AGING & DISABILITY RESOURCE CENTER (ЦЕНТР РЕСУРСОВ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ И ИНВАЛИДОВ)

NOTICE OF MEDICAL REMEDIAL EXPENSES FOR COST SHARE DETERMINATION (УВЕДОМЛЕНИЕ О РАСХОДАХ НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЗАТРАТ)

(NOTICE OF MEDICAL REMEDIAL EXPENSES FOR COST SHARE DETERMINATION)

Дата отправки почты: Click or tap to enter a date

Enter Customer Name

Enter Street Address

Enter City, State, and Zip Code

Уважаемый Click or tap here to enter text:

Благодарим вас за обращение в Aging and Disability Resource Center (Центр ресурсов для пожилых и инвалидов) insert ADRC name. Мы определили ваши месячные расходы на медицинскую помощь и представили эту величину консорциуму Income Maintenance (Поддержание доходов) вместе с вашим заявлением в программу Medicaid. Эта величина используется консорциумом Income Maintenance (Поддержание доходов) при определении того, будет ли у вас распределение затрат для финансируемого государством долгосрочного ухода и каким будет это распределение затрат.

Для ознакомления прилагается копия вашей формы расходов на медицинскую помощь.

Если вы считаете, что произошла ошибка при определении ваших расходов на медицинскую помощь, пожалуйста, свяжитесь с ADRC или выберите один из вариантов, описанных на следующих страницах настоящего уведомления.

С уважением,

ADRC Representative Name

**Права на апелляцию и информация**

1. **Как обжаловать это решение**

Если вы не согласны с этим решением, вы можете связаться с ADRC:

ADRC Name

ADRC Address

ADRC Phone Number

ADRC Fax Number

ADRC Email Address

1. **Запрос беспристрастного слушания**

Вы имеете право обратиться к штату для проведения беспристрастного слушания, если вы не согласны с этим решением. Если вы запросили у штата беспристрастное слушание, у вас будет слушание у независимого Administrative Law Judge (Судья по административным делам) (ALJ). Вы можете привести с собой адвоката, друга, члена семьи или свидетелей. Вы также можете представить на слушании доказательства и свидетельские показания.

Вы можете получить форму запроса слушания в ADRC, в одном из независимых агентств омбудсмена, перечисленных в конце настоящего уведомления, или в Интернете на веб-сайте <http://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236a.htm>.

Отправьте заполненную форму запроса или письмо с просьбой о проведении слушания и копию этого уведомления по адресу:

ADRC Request for Fair Hearing

Wisconsin Division of Hearing and Appeals

PO Box 7875

Madison, WI 53707-7875

Факс: 608-264-9885

Важное примечание: у вас есть 45 дней с даты настоящего уведомления для запроса беспристрастного слушания.

1. **Кто может помочь вам в соответствии с настоящим уведомлением и вашими правами?**

Aging and Disability Resource Center (Центр ресурсов для пожилых и инвалидов) может проинформировать вас о ваших правах, попытаться неофициально решить ваши проблемы и помочь вам в подаче запроса на беспристрастное слушание.

Вы также можете получить помощь от независимого омбудсмена. Следующие агентства осуществляют защиту физических лиц:

Возраст от 18 до 59 лет:

Disability Rights Wisconsin (Права инвалидов в штате Висконсин)

Бесплатный телефон: 1-800-928-8778

Текстофон (TTY): 711

Возраст 60 лет и старше:

Wisconsin Board on Aging and Long-Term Care (Совет штата Висконсин по делам пожилых и долгосрочному уходу)

Бесплатный телефон: 1-800-815-0015

Текстофон (TTY): 711

1. **Копия информации вашего дела**

Вы имеете право на бесплатную копию связанной с этим решением информации из вашего дела. Информация означает все документы, записи о состоянии здоровья и другие материалы, связанные с этим решением. Если вы решите обжаловать это решение, вы имеете право на любую новую или дополнительную информацию, собранную ADRC в ходе рассмотрения вашей жалобы. Для запроса копии вашего дела свяжитесь с ADRC по телефону Insert Phone Number