**WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**

Division of Public Health

F-02483SE (02/2024)

**UPIS U PROGRAM PACE**

**UPUTSTVA I VAŽNE INFORMACIJE**

**(PACE PROGRAM ENROLLMENT INSTRUCTIONS AND IMPORTANT INFORMATION)**

Popunjavanje ovog obrasca je dobrovoljno; međutim, morate popuniti ovaj obrazac ako ste zainteresirani za upis u program PACE. Ako se želite prijaviti za program PACE, morate kontaktirati svoj local aging and disability resource center (lokalni centar za resurse za starenje i invalidnost) (ADRC) ili ako ste član plemena, također možete kontaktirati svog Tribal Aging and Disability Resource Specialist (resursnog specijalistu za starenje i invaliditet) (ADRS). Kontakt informacije   
za lokalne ADRC-ove ili plemenski ADRS možete pronaći na [www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm).

**KAKO KORISTITI OVAJ OBRAZAC**

1. Prije potpisivanja obrasca pročitajte odjeljak Važne informacije i sva uputstva. Obratite se svom lokalnom ADRC-u ili ADRS-u plemena ako su vam potrebne informacije na drugom jeziku ili   
   u drugom formatu.
2. Samo pojedinac, zakonski staratelj, skrbnik ili aktivirani opunomoćenik mogu potpisati   
   ovaj obrazac.

**VAŽNE INFORMACIJE**

* Potpisivanje ovog obrasca ne garantuje da ćete ispunjavati uslove za program PACE.
* Nakon potpisivanja ovog obrasca možete da odlučite da se ne upišete. Upis u program PACE je dobrovoljan i možete se iščlaniti u bilo kojem trenutku, međutim vaše Medicare beneficije ostaju dio PACE plana do posljednjeg dana u mjesecu u kojem ste tražili iščlanjenje iz programa.
* Promjene vaše zdravstvene ili finansijske situacije mogu uticati na vašu podobnost za program PACE. U slučaju takve promjene, razgovarajte sa upraviteljem njege iz PACE organizacije   
  ili upraviteljem plemenskih slučajeva, ako je to primjenljivo.
* Da biste se upisali u program PACE, možete, ali nije obavezno da imate (1) pravo na Medicare Part A; (2) da ste učlanjeni u Medicare Part B; ili (3) da ste podobni za Medicaid.

**POTPISIVANJE OVOG OBRASCA**

Razumijem da moj potpis (ili potpis mog zakonskog staratelja, skrbnika ili opunomoćenika) na ovom obrascu znači da sam pročitao/la i razumijem sadržaj ovog obrasca, uključujući informacije o datumu upisivanja i izabranom osiguranju. Potvrđujem da su svi moji odgovori prema mom najboljem saznanju potpuni. Razumijem da mogu biti ispisan/na iz programa ako namjerno sakrijem informacije ili navedem lažne informacije u ovom obrascu. Razumijem da svojim potpisom dajem odobrenje ADRC-u ili ADRS-u plemena da proslijedi moje informacije:

* PACE organizaciji,
* Drugom ADRC-u ili ADRS-u plemena
* Agencijama za održavanje prihoda
* Pripadajućem plemenu, ako je navedeno
* Medicaid
* Medicare
* Pružaocima usluga i njihovim ovlaštenim predstavnicima radi pružanja njege.

**TRAŽENI DATUM UPISA**

Možete odabrati datum kada se želite upisati u program. Međutim, upis ne može početi prije datuma:

* Kada ADRC ili ADRS plemena primi ovaj potpisani obrazac.
* Kada ispunite sve funkcionalne i finansijske uslove.

**ODABRANO OSIGURANJE**

Osnovna svrha programa PACE jeste pomoći vam da dobijete usluge koje vam trebaju kako biste živjeli u vlastitom domu ili zajednici kad god je to moguće.

**LIČNI PODACI**

Prema zakonu države Viskonsin Stat. § 49.45(4), vaše lične informacije koje vas mogu identificirati   
se čuvaju u povjerljivosti i koriste se samo za primjenu programa PACE.

**INFORMACIJE U VEZI S PROGRAMOM PACE**

Program PACE je program njege kojima upravljaju Wisconsin Medicaid i Medicare i na njih se odnose određeni zahtjevi o ispunjavanju uslova. Ako ste upisani u Medicare i želite se upisati u PACE, morate se upisati u PACE Medicare plan. Vaše beneficije iz Medicare PACE programa počeće prvog dana u mjesecu posle mjeseca kada je utvrđeno da imate pravo na program PACE.

Ako ste trenutno upisani u program Medicare, vaš trenutni plan će vam nastaviti pružati Medicare beneficije dok ne ispunite uslove za upis u plan PACE.

Da se upišete u program PACE, morate živjeti u području gdje organizacija pruža usluge iz PACE programa, imati najmanje 55 godina, imati potrebe za uslugama koje pruža starački dom i biti sposobni živjeti sigurno u zajednici u vrijeme upisa.

**DODATNA UPUTSTVA**

**Odjeljak I**

* „Okrug prebivališta” znači okrug u kojem živite.
* „Okrug odgovornosti” znači okrug koji ima odgovornost pružanja usluga zaštite mentalnog zdravlja ili drugih usluga.
* „Stalna adresa” znači adresa prebivališta na kojoj živite.

**Odjeljak II**

Ovaj odjeljak se popunjava ako imate zakonskog staratelja, skrbnika, opunomoćenika ili ovlaštenog predstavnika za Medicaid.

**Odjeljak III**

Navedite kontakt informacije prijatelja ili rođaka s kojim možemo kontaktirati u hitnom slučaju.

**Odjeljak IV**

Ovaj odjeljak se popunjava ako je primjenjivo.

**Odjeljak V**

Potreban je vaš potpis ili potpis vašeg zakonskog staratelja, skrbnika ili aktiviranog opunomoćenika. Ako se potpišete oznakom, potrebna su dva potpisa svjedoka. Ako fizički niste u mogućnosti   
da potpišete, možete uputiti odraslu osobu da potpiše obrazac pred dva svjedoka. Osoba koja potpisuje u vaše ime treba naznačiti da potpisuje po uputstvu podnosioca zahtjeva.

ADRC ili ADRS plemena mora čuvati obrazac upisa za iščlanjenje sa originalnim potpisom   
ili elektronski skenirani primjerak potpisanog obrasca, deset godina za slučaj zahtjeva za uvid   
u evidenciju.

**PACE PROGRAM - UPIS**

**CIP**

**UPUTSTVA**: Pročitajte sva uputsva prije potpisivanja ovog obrasca.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ODJELJAK I – LIČNI PODACI** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum rođenja (ime, srednje ime, prezime) | | | | | | | | | | | | | | Datum rođenja | | | |
| Trenutni bračni status (označite samo jedno polje)  Neoženjen/neudata  Oženjen/udata  Udovac/udovica | | | | | | | | Ako ste trenutno u braku, navedite ime supružnika (ime, srednje ime, prezime) | | | | | | | | | |
| Poštanska adresa | | | Grad | | | | | | | | Država | | | | Poštanski broj | | |
| Broj telefona | Okrug prebivališta | | | | | | | | | | Okrug nadležnosti | | | | | | |
| Američki Indijanac ili Aljaški domorodac  Da  Ne | | | | | | | Pripadnik američkih Indijanaca/Aljaških domorodaca | | | | | | | | | | |
| Adresa e-pošte | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Stalna adresa (ako se razlikuje od gore navedene) | | | | Grad | | | | | | | Država | | | | Poštanski broj | | |
| Naziv ustanove—Označiti tip:  NH   ICF-IID  CBRF   AFH   RCAC | | | | | | | | | | | Datum prijema u NH ili ICF-IID | | | | | | |
| Adresa ustanove (ako se razlikuje od gore navedene) | | | | | Grad | | | | | | Država | | | | | Poštanski broj | |
| **ODJELJAK II – DRUGA OSOBA KOJA VRŠI UPIS** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imate li zakonskog staratelja?  Da  Ne  Vrsta:  Staratelj osobe  Staratelj imovine  Staratelj osobe i imovine | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ime staratelja (ime, srednje ime, prezime) | | | | | | | | Broj telefona | | | | | Okrug prebivališta | | | | |
| Poštanska adresa (ulica, grad, država, poštanski broj) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imate li zakonskog staratelja?  Da  Ne  Vrsta:  Staratelj osobe  Staratelj imovine  Staratelj osobe i imovine | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ime staratelja (ime, srednje ime, prezime) | | | | | | | | Broj telefona | | | | | Okrug prebivališta | | | | |
| Poštanska adresa (ulica, grad, država, poštanski broj) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imate li aktiviranog Power of Attorney for Finance and Property (opunomoćenika za finansije i imovinu) (POAF)?  Da  Ne | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ime POAF (ime, srednje ime, prezime) | | | | | | | | Broj telefona | | | | | Okrug prebivališta | | | | |
| Poštanska adresa (ulica, grad, država, poštanski broj) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imate li aktiviranog Power of Attorney for Health Care (opunomoćenika za zdravstvenu njegu) (POAHC)?  Da – Datum aktiviranja:  Ne | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ime POAHC (ime, srednje ime, prezime) | | | | | | | | Broj telefona | | | | | Okrug prebivališta | | | | |
| Poštanska adresa (ulica, grad, država, poštanski broj) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imate li skrbnika?  Da—Datum naručivanja skrbnika  Ne | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ime skrbnika (ime, srednje ime, prezime) | | | | | | | | Broj telefona | | | | | Okrug prebivališta | | | | |
| Poštanska adresa (ulica, grad, država, poštanski broj) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imate li ovlaštenog predstavnika za Medicaid koji je naznačen na DHS obrascu [F-10126A](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/f10126a.pdf) ili [F-10126B](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/f10126b.pdf)?  Da—Datum:  Ne | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ime ovlaštenog predstavnika za Medicaid (ime, srednje ime, prezime) | | | | | | | | Broj telefona | | | | | Okrug prebivališta | | | | |
| Poštanska adresa (ulica, grad, država, poštanski broj) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ODJELJAK III – DODATNE KONTAKT INFORMACIJE** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Navedite ime prijatelja ili rođaka s kojim možemo kontaktirati u hitnom slučaju. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ime kontakt osobe (ime, srednje ime, prezime) | | Broj telefona tokom radnog vremena | | | | | | | Broj telefona izvan radnog vremena | | | | | Odnos s vama | | | |
| **ODJELJAK IV – INFORMACIJE O OSIGURANJU** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Da li trenutno imate medicinsko/zdravstveno osiguranje kao što je zdravstveno osiguranje koje pruža poslodavac, privatno osiguranje, VA pogodnosti, TRICARE ili savezno zdravstveno osiguranje za zaposlene?  Da  Ne | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ime i adresa osiguravajućeg društva | | | | | | | | | | | | Polisa ili identifikacijski broj | | | | | |
| Broj grupe | | | | | |
| Da li trenutno imate osiguranje za lijekove na recept?  Da  Ne | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Naziv osiguranja | | | | | | Polisa ili identifikacijski broj | | | | | | | | | | | Broj grupe |
| Primate li beneficije socijalnog osiguranja?  Da  Ne | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Primate li osiguranje od Railroad Retirement Board (Odbora za penzije radnika željeznice ) (RRB)?  Da  Ne | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ako ispunjavate uslove za Medicare**: | | | | | | | | | | Imate pravo na: | | | | | | | |
| Ime korisnika (ime, srednje ime, prezime): | | | | | | | | | | Datum stupanja na snagu: (mm/dd/gggg) | | | | | | | |
| Medicare Beneficiary Identifier (Identifikator korisnika programa Medicare) (MBI): | | | | | | | | | | **BOLNICA (DIO A)** | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | **LIJEČENJE (DIO B)** | | | | | | | |
| **Pročitajte ove važne informacije** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ako trenutno imate zdravstveno osiguranje kod poslodavca ili sindikata, pridruživanje programu PACE može uticati na zdravstvene beneficije koje primate od poslodavca ili sindikata. Ako se pridružite programu PACE možete izgubiti zdravstveno osiguranje kod poslodavca ili sindikata.** Pročitajte dopise koje vam pošalje poslodavac ili sindikat. Ako imate pitanja, posjetite njihovu web stranicu ili se obratite kancelariji navedenoj na njihovim dopisima.  Ako ne znate kome da se obratite, pomoć vam može pružiti upravitelj beneficija ili kancelarija koja odgovara na pitanja u vezi s vašim osiguranjem. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ODJELJAK V – ODABIR UPISA I POTPIS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pročitajte i potpišite se ispod** | | | | | | | | | | | |
| Traženi datum upisa: | | | | | | | | | | | |
| Odabran je PACE Plan:  PACE - Community Care Health Plan, Inc. | | | | | | | | | | | |
| **Popunjavanjem ove prijave za upis slažem se sa sljedećim:**  PACE Plan je dio plana Medicare i ima ugovor sa saveznom vladom.  Istovremeno mogu biti upisan/na samo u jedan plan Medicare Advantage te razumijem da upisom  u ovaj plan automatski se ispisujem iz drugog Medicare zdravstvenog plana ili plana osiguranja  za lijekove na recept. Nastaviću da primam Medicare beneficije od mog trenutnog Medicare plana do posljednjeg dana u mjesecu u kojem sam dostavio/la ovaj obrazac. Odgovornost je na meni  da obavijestim ADRC ili Tribal ADRS o svom pokriću u trenutku upisa i da obavijestim organizaciju PACE u bilo kojem budućem trenutku o bilo kakvom pokriću lijekova na recept koje imam ili bih mogao/la dobiti u budućnosti. Odabrani plan je dostupan u određenom području pružanja usluge. Ako se odselim iz područja gdje odabrani plan pruža usluge, moram obavijestiti plan tako da se mogu iščlaniti i pronaći drugi plan u svom novom području. Nakon što postanem član odabranog plana imam pravo da podnesem žalbu na odluke plana u vezi s plaćanjima ili uslugama ako  se ne slažem s njima. Pročitat ću dokument Priručnik za članove programa PACE i Ugovor  o upisivanju odabranog plana nakon što ih dobijem kako bih znao/la koja pravila moram poštovati kako bih dobio/la osiguranje kod plana Medicare Advantage ili Medicare. Razumijem da osobe koje imaju Medicare osiguranje obično nemaju Medicare osiguranje dok borave izvan zemlje osim ograničenog osiguranja blizu granice SAD-a. Razumijem da početkom datuma kada počinje odabrani plan moram dobiti svu zdravstvenu njegu od odabranog plana izuzev hitnih ili hitno potrebnih usluga ili usluga dijalize izvan područja. Biće pokrivene usluge odobrene od strane odabranog plana i druge usluge sadržane u Priručniku za članove programa PACE i Ugovoru  o upisivanju odabranog plana.  **NI MEDICARE NITI ODABRANI PLAN NEĆE PLAĆATI USLUGE BEZ ODOBRENJA.**  **Davanje informacija:** Pridruživanjem ovom Medicare planu zdravstvenog osiguranja, potvrđujem da će odabrani plan pružati moje informacije programu Medicare i drugim planovima ako je to potrebno radi liječenja, plaćanja i pružanja zdravstvene njege. Također potvrđujem da će odabrani plan davati moje informacije uključujući podatke o lijekovima na recept programu Medicare koji može pružati ove podatke radi istraživanja i u druge svrhe prema važećim saveznim statutima i odredbama. Informacije u ovom obrascu za upisivanje su prema mom najboljem saznanju tačne. Razumijem  da mogu biti iščlanjen/na iz plana ako namjerno navedem lažne informacije u ovom obrascu.    Razumijem da moj potpis (ili potpis osobe ovlaštene da postupa u moje ime prema zakonima države u kojoj živim) na ovoj prijavi znači da sam pročitao/la i razumio/la sadržaj ove prijave. Ako potpisuje ovlaštena osoba (kao što je navedeno gore), ovaj potpis potvrđuje da (1) ova osoba prema državnom zakonu ima ovlaštenje da izvršava ovaj upis i (2) da je dokumentacija o ovom ovlaštenju dostupna na zahtjev koji podnese odabrani plan ili Medicare.  Ja, dolje potpisana osoba, ovim putem izjavljujem svoju namjeru i ovim putem pristajem  na upisivanje u gore navedeni program.  Razumijem da će datum početka upisa u program Medicaid biti a upis u program Medicare će početi 1. u mjesecu nakon podnošenja ovog obrasca. Nastaviću primati Medicare beneficije od svog trenutnog plana dok ne ispunim uslove za upis u PACE plan koji sam  odabrao/la gore. | | | | | | | | | | | |
| **Ja, dolje potpisana osoba, ovim putem izjavljujem svoju namjeru i ovim putem pristajem  na upisivanje u PACE program.** | | | | | | | | | | | |
| **POTPIS –** Pojedinac | | | | | | | | | | | Datum potpisa |
|  | | | | | | | | | | |  |
| **POTPIS –** Zakonski staratelj, čuvar ili aktivirano punomoćje | | | | | | | | | | | 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 |
|  | | | | | | | | | | |  |
| **Samo za korištenje za ADRC ili plemenski ADRS ured** | | | | | | | | | | | |
| ADRC ili plemenski: | | | | | Okrug: | | | | | | |
| Radnik ADRC-a ili radnik ADRS-a plemena: | | | | | | | | | Broj telefona: | | |
| Adresa e-pošte: | | | | | | | | | | | |
| Stvarni datum upisa na Medicaid: | | | | | | Datum upisa na Medicare: | | | | | |
| Podaci o datumu upisa:  Stvarni datum upisa:  Datum upisa u toku: Hitne usluge  Datum upisa na čekanju: Ugovor  prije objavljivanja  Datum upisa na čekanju: Premještaj  u novu agenciju. | | | | | | | Program:  PACE | | | Potvrdite datum završetka HMO-a  ako je primjenjivo: | |
| Status upisa u FHiC:  Datum upisa u FHiC  Datum upisa nije u FHiC: u toku MA ili IRIS unosa u sistem. MCO ne ažurira LTCFS dok se upis ne potvrdi u FHiC-u. | | | | | | | | | | | |
| Primatelj Medicaid-a  Da  Ne  Medicaid ID br:  Jezik za CARES obavijest:  Engleski  Španski | | Nivo brige  Provjerite dodijeljeni NH LOC  u lijevoj koloni, a zatim označite odgovarajući DD LOC u desnoj koloni. Maksimalno dva polja trebaju biti označena.   |  |  | | --- | --- | | Izaberite 1 | Izaberite 1 | | NH-ISN  NH-SNF  NH-ICF | DD1A  DD1B  DD2  DD3  NDD | | | | | | | | | Ciljna grupa:  FE  ID/DD  PD | |
| **Samo za PACE ured**  ID broj plana: | | | | Ime člana osoblja (ako je pomagao pri upisu) | | | | | | | |
| Datum stupanja na snagu pokrića Medicare-a | | | Br. pružatelja Medicaid-a | | | | | Stvarni datum upisa na Medicaid | | | |
| Slanje ispunjenog obrasca: | Pojedincu, staratelju, skrbniku ili aktiviranom opunomoćeniku  Izabrani MCO  Održavanje prihoda, ako je primjenjivo  Pleme, ako je primjenjivo | | | | | | | | | | |