**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>> recibió su queja formal el <<date>>. Tenemos hasta 90 días para resolver su queja, por lo tanto, le enviaremos nuestra decisión en un plazo no mayor al <<date the MCO received the grievance + 90 calendar days>>. Si necesitamos más de 90 días para tomar una decisión, le notificaremos por escrito.

Si no recibe nuestra decisión para el <<date the MCO received the grievance + 90 calendar days>>, según el matasellos de correos, o una notificación nuestra donde le indiquemos que necesitamos más tiempo, puede solicitar una revisión de su queja por parte del Department of Health Services (DHS). El DHS tiene convenio con MetaStar, una organización externa de Revisión de la calidad, para completar esta revisión. Las instrucciones sobre cómo solicitar una revisión se encuentran al final de esta carta.

**End of letter**:

Si no le hemos hecho llegar una carta con la decisión respecto a su queja para el <<date the MCO received the grievance + 90 calendar days>> o antes, según el matasellos de correos, puede solicitar que MetaStar revise su queja a partir del <<date the MCO received the grievance + 91 calendar days>>. Debe enviar su solicitud de revisión por fax, correo electrónico o correo postal a MetaStar **en un plazo no mayor** al o antes <<date the MCO received the grievance + 90 calendar days + 45 calendar days>>, según el matasellos de correos.

Para solicitar a MetaStar que revise su queja, llame al 888-203-8338. También puede solicitar una revisión del DHS por correo postal, fax o correo electrónico.

DHS Family Care Grievances

MetaStar

2909 Landmark Place

Madison, WI 53713

Fax: 608-274-8340
Correo electrónico: dhsfamcare@dhs.wisconsin.gov

Incluya una copia de este aviso con su solicitud.

**Asistencia: ¿Quién puede ayudarle a comprender este aviso y sus derechos?**

a. El especialista en derechos del miembro de <<MCO name>> puede ayudarlo con información sobre sus derechos y asistirlo con la presentación de una solicitud de revisión del DHS con MetaStar. El especialista en derechos del miembro no puede actuar como su representante en el proceso de revisión. Para ponerse en contacto con un especialista en derechos del miembro, llame al <<Member Rights Specialist phone number>>.

b. Cualquier persona que reciba servicios de Family Care, Family Care Partnership o PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) puede obtener ayuda gratuita de una agencia **independiente de ombudsman**. Las agencias indicadas a continuación defienden a miembros de Family Care, Family Care Partnership y PACE:

**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

**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**

Si no recibe nuestra decisión para el <<date the MCO received the grievance + 90 calendar days + number of additional extension days>>, según el matasellos de correos, puede solicitar una revisión de su queja por parte del Department of Health Services (DHS). El DHS tiene convenio con MetaStar, una organización externa de Revisión de la calidad, para completar esta revisión. Las instrucciones sobre cómo solicitar una revisión se encuentran al final de esta carta.

**End of letter**:

Si no le hemos hecho llegar una carta con la decisión respecto a su queja para el <<date the MCO received the grievance + 90 calendar days + number of additional extension days>> o antes, según el matasellos de correos, puede solicitar que MetaStar revise su queja a partir del <<date the MCO received the grievance + 90 calendar days + number of additional extension days +1 calendar day>>. Debe enviar su solicitud de revisión por fax, correo electrónico o correo postal a MetaStar **en un plazo no mayor** al o antes<<date the MCO received the grievance + 90 calendar days + number of additional extension days + 45 calendar days>>, según el matasellos de correos.

Para solicitar que MetaStar revise su queja, llame al 888-203-8338. También puede solicitar una revisión por correo postal, fax o correo electrónico.

DHS Family Care Grievances

MetaStar

2909 Landmark Place

Madison, WI 53713

Fax: 608-274-8340
Correo electrónico: dhsfamcare@dhs.wisconsin.gov

Incluya una copia de este aviso con su solicitud.

**Asistencia: ¿Quién puede ayudarle a comprender este aviso y sus derechos?**

a. El especialista en derechos del miembro de <<MCO name>> puede ayudarlo con información sobre sus derechos y asistirlo con la presentación de una solicitud de revisión del DHS con MetaStar. El especialista en derechos del miembro no puede actuar como su representante en el proceso de revisión. Para ponerse en contacto con un especialista en derechos del miembro, llame al <<Member Rights Specialist phone number>>.

b. Cualquier persona que reciba servicios de Family Care, Family Care Partnership o PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) puede obtener ayuda gratuita de una agencia **independiente de ombudsman**. Las agencias indicadas a continuación defienden a miembros de Family Care, Family Care Partnership y PACE:

**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

**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**:

Si no está de acuerdo con nuestra decisión respecto a su queja, puede solicitar una revisión del Department of Health Services (DHS). El DHS tiene convenio con MetaStar, una organización externa de Revisión de cumplimiento de calidad, para completar esta revisión. MetaStar tomará la decisión final.

Su solicitud de revisión de nuestra decisión debe ser enviada por fax, correo electrónico o correo postal a MetaStar **a más tardar 45 días calendario**, según el matasellos de correos, después de recibir este aviso.

Para solicitar que MetaStar revise su queja, llame al 888-203-8338. También puede solicitar una revisión por correo postal, fax o correo electrónico.

DHS Family Care Grievances

MetaStar

2909 Landmark Place

Madison, WI 53713

Fax: 608-274-8340

Correo electrónico: dhsfamcare@dhs.wisconsin.gov

Incluya una copia de este aviso con su solicitud.

**Asistencia: ¿Quién puede ayudarle a comprender este aviso y sus derechos?**

a. El especialista en derechos del miembro de <<MCO name>> puede ayudarlo con información sobre sus derechos y asistirlo con la presentación de una solicitud de revisión del DHS con MetaStar. El especialista en derechos del miembro no puede actuar como su representante en el proceso de revisión. Para ponerse en contacto con un especialista en derechos del miembro, llame al <<Member Rights Specialist phone number>>.

b. Cualquier persona que reciba servicios de Family Care, Family Care Partnership o PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) puede obtener ayuda gratuita de una agencia **independiente de ombudsman**. Las agencias indicadas a continuación defienden a miembros de Family Care, Family Care Partnership y PACE:

**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

**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>> recibió su apelación el <<date>>.

Tenemos hasta 30 días para resolver su apelación, por lo tanto, le enviaremos nuestra decisión en un plazo no mayor al <<date the MCO received the appeal + 30 calendar days>>. Si necesitamos más de 30 días para tomar una decisión, le notificaremos por escrito. Si para el <<date the MCO received the appeal + 30 calendar days>>, según se indique en el matasellos de correos, no ha recibido nuestra decisión o una notificación nuestra donde le indiquemos que necesitamos más tiempo, puede solicitar una audiencia imparcial estatal. Las instrucciones sobre cómo solicitar una audiencia imparcial estatal se encuentran al final de esta carta.

**End of letter**:

Si no le hemos hecho llegar una carta con la decisión respecto a su apelación para el <<date the MCO received the appeal + 30 calendar days>> o antes, según el matasellos de correos, puede solicitar una audiencia imparcial estatal a partir del <<date the MCO received the appeal + 31 calendar days>>. Su solicitud de audiencia imparcial estatal debe ser enviada por correo postal con el matasellos de correo o por fax a la Wisconsin Division of Hearings and Appeals (DHA) **en un plazo no mayor a** <<date the MCO received the appeal + 30 calendar days + 90 calendar days>>**, o antes.**

Si solicita una audiencia imparcial estatal, se le otorgará una audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (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 ponerse en contacto con 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

**Asistencia: ¿Quién puede ayudarle a comprender este aviso y sus derechos?**

a. El especialista en derechos del miembro de <<MCO name>> puede entregarle información sobre sus derechos, ayudarle a completar y presentar su apelación por escrito y ayudarle a solicitar una audiencia imparcial. El especialista en derechos del miembro no puede actuar como su representante en una reunión con el Comité de quejas y apelaciones (Grievance and Appeal Committee) o en una audiencia imparcial estatal. Para contactar a un especialista en derechos del miembro, llame al <<Member Rights Specialist phone number>>.

b. Cualquier persona que reciba servicios de Family Care, Family Care Partnership o PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) puede obtener ayuda gratuita de una agencia **independiente de ombudsman**. Las agencias indicadas a continuación defienden a miembros de Family Care, Family Care Partnership y PACE:

**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

**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**

Si para el <<date the MCO received the appeal + 30 calendar days + number of additional extension days>> no ha recibido nuestra decisión marcada con el matasellos de correos, puede solicitar una audiencia imparcial estatal. Las instrucciones sobre cómo solicitar una audiencia imparcial estatal se encuentran al final de esta carta.

**End of letter**:

Si no le hemos hecho llegar una carta con la decisión respecto a su apelación para el <<date the MCO received the appeal + 30 calendar days + number of additional extension days>> o antes, según el matasellos de correos, puede solicitar una audiencia imparcial estatal a partir del <<date the MCO received the appeal + 30 calendar days + number of additional extension days + 1 calendar day>>. Su solicitud de audiencia imparcial estatal debe ser enviada por correo postal con el matasellos de correo o por fax a la Wisconsin Division of Hearings and Appeals (DHA) **en un plazo no mayor a** <<date the MCO received the appeal + 30 calendar days + number of additional extension days + 90 calendar days>>**, o antes.**

Si solicita una audiencia imparcial estatal, se le otorgará una audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (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 ponerse en contacto con 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

**Asistencia: ¿Quién puede ayudarle a comprender este aviso y sus derechos?**

a. El especialista en derechos del miembro de <<MCO name>> puede entregarle información sobre sus derechos y ayudarle a solicitar una audiencia imparcial. El especialista en derechos del miembro no puede actuar como su representante en una reunión con el Comité de quejas y apelaciones (Grievance and Appeal Committee) o en una audiencia imparcial estatal. Para contactar a un especialista en derechos del miembro, llame al <<Member Rights Specialist phone number>>.

b. Cualquier persona que reciba servicios de Family Care, Family Care Partnership o PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) puede obtener ayuda gratuita de una agencia **independiente de ombudsman**. Las agencias indicadas a continuación defienden a miembros de Family Care, Family Care Partnership y PACE:

**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