

PACE

تعليمات إلغاء التسجيل أو النقل المطلوب من العضو

(PACE MEMBER REQUESTED DISENROLLMENT OR TRANSFER INSTRUCTIONS)

القسم أ — معلومات شخصية

يجب استكمال هذا القسم بمعرفة aging and disability resource center (مركز موارد المسنين وذوي الإعاقة) (ADRC) أو tribal aging and disability resource specialist (متخصص موارد المسنين وذوي الإعاقة القبلي) (ADRS) بناء على معلومات الشخص في ForwardHealth.

يجب على ADRC أو ADRS القبلي التحقق من معلومات الاتصال المضمنة في هذا القسم وإجراء أي تصحيحات ضرورية. عندما تتلقى وكالة income maintenance (صيانة الدخل) (IM) النموذج به التصحيحات، فسوف تقوم بتحديث المعلومات في CARES. وإذا تلقى الشخص Supplemental Security Income (الدخل التأميني التكميلي) (SSI)، فسوف توجه ADRC أو ADRS القبلي الشخص إلى الاتصال بـ Social Security Administration (إدارة الضمان الاجتماعي) (SSA) لتحديث المعلومات.

القسم ب — طلب إلغاء التسجيل

هذا الجزء من النموذج يجب إكماله بمعرفة ADRC أو ADRS القبلي. يشير الشخص إلى البرنامج الذي يرغب في مغادرته، وتاريخ إلغاء التسجيل الذي يفضل. من المهم أن يتولى ADRC أو ADRS القبلي تزويد الشخص بكافة المعلومات ذات الصلة أثناء جلسة الاستشارة الخاصة بإلغاء التسجيل مثل تأثير الإلغاء على استحقاق برنامج Medicaid وكيف سيؤثر التاريخ في حصة التكلفة وذلك للسماح للشخص باتخاذ قرار واع.

سيملأ ADRC أو ADRS القبلي تاريخ سريان إلغاء التسجيل في النموذج. سيدخل ADRC أو ADRS القبلي effective date of disenrollment (تاريخ سريان إلغاء التسجيل) في نظام FHiC. قد لا يكون التاريخ الذي يريده الشخص لإلغاء التسجيل في البرنامج التاريخ الفعلي للإلغاء على الدوام وخصوصًا لطلبات الإلغاء الفورية. إذا رغب الشخص في إلغاء التسجيل بأي برنامج في غضون أقل من ثلاثة أيام من تاريخ توقيع النموذج، فسيقوم ADRC أو ADRS القبلي بالاتصال بـ MCO لتسريع العملية.

قد تستمر مساعدات Medicare بموجب خطة PACE الحالية للشخص حتى آخر أيام الثلاثة أشهر التي قدم فيها العضو طلب إلغاء التسجيل أو النقل. يعتمد تاريخ بدء التغطية الجديدة على الأهلية Special Election Period (فترة الاختيار الخاصة) (SEP). يجوز للأشخاص الذين يقومون بإلغاء التسجيل من PACE اختيار التسجيل في خطة Medicare Advantage جديدة أو خطة Medicare الجزء د قائمة بذاتها. إذا لم يتخذ الشخص قرارًا بالتسجيل في خطة Medicare أخرى قبل انتهاء تغطية PACE، فسيتم تسجيله تلقائيًا في Medicare الأصلية وقد يخاطر بالمغادرة دون تغطية لأدوية الوصفة الطبية. يتعين على الشخص الاتصال بخطة Medicare الحالية الخاصة به للحصول على مزيد من المعلومات عن الأهلية لفترة الاختيار الخاصة (SEP). للمساعدة في خيارات Medicare، يمكن للشخص تحديد موعد مع متخصص المساعدات في ADRC أو متخصص المساعدات القبلي أو الاتصال بخط مساعدة Wisconsin Medigap على الرقم 1-800-242-1060.

القسم ج — طلب النقل

هذا الجزء من النموذج يجب إكماله بمعرفة ADRC أو ADRS القبلي. يحدد الشخص البرنامج أو MCO أو ICA التي يرغب في الانتقال إليها. إذا كان الطلب بسبب نقل السكن حديثًا، فسيطلب منه عنوانه الجديد ورقم هاتفه وتاريخ سريان نقل السكن هذا. يتطلب الأمر تسجيل جديد أو إحالة عند اختيار العميل الانتقال إلى برنامج جديد أو MCO أو ICA جديدة. وفي حال التسجيل ببرنامج جديد أو وكالة جديدة نتيجة للانتقال، فسيترك تاريخ التسجيل فارغًا في البداية ثم سيستكمل عند تحديد تاريخ التسجيل من قبل وكالات برنامج الرعاية طويلة الأجل.

إذا اختار الشخص التسجيل في برنامج Family Care أو Partnership، فسيتم إدخال تاريخ التسجيل الجديد في النموذج بواسطة ADRC أو ADRS القبلي، ويقوم الشخص بتحديد تاريخ التسجيل. كما سيدخل ADRC أو ADRS القبلي تاريخ التسجيل الجديد في نظام FHiC. إذا اختار الشخص IRIS، فسيقوم ADRC أو ADRS القبلي بإدخال تاريخ الإحالة إلى IRIS في النموذج. يُحدد تاريخ بدء IRIS بواسطة ICA وسيتم إدخاله في نظام WISITS. وإذا كان الفرد ينتقل من PACE إلى IRIS، فلن يتم إدخال تاريخ إلغاء التسجيل المدرج في النموذج أو نظام FHiC حتى الحصول على تاريخ البدء من ICA.

ستحدد المعلومات الجهة التي يجب إخبارها بالنقل، وما إذا كان نموذج التسجيل في برنامج Family Care أو نموذج التسجيل في برنامج Partnership أو نموذج ترخيص IRIS بحاجة إلى استكمال.

قد تستمر مساعدات Medicare بموجب خطة PACE الحالية للشخص حتى آخر أيام الشهر الذي قدم فيه العضو طلب إلغاء التسجيل أو النقل. يجوز للأشخاص الذين يقومون بإلغاء التسجيل من PACE اختيار التسجيل في خطة Medicare Advantage جديدة أو خطة Medicare الجزء د قائمة بذاتها. إذا لم يتخذ الشخص قرارًا بالتسجيل في خطة Medicare أخرى قبل انتهاء تغطية PACE، فسيتم تسجيله تلقائيًا في Medicare الأصلية وقد يخاطر بالمغادرة دون تغطية لأدوية الوصفة الطبية. للمساعدة في خيارات Medicare، يمكن للشخص تحديد موعد مع متخصص المساعدات في ADRC أو متخصص المساعدات القبلي أو الاتصال بخط مساعدة Wisconsin Medigap على الرقم 1-800-242-1060.

القسم د — أسباب إلغاء التسجيل أو طلب النقل

في هذا القسم، قد يحدد الشخص باختياره لـ ADRC أو ADRS القبلي السبب الرئيسي لرغبته في ترك برنامجه الحالي.

القسم هـ — التظلم أو الاستئناف

هناك جزء مهم من الاستشارة الخاصة بإلغاء التسجيل وهو مساعدة الأشخاص على فهم وممارسة جميع حقوقهم بصفتهم أعضاء ومشاركين في البرنامج. استنادًا إلى سبب الأشخاص في رغبتهم لمغادرة البرنامج، قد يكون لديهم الحق في تقديم استئناف. ولكل الأشخاص الحق في تقديم تظلم. يمكن لـ ADRC أو ADRS القبلي تقديم المساعدة لكل من يرغب في تقديم استئناف أو تظلم. يجب لـ ADRC أو ADRS القبلي تقديم شرح للأشخاص الذين قد يكونون في عملية الاستئناف بخصوص عواقب الإلغاء قبل استكمال الاستئناف. جميع MCOs لديها Member Rights Specialists (متخصصون في حقوق الأعضاء) الذين يساعدون الأعضاء في تقديم الاستئنافات والتظلمات. لمزيد من المعلومات حول تقديم الاستئناف أو التظلم، يمكن للأشخاص مراجعة دليل أعضاء MCO.

القسم و — التفويض بإتاحة المعلومات

أكمل هذا القسم عندما يطلب الشخص الانتقال إلى برنامج long-term care (رعاية طويلة الأجل) جديد. يبلغ هذا القسم (1) الشخص بأنه يمكن نقل معلومات Long Term Care Functional Screen (الفحص الوظيفي للرعاية طويلة الأجل) إلى الوكالة الجديدة دون موافقة الشخص عن علم بموجب تشريع ولاية ويسكونسن (7)46.284؛ و (2) المستندات التي يفوض الشخص بموجبها الوكالة الحالية أو برنامج long-term care (الرعاية طويلة الأجل) بمشاركة معلومات سرية محددة مع البرنامج الجديد أو الوكالة الجديدة التي تم اختيارها. ويخول توقيع الشخص أو ولي الأمر أو الوصي أو التوكيل المفوض إتاحة المعلومات المحددة في القسم (و) من النموذج.

القسم ز — التوقيع

يجب على أعضاء PACE التوقيع على هذا القسم من النموذج لإلغاء تسجيلهم في برنامج long-term care (الرعاية طويلة الأجل) أو تحويلهم إلى برنامج long-term care (رعاية طويلة الأجل) آخر أو MCO أو ICA أخرى حتى لو لم يكملوا أي قسم آخر. إذا كان الشخص الذي يتلقى الخدمات عاجزًا، فلا يمكن للشخص التوقيع على نموذج إلغاء التسجيل؛ بدلاً من ذلك، يجب على ولي أمر الشخص أو الوصي عليه أو حامل الوكالة السارية توقيع النموذج. إذا كان الشخص يوقع بعلامة، فسيلزم توقيع شاهدين. إذا كان هناك ما يعيق الشخص جسدياً على التوقيع، يمكنه أن يطلب من شخص بالغ أن يوقع على النموذج في حضور شاهدين. يجب أن يوضح الشخص الذي يوقع أنه يقوم بالتوقيع بناءً على توجيهات مقدم الطلب أو العضو.

القسم ح — يجب استكمال المعلومات بمعرفة

يتم تعبئة هذا القسم من قبل ADRC أو ADRS القبلي لتحديد من أكمل النموذج وتزويد الأشخاص بمعلومات الاتصال الخاصة بـ ADRC أو ADRS القبلي.

توزيع النموذج ومسار المعلومات

عند استكمال جميع صفحات النموذج، يجب أن يتولى ADRC أو ADRS القبلي توجيه النموذج إلى الأطراف التالية:

- العضو
 - مؤسسة PACE الحالية وICA أو MCO المطلوبة
 - القبيلة، إن أمكن
 - IM (صيانة الدخل) – التوجيه لـ IM (صيانة الدخل) في المواقف التالية عند:
 - انتقال الشخص بسبب نقل سكن حديث وعنوانه الجديد لا يظهر في FHiC، إذا كان العضو مفتوح في CARES.
 - إلغاء الشخص الاشتراك في PACE ويتلقى MA من خلال أهلية MA Community Waiver (التنازل عن الخدمات المجتمعية MA) أو MAPP
- يجب على ADRC أو ADRS القبلي الاحتفاظ بنموذج إلغاء التسجيل الأصلي الموقع من العضو أو المشارك، أو نسخة إلكترونية ممسوحة ضوئياً من النموذج الموقع في ملف وذلك لمدة عشر سنوات من تاريخ طلب أي سجلات.

PACE

CIP

إلغاء التسجيل أو النقل المطلوب من العضو

يجب استكمال هذا القسم بمعرفة aging and disability resource center (مركز موارد المسنين وذوي الإعاقة) (ADRC) أو aging and disability resource specialist (متخصص موارد المسنين وذوي الإعاقة القبلي) (ADRS) لاستخدامه من قبل income maintenance (صيانة الدخل المحلي) (IM)، ومؤسسة PACE

أ. معلومات شخصية

الاسم - الأول		الأوسط	العائلة
عنوان الشارع		المدينة	
مقاطعة السكن		مقاطعة المسؤولية	
أمريكي من السكان الأصليين / من سكان ألاسكا الأصليين <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		أمريكي من السكان الأصليين / منتسب إلى سكان ألاسكا الأصليين	
رقم الهاتف		رقم الهاتف الخليوي	
تاريخ الميلاد		رقم هوية الشخص (كما هو موضح في ForwardHealth)	
اسم جهة الاتصال		رقم الهاتف	رقم الهاتف الخليوي
مجموعة هدف الشخص PD <input type="checkbox"/> DD <input type="checkbox"/> أو ID <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/>			

الوصي الزوج ولي الأمر POA أخرى: _____

عنوان الشارع		المدينة	الرمز البريدي
اسم منظمة PACE			

ب. طلب إلغاء التسجيل

يطلب الشخص إيقاف المشاركة في برنامج PACE (اختر البرنامج):

Community Care Health Plan, Inc.

يطلب الشخص إيقاف المشاركة في التاريخ التالي:

(قد لا يكون التاريخ الفعلي لإلغاء التسجيل)

تاريخ سريان إلغاء التسجيل: _____

ج. طلب النقل

يختار الشخص الانتقال إلى برنامج رعاية طويلة الأجل جديد، أشر إلى البرنامج المحدد أدناه:

Partnership IRIS Family Care

MCO أو PO أو ICA المطلوبة: _____

تاريخ سريان إلغاء التسجيل: _____

تاريخ سريان التسجيل الجديد في برنامج Family Care (الرعاية الأسرية) أو Partnership (الشراكة)،

أو تاريخ الإحالة إلى IRIS (يحدد تاريخ البدء بمعرفة ICA): _____

يجب استكمال نموذج التسجيل الجديد أو نموذج الإحالة

إذا كان طلب النقل هذا نتيجة نقل السكن، يرجى إكمال المعلومات أدناه للعنوان الجديد:

عنوان الشارع	المدينة	الرمز البريدي
مقاطعة السكن	رقم الهاتف	تاريخ سريان نقل السكن

د. أسباب إلغاء التسجيل أو طلب النقل

حدد السبب الرئيسي لاختيار العضو أو المشارك الإلغاء أو النقل إلى برنامج long-term care (رعاية طويلة الأجل) مختلف، MCO أو ICA:

- 7E غير راض عن حصة التكلفة أو قسط PACE
- 7A صعوبة العثور على مزودي الخدمة أو الاحتفاظ بهم
- 7B احتجت دعم إضافي في تنسيق الخدمات و/أو الدعم
- 7B غير قادر على تأمين الخدمات المطلوبة أو الساعات أو الخدمات
- 7A غير قادر على استخدام المزود المختار
- 7L مشاكل في خدمة العملاء مع MCO
- لم تعد الخدمات مطلوبة
- 7M اختيار دار رعاية أو خدمات مأوى الفقراء
- 7D الانتقال إلى خدمة ميديك آيد (Medicaid) ذات الرسوم
- 70 انتقلت إلى منطقة خدمة أخرى
- انتقلت إلى خارج الولاية
- 7B الخدمة لا تفي بتوقعاتي
- 72 اختر عدم ذكر السبب

هـ. التظلم أو الاستئناف

هل سبق للعضو تقديم تظلم أو استئناف لدى لجنة مراجعة مؤسسة PACE أو أي طرف آخر ذي صلة برغبته في إلغاء التسجيل؟
 نعم لا

و. إتاحة المعلومات

- أفهم أن تشريع ولاية ويسكونسن رقم §46.284(7) يسمح للوكالة المحددة أعلاه الحصول على معلومات Long Term Care Functional Screen (الفحص الوظيفي للرعاية طويلة الأجل) (LTCFS) دون موافقتي عن علم.
- أوافق على منح الوكالة المحددة أعلاه حق الوصول إلى المعلومات التالية لمساعدتي في التسجيل في برنامجي الجديد أو وكالتي الجديدة:
- Individual Support and Service Plan (خطة الدعم والخدمة الفردية) (ISSP) الحالية الخاصة بي / Member Centered Plan (الخطة المرتكزة على العضو) (MCP)
 - Behavior Support Plan/Restrictive Measure (خطة دعم السلوك الخاصة بي و / أو التدبير التقييدي)، إن وجدت
 - المستندات التي تثبت سلطة ولي الأمر أو الوصي أو حامل الوكالة السارية، إذا انطبقت
 - أوامر المحكمة، إذا انطبقت
 - خطة الأزمات، إذا انطبقت
 - أخرى - يُرجى التحديد:

تاريخ التوقيع	توقيع - العضو
تاريخ التوقيع	توقيع - ولي الأمر، أو الوصي أو حامل الوكالة السارية
تاريخ التوقيع	التوقيع - الشاهد (إذا انطبق)

التوقيع – الشاهد (إذا انطبق)	تاريخ التوقيع
------------------------------	---------------

ز. بيان النية—*يجب عليك توقيع بيان نية لإلغاء التسجيل أو النقل.

أنا، الموقع أدناه، إما طلبت إلغاء المشاركة في برنامج رعاية طويل الأجل، وأطلب أن يتم إلغاء التسجيل أو طلبت التحويل إلى برنامج رعاية طويل الأجل آخر. أفهم أنني إذا طلبت التسجيل في IRIS، فإن إلغاء التسجيل في برنامجي الحالي لن يحدث حتى تتم الموافقة على خطة خدمة IRIS الخاصة بي.

قد تستمر مساعدات Medicare بموجب خطة PACE الحالية للشخص حتى آخر أيام الشهر الذي قدم فيه العضو طلب إلغاء التسجيل أو النقل. يعتمد تاريخ بدء التغطية الجديدة على الأهلية لـ Special Election Period (فترة الاختيار الخاصة) (SEP). فترة الاختيار الخاصة. عندما تقوم بإلغاء الاشتراك من PACE، يجوز لك اختيار التسجيل في خطة Medicare Advantage جديدة أو خطة Medicare الجزء د قائمة بذاتها. إذا لم تتخذ قرارًا بالتسجيل في خطة Medicare أخرى قبل انتهاء تغطية Partnership، فسيتم تسجيلك تلقائيًا في Medicare أصلية وقد تخاطر بالمغادرة دون تغطية لأدوية الوصفة الطبية. اتصل بخطة Medicare الحالية الخاصة بك لمزيد من المعلومات عن الأهلية لـ SEP. للمساعدة في خيارات Medicare، يمكن للشخص تحديد موعد مع متخصص المساعدات في ADRC أو متخصص المساعدات القبلي أو الاتصال بخط مساعدة Wisconsin Medigap على الرقم 1-800-242-1060.

ملاحظة هامة: إذا طلبت إلغاء التسجيل، فيجب عليك الاستمرار في الحصول على جميع الرعاية الطبية من خطتك حتى تاريخ سريان الإلغاء من خطة Medicare. اتصل بـ ADRC المحلي أو ADRS القبلي الخاص بك للتحقق من إلغاء تسجيلك قبل طلب خدمات صحية من خارج شبكة خطتك. سوف تخطر خطة Medicare الخاصة بك بتاريخ سريان إلغاء التسجيل بعد تسلمهم نسخة من هذا النموذج.

توقيع – العضو	تاريخ التوقيع
توقيع – ولي الأمر، أو الوصي أو حامل الوكالة السارية	تاريخ التوقيع
التوقيع – الشاهد (إذا انطبق)	تاريخ التوقيع
التوقيع – الشاهد (إذا انطبق)	تاريخ التوقيع

ج يجب استكمال المعلومات بمعرفة

المقاطعة	ADRC أو القبيلة	
الرمز البريدي	المدينة	عنوان بريد ADRC/القبيلة
رقم الهاتف	الاسم – ADRC أو عامل ADRS القبلي	
البريد الإلكتروني		

ينبغي على ADRC أو ADRS القبلي إرسال كل صفحات النموذج المستكمل حتى في حال عدم توفر استشارات إلغاء التسجيل.

يجب على ADRC أو ADRS القبلي الاحتفاظ بنموذج إلغاء التسجيل الأصلي الموقع من العضو، أو نسخة إلكترونية ممسوحة ضوئياً من النموذج الموقع في ملف وذلك لمدة عشر سنوات من تاريخ طلب أي سجلات.

توزيع النموذج المستكمل:

الشخص أو ولي الأمر القانوني أو الوصي، أو حامل الوكالة السارية

MCO أو PO أو ICA الحالية أو المطلوبة

IM (انظر التعليمات)

القبيلة، إن أمكن