuerdo**

Si cree que los resultados de la Long Term Care Functional Screen son incorrectos, puede solicitar una nueva evaluación funcional. Para solicitar una nueva evaluación, contacte a <<Screen Lead Name>>, <<MCO Name>>’s Long Term Care Functional Screen al <<Insert Telephone Number>>.

Si los resultados de la nueva evaluación funcional también determinan un nivel de atención fuera de un asilo de ancianos o no solicita una nueva evaluación funcional, tiene derecho a solicitar una apelación. Las instrucciones sobre cómo apelar esta decisión comienzan en la página tres.

Si el resultado del cambio en su nivel de atención genera algún cambio en los servicios que recibe, le enviaremos un aviso para informarle. Tendrá la oportunidad de apelar cualquiera de esos cambios.

Si su salud o condición cambia en el futuro, póngase en contacto con <<Enter name and phone number of contact>> para solicitar una nueva reevaluación. <<Enter name/title>> hablará con usted acerca de cualquier consecuencia de este cambio.

**¿Tiene alguna pregunta sobre esta carta?**

Si tiene alguna pregunta sobre esta carta, póngase en contacto con <<Enter name of contacts>> a través de los números indicados más abajo.

El equipo de atención

<<Nurse Name>>

<<Nurse Title>>

<<Nurse Phone Number>>

<<SW Name>>

<<SW Title>>

<<SW Phone Number>>

**Derechos de apelación**

1. **Cómo apelar esta decisión**

Si no está de acuerdo con esta decisión, escriba, llame, envíe un fax o correo electrónico:

<<MCO Name>>

MCO address

appropriate contact phone number

appropriate fax number

appropriate email address

Puede obtener el formulario de Solicitud de Apelación en [www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm), o llamando a una de las agencias independientes de ombudsman que se indican al final de este aviso.

**Incluya una copia de este aviso junto a su carta o formulario de solicitud completado.**

1. **Comité de quejas formales y apelaciones (Grievance and Appeal Committee)**

Una vez que <<MCO Name>> reciba su solicitud, programaremos una reunión con nuestro Comité de quejas formales y apelaciones. El comité está compuesto por representantes de <<MCO Name>> y al menos una persona que recibe nuestros servicios (o que representa a alguien que recibe nuestros servicios).

Tiene derecho a comparecer en persona si lo desea. Puede traer un defensor, un amigo, un familiar, o testigos. También puede presentar pruebas y testimonios al comité.

Recibirá una decisión por escrito sobre su apelación. Si no está de acuerdo con la decisión del Comité de quejas y apelaciones, puede solicitar una audiencia imparcial del estado. Vea la sección 6 para mayor información.

1. **Continuación de los servicios**

Si recibe beneficios y solicita una apelación antes de que sus beneficios cambien, puede recibir los mismos beneficios hasta que el Comité de quejas y apelaciones tome una decisión respecto a su apelación.

Si desea recibir beneficios durante el periodo de apelación, **debe enviar su solicitud marcada con el matasellos del correo postal, por fax o correo electrónico en un plazo no mayor al [insert effective date of intended action]** .

Si el Comité de quejas y apelaciones decide que la decisión de <<MCO Name>> fue correcta, es posible que deba reembolsar los beneficios que recibió durante el periodo en que presentó su solicitud de apelación y el momento en que el Comité de quejas y apelaciones tomó una decisión. No obstante, si esto le causa una gran carga financiera, es posible que no tenga que reembolsar estos gastos.

1. **Fecha límite para presentar su apelación con <<MCO Name>>**

Debe presentar su apelación lo antes posible.

Su apelación a <<MCO Name>> se debe enviar marcada con el matasellos del correo postal, por fax o correo electrónico **en un plazo no mayor al** **insert date that is the mailing date + 60 calendar days**. **Importante**: Si desea recibir beneficios durante el periodo de apelación, debe enviar su apelación marcada con el matasellos del correo postal, por fax o correo electrónico **en un plazo no mayor al** **insert effective date of intended action.**

1. **Cómo agilizar su apelación con <<MCO Name>>**

Puede solicitar a <<MCO Name>> que agilice su apelación. Si <<MCO Name>>decide que el lapso de tiempo estándar para resolver su apelación podría dañar seriamente su salud o capacidad para realizar sus actividades diarias, le concederemos una “apelación expedita”. Esto significa que recibirá una decisión sobre su caso dentro de 72 horas a partir de la presentación de su solicitud. Si desea obtener más información sobre una apelación expedita, comuníquese con <<MCO Name>> al MCO phone number.

1. **Audiencia imparcial estatal**

Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal si no está de acuerdo con la decisión del Comité de quejas formales y apelaciones sobre su apelación.

Si solicita una audiencia imparcial estatal, se le otorgará una audiencia con un Administrative Law Judge (ALJ) independiente. Puede traer un defensor, un amigo, un familiar, o testigos. También puede presentar pruebas y testimonios durante la audiencia.

El especialista en derechos del miembro de <<MCO Name>> puede ayudarle a presentar una solicitud de audiencia imparcial. Para contactar a un especialista en derechos del miembro, llame al Member Rights Specialist phone number. También puede obtener el formulario de audiencia a través de una de las agencias independientes de ombudsman que se indican al final de este aviso o en línea en [www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm).

Envíe el formulario de solicitud completo o una carta solicitando una audiencia y una copia de este aviso a:

Family Care Request for Fair Hearing

Wisconsin Division of Hearings and Appeals

PO Box 7875

Madison, WI 53707-7875

Fax: 608-264-9885

**Nota importante:** No puede solicitar una audiencia imparcial estatal hasta que haya recibido la decisión del Comité de quejas formales y apelaciones sobre su apelación o bien, si <<MCO Name>>no le envía una decisión por escrito dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación.

A partir de la fecha en que recibió por escrito la decisión del Comité de Quejas Formales y Apelaciones respecto de su apelación, tiene 90 días calendario para solicitar una audiencia imparcial estatal. Si <<MCO Name>> no le envía una decisión por escrito dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación, el plazo de 90 días para solicitar una audiencia imparcial comenzará automáticamente el día posterior a la fecha en que se cumplan 30 días desde la recepción de su apelación.

1. **¿Quién puede ayudarle a comprender este aviso y sus derechos?**

El especialista en derechos del miembro de <<MCO Name>> puede informarle sobre sus derechos, tratar de resolver sus dudas de manera informal y ayudarle a presentar una apelación. El especialista en derechos del miembro **no** puede actuar como su representante en una reunión con el Comité de quejas y apelaciones o en una audiencia imparcial estatal. Para contactar a un especialista en derechos del miembro, llame al MCO phone number.

Las personas que reciban servicios de Family Care pueden obtener ayuda gratuita a través de una **agencia independiente de ombudsman**. Las agencias indicadas a continuación defienden a miembros de Family Care

**Para miembros de 18 a 59 años de edad:**

Disability Rights Wisconsin

Número gratuito: 800-928-8778

TTY: 711

**Para miembros de 60 años de edad y más:**

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care

Número gratuito: 800-815-0015

TTY: 711

1. **Copia del expediente de su caso**

Tiene derecho a obtener una copia gratuita de la información del expediente de su caso relacionada con esta decisión. Esta información se refiere a todos los documentos, registros médicos y otros materiales relacionados con esta decisión. Si decide apelar esta decisión, tiene derecho a acceder a cualquier información nueva o adicional que <<MCO Name>> haya recopilado durante su apelación. Para solicitar una copia del expediente de su caso, comuníquese con appropriate contact al phone number.