**Required Grievance and Appeal Template Language**

**Issued by the Department of Health Services (DHS) for**

**use by Managed Care Organizations (MCOs)**

As directed by the DHS-MCO contract, MCOs are required to use DHS-issued template language in certain correspondence to members regarding grievances and appeals. MCOs should copy the applicable language below and paste it into the required communication.

**Acknowledgement of grievance receipt:** MCOs are required to send an acknowledgement of receipt letter when they receive a grievance from a member. DHS does not have a template letter for this notice. DHS does require MCOs to include the following language in their notice.

**Required Language**

<<MCO name>> تلقت التظلم في <<date>>. أمامنا ما يصل إلى 90 يومًا لحل تظلمك، وسنرسل إليك قرارنا بحلول <<date the MCO received the grievance + 90 calendar days>>. إذا احتجنا إلى أكثر من 90 يومًا لاتخاذ قرار، فسوف نخطرك بذلك كتابيًا.

إذا لم تستلم قرارنا الذي يحمل ختمًا بريديًا بحلول <<date the MCO received the grievance + 90 calendar days>>، أو إشعارًا منا يفيدك بأننا بحاجة إلى مزيد من الوقت، فيمكنك أن تطلب مراجعة Department of Health Services (DHS) تظلمك. تتعاقد DHS مع MetaStar، وهي منظمة خارجية لمراجعة الجودة، لإكمال هذه المراجعة. هناك تعليمات حول كيفية طلب المراجعة في نهاية هذا الخطاب.

**End of letter**:

إذا لم نقدم لك قرارًا مكتوبًا بشأن تظلمك مختومًا بختم البريد في أو قبل <<date the MCO received the grievance + 90 calendar days>>، فيمكنك أن تطلب من MetaStar مراجعة تظلمك بدءًا من <<date the MCO received the grievance + 91 calendar days>>. يجب أن يكون طلب المراجعة مختومًا بختم البريد أو مرسلاً بالفاكس أو بالبريد الإلكتروني إلى MetaStar **في أو قبل** <<date the MCO received the grievance + 90 calendar days + 45 calendar days>>.

لتطلب من MetaStar مراجعة تظلمك، اتصل على 8338-203-888. يمكنك أيضًا أن تطلب مراجعة من DHS عن طريق البريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني.

DHS Family Care Grievances

MetaStar

2909 Landmark Place

Madison, WI 53713

فاكس: 8340-274-608  
البريد الإلكتروني: [dhsfamcare@dhs.wisconsin.gov](mailto:dhsfamcare@dhs.wisconsin.gov)

أرفق نسخة من هذا الإخطار بطلبك.

**المساعدة: من يمكنه مساعدتك في فهم هذا الإخطار وحقوقك؟**

1. يمكن للمختص في حقوق الأعضاء ><MCO name>> إبلاغك بحقوقك ومساعدتك في تقديم طلب لمراجعة DHS مع MetaStar. لا يمكن لمختص في حقوق الأعضاء تمثيلك في عملية المراجعة. للاتصال بأحد المختصين في حقوق الأعضاء، اتصل بـ<<Member Rights Specialist phone number>>.

ب. يمكن لأي شخص يتلقى خدمات Family Care، أو Family Care Partnership، أو PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) الحصول على مساعدة مجانية من **مستقل ombudsman**. وتجدر الإشارة إلى أن الوكالات التالية تدافع عن أعضاء Family Care and Family Care Partnership وأعضاء PACE.

**بالنسبة للأعضاء الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و59 سنة:**

Disability Rights Wisconsin

الرقم المجاني: 8778-928-800

ألة كاتبة مبرقة (TTY): 711

**بالنسبة للأعضاء البالغين من العمر 60 سنة فما فوق:**

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care

الرقم المجاني: 0015-815-800

ألة كاتبة مبرقة (TTY): 711

**Notice of extension of time to decide grievance**: MCOs are required to send a notice to a member when the MCO determines that they need more than the standard amount of time (90 calendar days) to make a decision on the member’s grievance. DHS does not have a template for this notice. DHS does require MCOs to include the following language in their notice.

**Required Language**

إذا لم تستلم قرارنا الذي يحمل ختمًا بريديًا بحلول <<date the MCO received the grievance + 90 calendar days + number of additional extension days>>، فيمكنك أن تطلب مراجعة Department of Health Service (DHS) تظلمك. تتعاقد DHS مع MetaStar، وهي منظمة خارجية لمراجعة الجودة، لإكمال هذه المراجعة. هناك تعليمات حول كيفية طلب المراجعة في نهاية هذا الخطاب.

**End of letter**:

إذا لم نقدم لك قرارًا مكتوبًا بشأن تظلمك مختومًا بختم البريد في أو قبل <<date the MCO received the grievance + 90 calendar days + number of additional extension days>>، فيمكنك أن تطلب من MetaStar مراجعة تظلمك بدءًا من <<date the MCO received the grievance + 90 calendar days + number of additional extension days +1 calendar day>>. يجب أن يكون طلب المراجعة مختومًا بختم البريد أو مرسلاً بالفاكس أو بالبريد الإلكتروني إلى MetaStar **في أو قبل** <<date the MCO received the grievance + 90 calendar days + number of additional extension days + 45 calendar days>>.

لتطلب من MetaStar مراجعة تظلمك، اتصل على 8338-203-888. يمكنك أيضًا أن تطلب مراجعة عن طريق البريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني.

DHS Family Care Grievances

MetaStar

2909 Landmark Place

Madison, WI 53713

فاكس: 8340-274-608  
بريد إليكتروني: [dhsfamcare@dhs.wisconsin.gov](mailto:dhsfamcare@dhs.wisconsin.gov)

أرفق نسخة من هذا الإخطار بطلبك.

**المساعدة: من يمكنه مساعدتك في فهم هذا الإخطار وحقوقك؟**

1. يمكن للمختص في حقوق الأعضاء <<MCO name>> إبلاغك بحقوقك ومساعدتك في تقديم طلب لمراجعة DHS مع MetaStar. لا يمكن لمختص في حقوق الأعضاء تمثيلك في عملية المراجعة. للاتصال بأحد المختصين في حقوق الأعضاء، اتصل بـ<<Member Rights Specialist phone number>>.

ب. يمكن لأي شخص يتلقى خدمات Family Care، أو Family Care Partnership، أو PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) الحصول على مساعدة مجانية من **مستقلombudsman**. وتجدر الإشارة إلى أن الوكالات التالية تدافع عن أعضاء Family Care and Family Care Partnership وأعضاء PACE.

**بالنسبة للأعضاء الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و59 سنة:**

Disability Rights Wisconsin

الرقم المجاني: 8778-928-800

ألة كاتبة مبرقة (TTY): 711

**بالنسبة للأعضاء البالغين من العمر 60 سنة فما فوق:**

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care

الرقم المجاني: 0015-815-800

ألة كاتبة مبرقة (TTY): 711

**Grievance decision letter:** MCOs are required to make a decision on a member’s grievance and send notice to the member explaining the decision. DHS does not have a template letter for this notice. DHS does require MCOs to include the following language in their grievance decision letter.

**Required Language**

**End of letter**:

إذا لم توافق على قرارنا فيما يتصل بتظلمك، فيمكنك أن تطلب مراجعة Department of Health Services (DHS). تتعاقد DHS مع MetaStar، وهي منظمة خارجية لمراجعة الجودة، لإكمال هذه المراجعة. سوف تتولى MetaStar اتخاذ القرار النهائي.

يجب أن يكون طلب مراجعة قرار التظلم الخاص بنا مختومًا بختم البريد أو مرسلاً بالفاكس أو بالبريد الإلكتروني إلى MetaStar **في موعد لا يتجاوز 45 يومًا تقويميًا** بعد تلقي هذا الإخطار.

لتطلب من MetaStar مراجعة تظلمك، اتصل على 8338-203-888. يمكنك أيضًا أن تطلب مراجعة عن طريق البريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني.

DHS Family Care Grievances

MetaStar

2909 Landmark Place

Madison, WI 53713

608-274-8340 فاكس:

البريد الإلكتروني: [dhsfamcare@dhs.wisconsin.gov](mailto:dhsfamcare@dhs.wisconsin.gov)

أرفق نسخة من هذا الإخطار بطلبك.

**المساعدة: من يمكنه مساعدتك في فهم هذا الإخطار وحقوقك؟**

1. يمكن للمختص في حقوق الأعضاء <<MCO name>> إبلاغك بحقوقك ومساعدتك في تقديم طلب لمراجعة DHS مع MetaStar. لا يمكن لمختص في حقوق الأعضاء تمثيلك في عملية المراجعة. للاتصال بأحد المختصين في حقوق الأعضاء، اتصل بـ<<Member Rights Specialist phone number>>.

ب. يمكن لأي شخص يتلقى خدمات Family Care، أو Family Care Partnership، أو PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) الحصول على مساعدة مجانية من **مستقل ombudsman**. وتجدر الإشارة إلى أن الوكالات التالية تدافع عن أعضاء Family Care and Family Care Partnership وأعضاء PACE .

**بالنسبة للأعضاء الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و59 سنة:**

Disability Rights Wisconsin

الرقم المجاني: 8778-928-800

ألة كاتبة مبرقة (TTY): 711

**بالنسبة للأعضاء البالغين من العمر 60 سنة فما فوق:**

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care

الرقم المجاني: 0015-815-800

ألة كاتبة مبرقة (TTY): 711

**Acknowledgement of appeal receipt:** MCOs are required to send out an acknowledgement of receipt letter when they receive an appeal from a member. DHS does not have a template for this notice. DHS does require MCOs to include the following language in their notice.

**Required Language**

<<MCO name>> تلقينا استئنافك في <<date>>.

أمامنا ما يصل إلى 30 يومًا لحل تظلمك، وسنرسل إليك قرارنا بحلول <<date the MCO received the appeal + 30 calendar days>>. إذا احتجنا إلى أكثر من 30 يومًا لاتخاذ قرار، فسوف نخطرك بذلك كتابيًا. إذا لم تستلم قرارنا المختوم بختم البريد بحلول <<date the MCO received the appeal + 30 calendar days>>، أو إخطار منا يخبرك أننا بحاجة إلى مزيد من الوقت، فيمكنك طلب جلسة استماع عادلة رسمية. هناك تعليمات حول كيفية طلب جلسة استماع عادلة رسمية في نهاية هذا الخطاب.

**End of letter**:

إذا لم نقدم لك قرارًا مكتوبًا بشأن تظلمك مختومًا بختم البريد في أو قبل <<date the MCO received the appeal + 30 calendar days>>، فيمكنك أن تطلب جلسة عادلة رسمية بدءًا من <<date the MCO received the appeal + 31 calendar days>>. يجب أن يكون طلبك لجلسة استماع عادلة رسمية يحمل ختمًا بريديًا أو مرسلاً بالفاكس إلى Wisconsin Division of Hearings and Appeals (DHA) **في أو قبل**<<date the MCO received the appeal + 30 calendar days + 90 calendar days>>.

إذا كنت تطالب بجلسة استماع عادلة رسمية، فستحصل على جلسة استماع لدى قاضي إداري مستقل (Administrative Law Judge) (ALJ). يمكنك إحضار مناصر، أو صديق أو أحد أفراد الأسرة أو شاهد لمساعدتك. كما يمكنك تقديم دليل وشهادة في جلسة الاستماع.

يمكن لمختص في حقوق الأعضاء في<<MCO name>> مساعدتك في إكمال وإرسال طلب جلسة استماع عادلة. للاتصال بأحد المختصين في حقوق الأعضاء، اتصل بـ<<member rights specialist phone number>>. يمكنك أيضًا الحصول على نموذج جلسة الاستماع من إحدى وكالات ombudsman المدرجة في نهاية هذا الإخطار أو عبر الإنترنت على [www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm)

أرسل نموذج الطلب الكامل أو الخطاب المطالب بجلسة استماع ونسخة من هذا الإخطار إلى:

Family Care Request for Fair Hearing

Wisconsin Division of Hearings and Appeals

PO Box 7875

Madison, WI 53707-7875

فاكس: 9885-264-608

**المساعدة: من يمكنه مساعدتك في فهم هذا الإخطار وحقوقك؟**

أ- يمكن للمختص في حقوق الأعضاء <<MCO name>> إبلاغك بحقوقك، ومساعدتك في إكمال طلب الاستئناف كتابيًا وإرساله ومساعدتك في طلب جلسة استماع عادلة. والمختص في حقوق الأعضاء لايمكنه تمثيلك في اجتماع مع لجنة التظلم والاستئناف (Grievance and Appeal Committee) التابعة لنا أو في جلسة الاستماع العادلة الرسمية. للاتصال بأحد المختصين في حقوق الأعضاء اتصل بـ<<Member Rights Specialist phone number>>.

ب- يمكن لأي شخص يتلقى خدمات Family Care، أو Family Care Partnership، أو PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) الحصول على مساعدة مجانية من **مستقل ombudsman**. وتجدر الإشارة إلى أن الوكالات التالية تدافع عن أعضاء Family Care and Family Care Partnership وأعضاء PACE.

**بالنسبة للأعضاء الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و59 سنة:**

Disability Rights Wisconsin

الرقم المجاني: 8778-928-800

ألة كاتبة مبرقة (TTY): 711

**بالنسبة للأعضاء البالغين من العمر 60 سنة فما فوق:**

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care

الرقم المجاني: 0015-815-800

ألة كاتبة مبرقة (TTY): 711

**Notice of extension of time to decide appeal:** MCOs are required to send a notice to a member when the MCO determines that they need more than the standard amount of time (30 calendar days) to make a decision on the member’s appeal. DHS does not have a template for this notice. DHS does require MCOs to include the following language in their notice.

**Required Language**

إذا لم تستلم قرارنا المختوم بختم البريد بحلول <<date the MCO received the appeal + 30 calendar days + number of additional extension days>>، فيمكنك طلب جلسة استماع عادلة رسمية. هناك تعليمات حول كيفية طلب جلسة استماع عادلة رسمية في نهاية هذا الخطاب.

**End of letter**:

إذا لم نقدم لك قرارًا مكتوبًا بشأن تظلمك مختومًا بختم البريد في أو قبل <<date the MCO received the appeal + 30 calendar days>>، فيمكنك أن تطلب جلسة عادلة رسمية بدءًا من <<date the MCO received the appeal + 31 calendar days>>. يجب أن يكون طلبك لجلسة استماع عادلة رسمية يحمل ختمًا بريديًا أو مرسلاً بالفاكس إلى Wisconsin Division of Hearings and Appeals (DHA) **في أو قبل**<<date the MCO received the appeal + 30 calendar days + 90 calendar days>>.

إذا كنت تطالب بجلسة استماع عادلة رسمية، فستحصل على جلسة استماع لدى قاضي إداري مستقل (Administrative Law Judge) (ALJ). يمكنك إحضار مناصر، أو صديق أو أحد أفراد الأسرة أو شاهد لمساعدتك. كما يمكنك تقديم دليل وشهادة في جلسة الاستماع.

يمكن لمختص في حقوق الأعضاء في<<MCO name>> مساعدتك في إكمال وإرسال طلب جلسة استماع عادلة. للاتصال بأحد المختصين في حقوق الأعضاء، اتصل بـ<<member rights specialist phone number>>. يمكنك أيضًا الحصول على نموذج جلسة الاستماع من إحدى وكالات ombudsman المدرجة في نهاية هذا الإخطار أو عبر الإنترنت على [www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm)

أرسل نموذج الطلب الكامل أو الخطاب المطالب بجلسة استماع ونسخة من هذا الإخطار إلى:

Family Care Request for Fair Hearing

Wisconsin Division of Hearings and Appeals

PO Box 7875

Madison, WI 53707-7875

فاكس: 9885-264-608

**المساعدة: من يمكنه مساعدتك في فهم هذا الإخطار وحقوقك؟**

أ. يمكن للمختص في حقوق الأعضاء <<MCO name>> إبلاغك بحقوقك ومساعدتك في إكمال طلب جلسة استماع عادلة. والمختص في حقوق الأعضاء لايمكنه تمثيلك في اجتماع مع لجنة التظلم والاستئناف (Grievance and Appeal Committee) التابعة لنا أو في جلسة الاستماع العادلة الرسمية. للاتصال بأحد المختصين في حقوق الأعضاء اتصل بـ<<Member Rights Specialist phone number>>.

ب. يمكن لأي شخص يتلقى خدمات Family Care، أو Family Care Partnership، أو PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) الحصول على مساعدة مجانية من **مستقل ombudsman**. وتجدر الإشارة إلى أن الوكالات التالية تدافع عن أعضاء Family Care and Family Care Partnership وأعضاء PACE.

**بالنسبة للأعضاء الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و59 سنة:**

Disability Rights Wisconsin

الرقم المجاني: 8778-928-800

ألة كاتبة مبرقة (TTY): 711

**بالنسبة للأعضاء البالغين من العمر 60 سنة فما فوق:**

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care

الرقم المجاني: 0015-815-800

ألة كاتبة مبرقة (TTY): 711