*[Note: MCOs can format the cover page and handbook however they wish (e.g., insert photos, use different font types, change style, margins, etc.) However, MCOs should use plenty of white space and a font size no smaller than 12 pt. Must include a table of contents and the footers. Cross-references to specific pages in the handbook should automatically update, but the references are highlighted so MCOs can ensure accuracy before printing.]*

**Cover Page**

**Family Care  
دليل الأعضاء**

**TEMPLATE**

***للاستخدام من قبل منظمات الرعاية المدارة***

**(Member Handbook for Use by Managed Care Organizations)**

*Recommend MCOs list the following on the cover:*

*Name of MCO*

*Logo (optional)*

*Website address*

*Any other general information that applies to all members regardless of service area (e.g., general phone number, TTY, fax, e-mail address, etc.)*

Template provided by the Wisconsin Department of Health Services

P-00649AR (08/2021)

***Instructions to MCOs: Insert large print taglines (font size must be at least 18 point).***

* *Tagline A: Use the tagline in the prevalent non-English languages that DHS identified for each MCO. Download the tagline at* [*https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p02057.docx*](https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p02057.docx) *and copy/paste into the handbook.*
* *Tagline B: Copy and paste the statement DHS previously sent MCOs about how to request auxiliary aids and services. Tagline B is in English only.*

*Note: Taglines are not required in translated handbooks.*

**جدول المحتويات**

*[Note: The table of contents (TOC) is set up to update automatically based on the document’s styles. MCOs may need to recreate the TOC if they change the styles.]*

[الفصل الأول. أرقام الهواتف الهامة والمصادر 6](#_Toc77877473)

[*[Insert MCO name]* معلومات الاتصال 6](#_Toc77877474)

[جهات الاتصال الهامة الأخرى 7](#_Toc77877475)

[الفصل الثاني. الترحيب والمقدمة 9](#_Toc77877476)

[مرحبًا بكم في *[insert MCO name]* 9](#_Toc77877477)

[كيف يمكن لبرنامج Family Care أن يساعدني؟ 9](#_Toc77877478)

[من سيساعدني؟ 10](#_Toc77877479)

[ما معنى أن تكون عضوًا؟ 11](#_Toc77877480)

[من يمكنه أن يكون عضوًا في *[Insert MCO name]*؟ 11](#_Toc77877481)

[كيف أصبح عضوًا؟ 12](#_Toc77877482)

[الفصل الثالث. أشياء يجب معرفتها عن الحصول على الخدمات 13](#_Toc77877483)

[كيف يعمل برنامج Family Care؟ 13](#_Toc77877484)

[ما الذي يجب أن تتضمنه خطة رعايتك؟ 14](#_Toc77877485)

[كيف تُحدد الخدمات وتُعتمد؟ 15](#_Toc77877486)

[ماذا لو تغيرت احتياجاتي؟ 16](#_Toc77877487)

[كيف أستخدم شبكة موفري الخدمات؟ 16](#_Toc77877488)

[كيف يساعدك برنامج Family Care على إدارة خدماتك؟ 17](#_Toc77877489)

[ما وسائل الدعم الموجهة ذاتيًا؟ 17](#_Toc77877490)

[ما الذي يتعين علي القيام به في حالة الطوارئ؟ 18](#_Toc77877491)

[كيف أحصل على الرعاية بعد ساعات العمل الطبيعية؟ 18](#_Toc77877492)

[ماذا إذا احتجت للرعاية أثناء تواجدي خارج المنطقة؟ 18](#_Toc77877493)

[الفصل الرابع. حزمة مزايا برنامج Family Care 20](#_Toc77877494)

[ما الخدمات المقدمة؟ 20](#_Toc77877495)

[مخطط حزمة مزايا برنامج Family Care 21](#_Toc77877496)

[ما الخدمات غير المقدمة؟ 24](#_Toc77877497)

[الفصل الخامس. فهم من يسدد مقابل الخدمات وتنسيق المزايا الخاصة بك 26](#_Toc77877498)

[هل سأسدد مقابل أي خدمات؟ 26](#_Toc77877499)

[كيف أقوم بالسداد؟ 27](#_Toc77877500)

[ماذا لو حصلت على فاتورة مقابل الخدمات؟ 27](#_Toc77877501)

[هل يسدد برنامج Family Care مقابل الخدمات السكنية أو دور المسنين؟ 28](#_Toc77877502)

[كيف يتم التنسيق بين Medicare ومزايا التأمين الأخرى الخاصة بي؟ 28](#_Toc77877503)

[ما هو estate recovery (استرداد المصاريف من قيمة الملكية)؟ وكيف ينطبق علي؟ 29](#_Toc77877504)

[الفصل السادس. حقوقك 30](#_Toc77877505)

[الفصل السابع. مسؤولياتك 33](#_Toc77877506)

[الفصل الثامن. المظالم والطعون 35](#_Toc77877507)

[مقدمة 35](#_Toc77877508)

[المظالم 36](#_Toc77877509)

[الطعون 39](#_Toc77877510)

[جلسات الاستماع العامة المنصفة 43](#_Toc77877511)

[من يمكنه مساعدتي فيما يتعلق بالتظلم أو الطعن؟ 46](#_Toc77877512)

[الفصل التاسع. إنهاء العضوية في *[Insert MCO name]* 47](#_Toc77877513)

[الملاحق 49](#_Toc77877514)

[1. تعريفات الكلمات الهامة 49](#_Toc77877515)

[2. تعريفات الخدمات في حزمة مزايا Family Care 53](#_Toc77877516)

[3. طلب تخفيض حصة التكلفة 56](#_Toc77877517)

[4. نموذج Notice of Adverse Benefit Determination )إخطار لتحديد المزايا السلبية( 57](#_Toc77877518)

[5. نموذج طلب الطعن الخاص بـ *[[Insert MCO name* 58](#_Toc77877519)

[6. نموذج طلب جلسة استماع عامة منصفة 59](#_Toc77877520)

[7. إخطار ممارسات الخصوصية 60](#_Toc77877521)

***MCOs may add other appendices, such as:***

* *MCO Grievance Request Form*
* *Suggestions/comments form*

# الفصل الأول. أرقام الهواتف الهامة والمصادر

*[Insert MCO name]* معلومات الاتصال

*At the minimum, MCOs should list the following:*

1. رقم الهاتف العام *(Indicate hours of operation)*

1. مواقع المكاتب

1. خدمات الأعضاء  
   *Insert toll-free telephone number where members can acquire information about the requirements and benefits of the program. Indicate hours of operation, if different from above.)*
2. المساعدة بعد ساعات العامل  
   *Insert 24-hour toll-free telephone number members can call to get service authorizations after hours. Include instructions as appropriate (e.g., dial 0).*

1. متخصصو حقوق الأعضاء

موظفو خدمات الأعضاء *[or insert appropriate name]* متخصصون في شرح حقوق الأعضاء. ويتوفرون للمساعدة إذا كانت لديك شكوى أو مظلمة. ويمكنهم إعطاؤك معلومات أو تزويدك بالمساعدة إذا كنت تريد الطعن على قرار اتخذه فريقك.

*[Insert contact information for MCO member rights specialists]*

**إذا كنت تواجه حالة طارئة، فاتصل بـ911**

جهات الاتصال الهامة الأخرى

**الخدمات الوقائية للبالغين**

يوجد بكل مقاطعة وكالة من شأنها البحث في حوادث إساءة المعاملة والإهمال والاستغلال المالي والإهمال الذاتي التي يتم الإبلاغ عنها. فاتصل بخط المساعدة الخاص بمقاطعتك للتحدث إلى شخص ما عن إساءة معاملة مشتبه بها يتعرض له أحد البالغين المعرضين للخطر (السن يتراوح بين 18 و59 سنة). وللإبلاغ عن إساءة معاملة أحد كبار السن المتجاوزين لسن الـ60 سنة، فاتصل بوكالة كبار السن المعرضين للخطر بمقاطعتك.

* *[Insert phone numbers for reporting abuse/neglect/financial exploitation. Include both daytime and after-hours contact information for elder abuse, adults at risk, adult protective services help lines.]*

Aging and Disability Resource Centers (مراكز موارد الشيخوخة والإعاقة)

Aging and Disability Resource Centers (ADRC) (مراكز موارد الشيخوخة والإعاقة) هي المكان الأول الذي يجب الذهاب إليه للحصول على معلومات دقيقة وغير متحيزة عن كل جوانب الحياة ذات الصلة بالشيخوخة أو العيش مع إعاقة. وADRC عبارة عن أماكن لطيفة وترحيبية حيث يمكن للجميع – الأفراد، الأسر المعنية أو الأصدقاء المعنيين، أو المتخصصين الذين يعملون مع المشاكل ذات الصلة بالشيخوخة أو الإعاقات – الذهاب للحصول على معلومات مخصصة لحالتهم. كما توفر ADRC معلومات البرامج والخدمات وتساعد الأشخاص على فهم خيارات رعايتهم على المدى الطويل وتساعدهم على التقدم للبرنامج والمزايا. تجدر الإشارة إلى أن ADRC المتوفرة في *[insert MCO name]* مناطق خدمة هي:

* *[List ADRCs and contact information, or direct member to location of ADRC contact information (e.g., see back cover, separate insert, etc.)]*

تفضل بزيارة [www.dhs.wisconsin.gov/adrc](https://www.dhs.wisconsin.gov/adrc/index.htm) لمعرفة المزيد من المعلومات عن ADRCs.

برامج Ombudsman (أمين المظالم)

ombudsman (om-budz-man) (أمين المظالم) هو محامي أو مساعد مستقل لا يعمل لصالح *insert MCO name*. ويمكن لأي شخص يحصل على خدمات Family Care الحصول على مساعدة مجانية من ombudsman (أمين المظالم) . وتعتمد المنظمة التي يجب الاتصال بها على سن العضو.

إذا كان **سنك 60 سنة فما فوق**، فاتصل بـ:

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care

1402 Pankratz Street, Suite 111

Madison, WI 53704-4001

رقم الاتصال المجاني: 0015-815-800

الهاتف النصي: 711

الفاكس: 7001-246-608

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

[longtermcare.wi.gov](http://longtermcare.wi.gov/)

إذا كان **سنك يتراوح بين 18 و59 سنة**، فاتصل بـ:

Disability Rights Wisconsin

1502 West Broadway, Suite 201

Madison, WI 53713

رقم الاتصال المجاني: 8778-928-800

الهاتف النصي: 711

الفاكس: 1968-635-833

[www.disabilityrightswi.org](https://www.disabilityrightswi.org/)

اتحادات صيانة الدخل

يجب أن تبلغ بالتغييرات التي تطرأ على حالتك المعيشية أو الموارد المالية الخاصة بك في غضون 10 أيام. وفي حال انتقالك، يجب أن تبلغ عن عنوانك الجديد. فقد تؤثر هذه التغييرات على إذا ما كنت مؤهلاً لـ Medicaid و Family Care أم لا. أبلغ عن اتحاد صيانة الدخل و *[insert MCO name]* في مقاطعتك عن هذه التغييرات. وتجدر الإشارة إلى أن الاتحادات المتوفرة في مناطق خدمتنا هي:

* *[List consortia names, counties served, and phone and fax numbers]*

Wisconsin Medicaid (ForwardHealth)

إذا كنت تواجه مشاكل في استخدام بطاقة ForwardHealth الخاصة بك من أجل الخدمات أو السلع غير المضمنة في حزمة مزايا Family Care (مثل النظارات، زيارات الطبيب، أو الوصفات الطبية)، فاتصل بخدمات أعضاء ForwardHealth على الرقم المجاني:

800-362-3002

الإبلاغ عن الاحتيال في المساعدة العامة

الاحتيال يعني تغطية أو مدفوعات تعرف أنه يجب ألا تحصل عليها أو مساعدة شخص آخر في الحصول على تغطية أو مدفوعات تعرف أنه يجب ألا يحصل عليها. ويمكن مقاضاة أي شخص يرتكب الاحتيال. إذ قررت المحكمة أن شخصًا ما حصل على مزايا الرعاية الصحية بارتكاب الاحتيال، فستطالب المحكمة هذا الشخص برد هذه المزايا للولاية، بالإضافة إلى عقوبات أخرى.

إذا اشتبهت في إساءة استخدام شخص ما لأموال المساعدة العامة، بما في ذلك Family Care، فاتصل بالخط الساخن أو قدم تقريرًا على:

877-865-3432

[www.dhs.wisconsin.gov/fraud](https://www.dhs.wisconsin.gov/fraud/index.htm)

*[Optional – Insert information about how to report fraud directly to MCO]*

Wisconsin FoodShare (بطاقة QUEST)

إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف بخصوص FoodShare، أو إذا كنت تريد معرفة الرصيد الموجود في بطاقة FoodShare/QUEST الخاصة بك، أو الإبلاغ عن بطاقة QUEST مفقودة أو مسروقة، فاتصل بخط خدمة عملاء FoodShare المجاني على الرقم:

877-415-5164

Wisconsin Division of Quality Assurance (قسم تأكيد الجودة بويسكونسن)

إذا اعتقدت أن مقدم الرعاية أو الوكالة أو المنشأة قد انتهكوا قوانين الولاية أو القوانين الفيدرالية، فيحق لك تقديم شكوى لدى Wisconsin Division of Quality Assurance (قسم تأكيد الجودة بويسكونسن). وعند تقديم الشكوى، قد تُسأل عن المقاطعة التي يتواجد فيها موفر الخدمة. لتقديم الشكوى، اتصل على الرقم:

800-642-6552

*[MCO’s may insert additional contacts if desired. For example, advocacy agencies, report domestic violence, Social Security, Medicare, etc.]*

# الفصل الثاني. الترحيب والمقدمة

مرحبًا بكم في *[insert MCO name]*

مرحبًا بكم في *[insert MCO name]*، منظمة رعاية مدارة تقوم بتشغيل برنامج Family Care. و Family Care هو برنامج رعاية على المدى الطويل تابع لـ Medicaid يساعد كبار السن والبالغين ذوي الإعاقات الجسدية أو إعاقات النمو أو الإعاقات الفكرية. يحصل الأشخاص المسجلون في البرنامج على خدمات لمساعدتهم على العيش في منزلهم الخاص متى أمكن. يتم تمويل Family Care بواسطة دولارات ضرائب الولاية والضرائب الفيدرالية.

سيمنحك هذا الدليل المعلومات التي تحتاج إليها لما يلي:

* فهم أساسيات Family Care.
* التعرف على الخدمات المضمنة في حزمة المزايا.
* فهم حقوقك ومسؤولياتك بصفتك أحد أعضاء Family Care.
* تقديم شكوى أو طعن إذا كنت تواجه مشاكل أو مخاوف.

إذا كنت تود المساعدة في مراجعة هذا الدليل، فيُرجى الاتصال بفريق الرعاية الخاص بك. *[Or, list appropriate contact (e.g., member services at…)]* وتوجد معلومات الاتصال الخاصة بفريقك في صفحة   
[*insert page number*]. *[MCOs can change this sentence if you list care team’s contact information elsewhere (e.g., on a separate insert).]*

بشكلٍ عام، تشير الكلمات "أنت" و"ضمير الملكية" في هذا المستند *إليك أنت*، *العضو*. كما قد تشير الكلمات "أنت" و"ضمير الملكية" إلى متخذ القرار القانوني، كالوصي القانوني أو التوكيل العام الساري.

في نهاية هذا الدليل (صفحة 49) توجد تعريفات لكلمات هامة. وقد تساعدك هذه التعريفات على فهم الكلمات والعبارات المستخدمة في هذا الدليل بشكلٍ متكرر.

إذا لم تكن عضوًا بعد ولديك أسئلة، أو تريد المزيد من المعلومات عن كيفية التسجيل في Family Care أو البرامج الأخرى، فيُرجى الاتصال بـ aging and disability resource center (ADRC) (مركز موارد الشيخوخة والإعاقة) في منطقتك. حيث توفر ADRCs المعلومات والمساعدة وتساعد الأشخاص على التقدم للبرامج والمزايا. تجدر الإشارة إلى أن ADRC هي وكالة منفصلة. وليست جزءً من [*insert MCO name]*. وتتوفر ADRC لمساعدتك، سواء قررت أن تصبح عضوًا في Family Care أم لا. يمكن العثور على عنوان ورقم هاتف ADRC المحلي الخاص بك في صفحة [*insert page number*].

كيف يمكن لبرنامج Family Care أن يساعدني؟

يتمثل هدف Family Care الرئيسي في ضمان أمنك ودعمك في المنزل. فعندما تعيش في منزلك أو في منزل أسرتك، تمتلك سلطة أكبر فيما يتعلق بحياتك. ويمكنك تحديد متى تقوم بأشياء معينة، مثل موعد الاستيقاظ وتناول الوجبات، وكيفية تخطيط يومك.

عندما تنضم لـ Family Care، *[insert MCO name]* ستتحدث معك عن الخدمات التي ستساعدك على العيش بأكبر قدر من الاستقلالية. ومن أمثلة الخدمات التي نقدمها المساعدة على الاستحمام والانتقال والتدبير المنزلي وتوصيل الوجبات للمنازل. كما أن الخدمات قد تتضمن بناء منحدر للكرسي المتحرك أو استخدام نظام تنبيه طبي. (انظر الفصل الرابع للاطلاع على قائمة كاملة للخدمات المغطاة).

يوفر برنامج Family Care إدارة الرعاية ومجموعة من الخدمات المُصممة لتلبية احتياجاتك. وسنحرص على التأكد من حصولك على الرعاية التي تحتاج إليها لتستمتع بصحة جيدة وللشعور بالأمان. كما سنساعدك في الحفاظ على علاقاتك بأسرتك وأصدقائك ومجتمعك.

Family Care:

* يمكنه تحسين جودة حياتك أو الحفاظ عليها.
* يساعدك على العيش في منزلك أو شقتك، بين أفراد الأسرة والأصدقاء.
* يشركك في القرارات المتعلقة برعايتك وخدماتك.
* يزيد من استقلاليتك.

Family Care:

* يمكنه تحسين جودة حياتك أو الحفاظ عليها.
* يساعدك على العيش في منزلك أو شقتك، بين أفراد الأسرة والأصدقاء.
* يشركك في القرارات المتعلقة برعايتك وخدماتك.
* يزيد من استقلاليتك.

إذا كنت شابا بالغ تستعد للانتقال خارج مدينتك، فيمكن لـ  
*[insert MCO name]* مساعدتك على أن تصبح أكثر استقلالية. فعلى سبيل المثال، يمكننا مساعدتك على تطوير المهارات التي تحتاج إليها للعثور على وظيفة أو معرفة طريقة إعداد وجباتك.

من سيساعدني؟

عندما تصبح عضوًا في Family Care، فستعمل مع فريق من المتخصصين من *[insert MCO name]*. وستكون جزءً مركزيًا من فريق رعايتك **ويجب أن تشترك في كل جزء** من تخطيط رعايتك.

سيقوم فريق رعايتك بإدراجك **أنت** و:

* ممرضة مسجلة.
* عامل اجتماعي *[or Care Manager or Social Services Coordinator].*
* متخصصون آخرون، تبعًا لاحتياجاتك، مثل معالج مهني أو أخصائي علاج طبيعي، أو أخصائي صحة نفسية.
* أي شخص تريد إشراكه، بما في ذلك أفراد الأسرة أو الأصدقاء.

تتمثل وظيفة فريق رعايتك في العمل معك لما يلي:

* تحديد نقاط القوة والموارد والاحتياجات والتفضيلات.
* إعداد خطة رعاية تتضمن المساعدة التي تحتاجها.
* التأكد من تزويدك بالفعل بالخدمات المضمنة في خطتك.
* التأكد من تلبية الخدمات التي توفرها Family Care لاحتياجات وفعاليتها من حيث التكلفة.
* التأكد من استمرار عمل خطة رعايتك لأجلك.

أخطر فريقك في حال حاجتك إلى أي مساعدة للمشاركة في العملية.

Family Care لا تحل محل المساعدة التي تحصل عليها من أسرتك أو أصدقائك أو غيرهم من الأشخاص المتواجدين في مجتمعك. وتشجع *[Insert MCO name]* أفراد الأسرة والأصدقاء وغيرهم من الأشخاص المهمين لك على المشاركة في رعايتك. وسنعمل معك للاعتماد على هذه العلاقات الهامة. كما يمكننا مساعدتك في العثور على الموارد المتوفرة في مجتمعك والتي يمكنها مساعدتك، مثل المكتبات والمراكز العليا والكنائس.

عند الاقتضاء، يمكننا أيضًا المساعدة في العثور على طرق لتقوية شبكة دعمك. على سبيل المثال، إذا كان الأشخاص الذين يساعدونك بحاجة إلى استراحة، فيمكننا توفير خدمات راحة. حيث توفر خدمات الراحة استراحة مؤقتة لمقدمي الرعاية الخاصين بك لمنحهم وقتًا للاسترخاء والحفاظ على صحتهم.

ما معنى أن تكون عضوًا؟

كعضو في برنامج Family Care التابع لـ *[insert MCO name]*، ستعمل أنت وفريقك معًا لاتخاذ قرارات بخصوص صحتك ونمط حياتك. ومعًا، ستختر أنت وفريق رعايتك أفضل خيارات ممكنة لدعمك.

ستحصل على خدمات رعايتك على المدى الطويل عن طريق موفري خدمات *[insert MCO name]*. وعندما تنضم إلى Family Care، سنعطيك معلومات عن كيفية الحصول على قائمة موفري الخدمات الذين وافقوا على العمل معنا. ستتعاون مع فريق الرعاية الخاص بك لاختيار مقدموا الخدمة الذين يلبون احتياجاتك على النحو الأمثل.

*تؤمن [Insert MCO name]* بوجوب امتلاك الأعضاء التابعين لنا لخيار شخصي بخصوص وقت الحصول على الخدمات. والخيارات تعني أن يكون لك رأي في طريقة وموعد توفير الرعاية. كما أن كونك عضوًا وامتلاك الخيار الشخصي يعني تحملك مسؤولية مساعدة فريق الرعاية الخاص بك في العثور على الطرق الأكثر فعالية من حيث التكلفة لدعمك.

تتحمل *[Insert MCO name]* مسؤولية تلبية احتياجات الرعاية على المدى الطويل **لكل** أعضائنا. ولا يمكننا القيام بذلك إلا إذا ساعدنا كل الأعضاء في إعداد خطط الرعاية التي لا تحقق النجاح فحسب، وإنما تتسم بالمعقولية والفعالية من حيث التكلفة. وبالعمل معًا، يمكننا التأكد من استمرار توفر Family Care لأشخاص آخرين يحتاجون إلى خدماتنا.

يمكنك الاحتفاظ بموفري الخدمات الطبيين الحاليين (على سبيل المثال، طبيبك العام، طبيب القدم، طبيب الأسنان، ومقوم العظام)، المستشفيات، العيادات، والصيدليات حيث تحصل على أدويتك الموصوفة. وتجدر الإشارة إلى أن برنامج  
**Family Care التابع لـ *[Insert MCO name]* لا يتحمل المسؤولية عن هذه الخدمات.** فهذه الخدمات تُسدد بواسطة أنواع تأمين أخرى. وسيساعد فريق رعايتك على تنسيق خدمات Family Care الخاصة بك مع الخدمات المقدمة من طبيبك وموفري الخدمات الطبية الآخرين.

من يمكنه أن يكون عضوًا في *[Insert MCO name]*؟

العضوية طوعية. ويعود لك خيار التسجيل في *[insert MCO name]* من عدمه. وللحصول على خدماتنا، يجب أن تلبي **كل** المتطلبات التالية:

* أن تكون بالغًا تعاني من إعاقة جسدية أو إعاقة في النمو/فكرية أو أن يكون سنك 65 سنة فما فوق.
* أن تكون مقيمًا في إحدى مناطق الخدمة (انظر القائمة أدناه).
* أن تكون مؤهلاً ماليًا لـ Medicaid.
* أن تكون مؤهلاً وظيفيًا كما هو محدد بموجب Wisconsin Adult Long Term Care Functional Screen (الفحص الوظيفي لرعاية الكبار على المدى الطويل بولاية ويسكونسن).
* توقيع نموذج التسجيل.

تتضمن منطقة الخدمة الخاصة بنا تلك المقاطعات الواقعة في Wisconsin:

* *[insert counties]*

إذا كنت تخطط للانتقال خارج منطقة الخدمة، فيجب أن تخطر *[insert appropriate contact, e.g., your care   
team, member services, etc.]*. وإذا انتقلت خارج منطقة الخدمة التابعة لنا، فقد لا تتمكن من الاستمرار في التسجيل لدى *[insert MCO name].*

بمجرد أن تصبح عضوًا، يجب أن تواصل تلبية متطلبات الأهلية المالية والوظيفية لتبقى مسجلاً.

* **الأهلية المالية** تعني الأهلية لـ Medicaid (المعروفة أيضًا بـ Medical Assistance أو MA أو Title 19). وتنظر وكالة صيانة الدخل إلى دخل الفرد وأصوله لتحديد إذا ما كان الشخص مؤهلاً لـ Medicaid أم لا. وفي بعض الأحيان، لتكون مؤهلاُ ماليًا، سيضطر الأعضاء لسداد حصة تكلفة الخدمات التي يحصلون عليها. يُطلق على ذلك "المشاركة في التكاليف" ويجب سداده للحفاظ على الأهلية لـ Family Care. وإذا كنت ستشارك في التكلفة، فسيقوم موظفون من ADRC بمناقشة ذلك معك قبل اتخاذك لقرار نهائي بخصوص التسجيل. وستقوم وكالة صيانة الدخل هذه بمراجعة أهليتك المالية ومشاركتك في التكلف مرة على الأقل في السنة للتأكد من استمرار أهليتك المالية لـ Family Care.
* **الأهلية الوظيفية** مرتبطة بصحة الشخص وحاجته للمساعدة في أشياء مثل الاستحمام، ارتداء الملابس، واستخدام الحمام. ويمكن لـ ADRC إخبارك إذا كنت مؤهلاً وظيفيًا لـ Family Care أم لا. وسيقوم فريقك بمراجعة أهليتك الوظيفية مرة على الأقل في السنة للتأكد من استمرار أهليتك.

كيف أصبح عضوًا؟

إذا لم تكن عضوًا بالفعل، غير أنك مهتم بأن تصبح عضوًا في *[insert MCO name]*، فيُرجى الاتصال بـ ADRC في منطقتك أو زيارته. يمكن العثور على عنوان ورقم هاتف ADRC المحلي الخاص بك في صفحة   
[*insert page number(s)*].

سيساعدك ADRC في تقييم مستوى حاجتك للخدمات والتأكد من أهليتك الوظيفية لـ Family Care. كما سيعطيك معلومات عن البرامج الأخرى المتوفرة ويساعدك على اختيار المورد أو البرنامج الأكثر مناسبةً لك.

أثناء عملية التسجيل، سيطلب ADRC منك ما يلي:

* توفير معلومات عن صحتك واحتياجاتك.
* توفير معلومات عن دخلك وأصولك.
* توقيع نموذج "تحرير المعلومات" بالنسبة لسجلاتك الطبية.
* إكمال وتوقيع نموذج التسجيل.

كما ستتحدث مع عامل صيانة الدخل. وسيقوم هذا الشخص بتحديد إذا ما كنت تلبي الأهلية المالية لـ Family Care أم لا.

# الفصل الثالث. أشياء يجب معرفتها عن الحصول على الخدمات

كيف يعمل برنامج Family Care؟

عندما تسجل في برنامج Family Care، فستقوم أنت وفريق رعايتك بتقييم احتياجاتك ونقاط قوتك وتفضيلاتك. ويتمثل جزء من هذه العملية في إخبار فريقك عن نوع الحياة التي تريد عيشها والدعم الذي تحتاجه لعيش نوع الحياة الذي تريده. حيث يمنح ذلك فريقك فهمًا واضحًا لما هو مهم بالنسبة لك.

**تحديد نتائج تجربتك الشخصية**

أثناء التقييم، سيساعدك فريق رعايتك على تحديد **نتائج تجربتك الشخصية**. وهذه النتائج هي الأهداف التي تحددها لحياتك الخاصة وتتضمن ما يلي:

* مدخلات عن:
  + أين تعيش ومع من
  + الدعم اللازم والخدمات اللازمة ومن يوفرها لك
  + روتينك اليومي
* التجربة الشخصية – وجود:
  + تفاعل مع الأسرة والأصدقاء
  + وظيفة أو أنشطة هادفة أخرى
  + الانخراط في المجتمع
  + الاستقرار
  + الاحترام والنزاهة
  + الخصوصية
* الصحة والسلامة – كونك:
  + تتمتع بصحة جيدة
  + تتمتع بالأمان
  + لا تتعرض لإساءة المعاملة والإهمال

أنت فقط من يمكنه إخبار فريق رعايتك بما هو مهم بالنسبة لك. و**أنت** تحدد معنى عبارات النتائج هذه بالنسبة لك ولحياتك. على سبيل المثال، قد يرغب الشخص في:

* التمتع بصحة جيدة كافية للاستمتاع بزيارات الأحفاد.
* الحصول على وظيفة بأجر.
* التمتع باستقلالية كافية للعيش في شقته أو شقتها.

من حقك توقع أن فريق رعايتك سيعمل معك لتحديد نتائج تجربتك الشخصية. وقبل أن تقوم *[insert MCO name]* بشراء الخدمات لأجلك، يجب على فريق رعايتك دراسة أفضل أنواع دعم الخدمات المناسب لاحتياجاتك وأكثرها فعالية من حيث التكلفة. لا يعني ذلك أن *[insert MCO name]* ستقوم بتوفير الخدمات على الدوام لمساعدتك على تحقيق نتائجك. **تجدر الإشارة إلى أن الأشياء التي تقوم بها لنفسك أو المساعدة التي تحصل عليها من الأسرة والأصدقاء والآخرين ستكون جزءً مهمًا للغاية من خطة لدعم نتائجك**.

**تحديد نتائج رعايتك على المدى الطويل**

أثناء عملية التقييم، ستقوم أنت وفريق رعايتك أيضًا بتحديد **نتائج رعايتك على المدى الطويل**. حيث يساعدك ذلك أنت وفريق رعايتك على معرفة الخدمات التي ستلبي احتياجات رعايتك على المدى الطويل. ونتائج الرعاية على المدى الطويل هي تلك الأشياء التي يمكن لـ Family Care مساعدتك في تحقيقها للحصول على نوع الحياة الذي تريده. على سبيل المثال:

* التمكن من تلبية احتياجاتك اليومية
* الحصول على ما تحتاج إليه للبقاء آمنًا وبصحة جيدة وأكبر قدر من الاستقلالية

سيساعد تحديد هذه الأشياء في السماح لك بالتركيز على الأشخاص والأنشطة الأكثر أهمية بالنسبة لك. على سبيل المثال، الحصول على المساعدة لارتداء الملابس أو الاستحمام قد يساعد أيضًا في شعور الشخص بشعور جيد كافي للذهاب إلى العمل أو زيارة الأسرة والأصدقاء.

سيقوم فريق رعايتك بإعداد خطة من شأنها أن تساعدك على المضي قدمًا نحو النتائج التي تحددها أنت وفريقك أثناء عملية التقييم.

ما الذي يجب أن تتضمنه خطة رعايتك؟

ستحتوي خطة رعايتك على ما يلي وستكون واضحة فيما يتعلق به:

* احتياجات صحتك الجسدية وقدرتك على القيام بمهام وأنشطة محددة (مثل تناول الطعام وارتداء الملابس).
* نقاط قوتك وتفضيلاتك.
* نتائج تجربتك الشخصية.
* نتائج رعايتك على المدى الطويل.
* الخدمات التي ستحصل عليها.
* من سيقوم بتوفير كل خدمة.
* الأشياء التي ستقوم بها بنفسك أو بمساعدة من الأسرة أو الأصدقاء أو موارد أخرى في مجتمعك.

سيطلب منك فريق رعايتك توقيع خطة رعايتك، التي تشير إلى أنك شاركت في إعدادها. وستحصل على نسخة من خطتك الموقعة. إذا لم تكن سعيدًا بخطتك، فهناك إجراءات تظلم وطعن متوفرة لك. (انظر الفصل الثامن لمزيد من المعلومات).

سيتواصل فريق رعايتك معك بانتظام للحديث عن حالتك والتحقق مما إذا كانت الخدمات مفيدة لك أم لا. ويُطالب فريقك بالاجتماع معك كل ثلاثة أشهر على الأقل. وقد يجتمع فريقك معك أكثر من ذلك إذا كانت هناك حاجة إلى مزيد من الزيارات المتكررة.

كيف تُحدد الخدمات وتُعتمد؟

**القواعد الأساسية للحصول على الخدمات**

سنقوم في العموم بتغطية خدماتك طالما أن:

* الخدمات مضمنة في حزمة مزايا Family Care.
* الخدمات تدعم نتائج رعايتك على المدى الطويل.
* الخدمات هي الطريقة الأكثر فعالية من حيث التكلفة لدعم احتياجاتك.
* هذه الخدمات مضمنة في خطة رعايتك.
* فريق رعايتك قام باعتماد الخدمات مسبقًا والسماح بها.

يجب أن يعتمد فريق رعايتك كل الخدمات **قبل** حصولك عليها. ولا تُطالب   
*[Insert MCO name]* بالسداد مقابل الخدمات التي تحصل عليها دون اعتمادنا لها مسبقًا. **إذا كنت ترتب للحصول على خدمات بنفسك دون اعتماد من فريق رعايتك، فقد تضطر للسداد مقابلها.** لذا، يُرجى التحدث إلى فريقك إذا كنت بحاجة لخدمة غير معتمدة.

ملاحظة: إذا كنت تدرس الانتقال إلى منشأة رعاية دائمة أو دار مسنين، فإن *[insert MCO name]* لا تعتمد الخدمات السكنية إلا في حالات معينة. انظر صفحة 28 لمزيد من التفاصيل.

بالرغم من أن *[Insert MCO name]* مسؤولة عن دعم نتائج رعايتك على المدى الطويل، إلا أنه يجب علينا أيضًا مراعاة التكلفة عند تخطيط رعايتك واختيار موفري خدمات لتلبية احتياجاتك. وللقيام بذلك، سيستخدم فريق رعايتك عملية Resource Allocation Decision (RAD) (قرار تخصيص الموارد) كدليل في اتخاذ قرارات عن الخدمات.

**نبذة عن عملية Resource Allocation Decision (RAD)   
(قرار تخصيص الموارد)**

عملية RAD هي أداة خطوة بخطوة ستستخدمها أنت وفريقك للعثور على الطرق الأكثر فعالية وكفاءة لتلبية احتياجاتك ودعم نتائج رعايتك على المدى الطويل.

والفعالية من حيث التكلفة هي جزء هام من RAD. حيث تشير الفعالية من حيث التكلفة إلى دعم نتائج رعايتك على المدى الطويل بتكلفة وجهد معقولين. على سبيل المثال، إذا قام موفري خدمة مختلفين بتقديم المساعدة التي تحتاج إليها، فستقوم *[insert MCO name]* بشراء الخدمة الأكثر مناسبة.

يحق لك معرفة وفهم كل خياراتك، بما في ذلك مدى فعالية الأشياء من حيث التكلفة. وتتحمل مسؤولية التحدث مع فريق رعايتك حول هذه الخيارات حتى تتمكنوا من اتخاذ القرارات معًا. ويشمل ذلك طرح الأسئلة ومشاركة آرائك.

أثناء عملية RAD، ستتحدث أنت وفريق رعايتك عن الخدمات التي تحتاج إليها. ومعًا ستستكشفون الخيارات المتوفرة لتلبية نتائج رعايتك على المدى الطويل. وذلك يتضمن الحديث عن كيف يمكن للأصدقاء أو الأسرة أو الآخرين تقديم المساعدة. في العديد من الأوقات، يمكنك تحقيق نتيجتين أو أكثر من نتائجك دون الكثير من المساعدة من قبل *[insert MCO name]* وذلك بسبب قدرة الأسرة أو الأصدقاء أو أشخاص آخرين على مساعدتك واختيارهم القيام بذلك. وستقوم *[Insert MCO name]* بشراء الخدمات التي لا يمكن لوسائل الدعم الخاصة بك توفيرها.

يتمثل هدفنا في دعم الأشخاص المتواجدين في حياتك الذي يختارون مساعدتك بالفعل. وتحافظ "وسائل الدعم الطبيعية" هذه على إبقاء الأشخاص المهمين لك في حياتك اليومية. وبناءً على ذلك، وبدلاً من استبداله، تزيد المساعدة التي تحصل عليها من أسرتك وأصدقائك منن قوة هذه العلاقات التي لا تُقدر بثمن وتساعد *[insert MCO name]* على السداد مقابل الخدمات متى كانت هناك حاجة إليها.

في نهاية عملية RAD، ستتحدث أنت وفريقك عن كيف يمكنك التحكم في حياتك بشكلٍ أكبر وإذا ما كنت مهتمًا بتوجيه خدماتك أم لا.

سيعثر فريق رعايتك على موفري الخدمات لمساعدتك. ويجب أن يكون لموفري الخدمات هؤلاء عقد مبرم مع   
*[insert MCO name]*. إذا شعرت بالاستياء من أي موفر خدمة، فيحق لك طلب موفر خدمة جديد، إلا أنه يجب التحدث مع فريق رعايتك أولاً. ويجب أن يعتمد فريقك كل الخدمات التي تحصل عليها.

ماذا لو تغيرت احتياجاتي؟

قد تتغير خدماتك بمرور الوقت بتغير حالتك الصحية والمعيشية. على سبيل المثال، قد تنخفض خدماتك إذا تحسنت صحتك الجسدية. إذا زادت احتياجاتك، فسنتأكد من حصولك على المساعدة التي تحتاج إليها للبقاء آمنًا وبصحة وجيدة ومستقلاً بأكبر قدر ممكن. فأحد أهدافنا هو توفير الخدمة الصحيحة بالمبلغ المناسب وفي المكان المناسب.

إذا تغيرت احتياجاتك، فيُرجى إخبار فريق رعايتك. ويُرجى العلم بأننا سنتواجد على الدوام لدعمك.

كيف أستخدم شبكة موفري الخدمات؟

ستحدد أنت وفريق رعايتك موفري الخدمات من "شبكة موفري الخدمات". وتوجد قائمة موفري الخدمات التي نستخدمها عادةً على موقعنا على العنوان *[insert URL]*. نطلق على هذه القائمة Provider Network Directory (شبكة موفري الخدمات). إذا كنت تريد نسخة ورقية من Provider Network Directory (شبكة موفري الخدمات)، فيمكنك طلب نسخة من *[insert appropriate contact (e.g., member services)*].

أعلم فريقك إذا كنت بحاجة إلى معلومات عن إمكانيات موفري الخدمات الخاصين بك. على سبيل المثال، يمكنك السؤال إذا ما كان لدى موفري الخدمات طاقم عمل يتحدث لغة معينة، أو يفهم ثقافة إثنية معينة أو معتقد ديني معين. كما يمكن لفريق رعايتك إخبارك إذا ما كان من الممكن وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى أماكن وأجهزة موفر الخدمة أم لا.

نتعاقد مع موفري خدمة يساعدون على دعم نتائج أعضائنا على المدى الطويل. ويعمل موفرو الخدمات التابعين لنا معنا بطريقة فعالة من حيث التكلفة ويجب أن يلبوا معايير الجودة الخاصة بنا. هذا وتمنحك شبكة موفري الخدمات الخاصة بنا مجموعة من موفري الخدمات، متى أمكن. مع ذلك، يجب على *[insert MCO name]* التأكد أيضًا من أن موفر الخدمة يمثل خيارًا فعالاً من حيث التكلفة.

بعد أن يعتمد فريق رعايتك الخدمات الخاصة بك، ستقوم أنت وفريقك بالاختيار من بين موفري الخدمات الموجودين في Provider Network Directory (شبكة موفري الخدمات) الخاص بـ *[insert MCO name]*. وإذا لم يكن لديك موفر خدمة يمكنه تلبية احتياجاتك، أو إذا كان كل موفري الخدمة المعتادين لدينا موجودين بعيدًا جدًا عن المكان الذي تعيش فيه، فقد نستخدم موفر خدمة خارج شبكتنا. ولاختيار موفر خدمة خارج شبكتنا، يجب أن تتحدث مع فريق رعايتك.

إذا كنت من سكان أمريكا الأصليين أو ألاسكا الأصليين، فيمكنك الحصول على الخدمات من موفر رعاية صحية هندي خارج شبكتنا.

قد تكون هناك أوقات ترغب فيها في تغيير موفري الخدمات. اتصل بفريق رعايتك إذا كنت تريد التغيير من أحد موفري الخدمات لآخر داخل الشبكة. **إذا قمت بتغيير موفري الخدمات بدون الحديث مع فريقك والحصول على الاعتماد أولاً، فقد تتحمل مسؤولية تكلفة الخدمة**.

بالنسبة لموفري الخدمات الذين يأتون إلى منزلك أو يوفرون الرعاية الشخصية الودية، قد نتمكن من شراء خدمات من أشخاص مألوفين لك، مثل أحد أفراد الأسرة. ويجب أن يكون الشخص الذي تختار استخدامه مؤهلاً وموافقًا على العمل بتكلفة مشابهة لموفري الخدمة الآخرين التابعين لنا.

كيف يساعدك برنامج Family Care على إدارة خدماتك؟

تحترم *[Insert MCO name]* اختيارات أعضائها. على سبيل المثال:

* ترتيب المعيشة، الروتين اليومي، خدمات الدعم التي تختارها هي أمثلة لفئات النتائج التي يدعمها برنامج   
  Family Care. فأنت تقول ما يهمك في مجالات النتائج هذه. وتعمل مع فريق رعايتك للعثور على الطرق المعقولة لدعم نتائجك. إذا كنت لا تعتقد أن خطة رعايتك توفر الدعم المعقول لنتائجك، فيمكنك تقديم مظلمة أو طعن. (انظر الفصل الثامن لمزيد من المعلومات).
* سننظر في استخدام موفر خدمة لا نستخدمه عادةً في حال طلبك لذلك.
* بالنسبة لموفري الخدمات الذين يأتون إلى منزلك أو يوفرون الرعاية الشخصية الودية، سنقوم – بناءً على طلبك – بشراء الخدمات من أي موفر خدمة مؤهل، بما في ذلك أحد أفراد الأسرة. **ويجب أن يلبي موفر الخدمة أو فرد الأسرة متطلباتنا وأن يقبل المبلغ المالي الذي نسدده.**
* يحق لك التغيير إلى فريق رعاية مختلف، حتى مرتين في السنة التقويمية. ولا يحق لك ذكر سبب رغبتك في فريق مختلف. وقد لا تتمكن *[Insert MCO name]* على الدوام من تلبية طلبك أو منحك الفريق المحدد الذي تريده.
* يمكنك اختيار التوجيه الذاتي لخدمة أو أكثر من الخدمات التي تحصل عليها.

ما وسائل الدعم الموجهة ذاتيًا؟

يمكنك استخدام خيار وسائل الدعم الموجه ذاتيًا من برنامج Family Care إذا كنت تريد الحصول على مزيد من المسؤولية وأن تكون أكثر مشاركةً في توجيه خدماتك الخاصة. واختيار التوجيه الذاتي يشير إلى أنه سيكون لك رأي أكبر في كيفية حصولك على الخدمات وممن تحصل عليها.

في بعض أنواع وسائل الدعم الموجه ذاتيًا، يحق لك التحكم في ميزانية خدماتك وتحمل مسؤوليتها. كما قد يحق لك التحكم في موفري الخدمات، بما في ذلك مسؤولية تعيين عمال رعايتك المباشرين وتدريبهم والإشراف عليهم وفصلهم. وفي أنواع أخرى من وسائل الدعم الموجه ذاتيًا، يمكنك تحديد موفر الخدمة، إلا أن الوكالة ترعى التعيين الفعلي للموظفين وتدريبهم والإشراف عليهم.

تُستخدم وسائل الدعم الموجهة ذاتيًا كثيرًا للرعاية المنزلية، إلا أنها قد تُستخدم أيضًا لخدمات خارج المنزل، مثل المواصلات والرعاية الشخصية في محل عملك. ويمكن لفريق رعايتك إخبارك بالخدمات التي يمكن توجيهها ذاتيًا في برنامج   
Family Care.

يمكنك اختيار مدى رغبتك في المشاركة في وسائل الدعم الموجهة ذاتيًا. ولا يتم اتباع نهج "الكل أو لا شيء". حيث يمكنك اختيار توجيه خدمة أو أكثر. على سبيل المثال، يمكنك اختيار توجيه خدمات ذاتيًا تساعدك على البقاء في منزلك أو تساعدك في العثور على وظيفة والحفاظ عليها. ثم يمكنك العمل مع فريق رعايتك لإدارة خدمات تهدف إلى نتائج أخرى في خطة رعايتك.

إذا اخترت استخدام خيار وسائل الدعم الموجه ذاتيًا، فستعمل مع فريقك لتحديد ميزانية الخدمات بناءً على خطة رعايتك. وستقوم بشراء خدماتك في حدود هذه الميزانية، سواء بشكلٍ مباشر أو بمساعدة شخص آخر أو وكالة أخرى من اختيارك.

إذا كنت مهتمًا بوسائل الدعم الموجه ذاتيًا، فيُرجى سؤال *[insert appropriate contact (e.g., your care team)]* عن معلومات أكثر حول مزاياها وحدودها.

ما الذي يتعين علي القيام به في حالة الطوارئ؟

**إذا كنت تواجه حالة طارئة، فاتصل بـ911.**

*أنت* ***لا*** *تحتاج إلى الاتصال بفريق رعايتك أو الحصول على تصريح مسبق في حالة الطوارئ.*

حالة الطوارئ تعني اعتقادك بأن صحتك في خطر كبير. ويجب أن تكون حالة الطوارئ مرض مفاجئ أو الاشتباه في أزمة قلبية أو سكتة دماغية أو كسر في العظام أو نوبة ربو خطيرة.

إذا كنت تواجه حالة طارئ طبية:

* احصل على المساعدة في أقرب وقت ممكن. اتصل بـ 911 أو اذهب إلى أقرب غرفة طوارئ، مستشفى، أو مركز رعاية عاجلة.
* أخبر موظفو الطوارئ أو المستشفى بأنك عضو في *[insert MCO name]*.
* اتصل أنت أو شخص آخر بفريق رعايتك في أقرب وقت ممكن *[if applicable, insert time in which member must notify care team (e.g., 48 hours)]* لإخباره برعايتك الطارئة.

بالرغم من أن برنامج Family Care لا يغطي الخدمات الطبية، إلا أنه من الضروري إخبار فريق رعايتك في حال ذهابك إلى غرفة الطوارئ أو دخول المستشفى. فبهذه الطريقة يمكننا إخبار موفر خدماتك الحالي بأنك في المستشفى ويمكننا تنسيق خدمات المتابعة. على سبيل المثال، قبل أن تغادر المسشتفى، قد يحيلك الطبيب إلى وكالة صحة منزلية للحصول على خدمات المتابعة. وقد يحتاج فريق رعايتك إلى اعتماد خدمات الصحة المنزلية قبل أن تغادر المستشفى.

كيف أحصل على الرعاية بعد ساعات العمل الطبيعية؟

إذا كنت تواجه حاجة ملحة يتعذر أن تنتظر حتى يوم العمل التالي، فاتصل بـ *[insert 24-hour phone number, including TTY/TTD number]*. حيث يتوفر موظفون تحت الطلب على مدار الساعة وطوال الأسبوع. ويمكن للموظفين تحت الطلب اعتماد الخدمات اللازمة بشكل مؤقت للمتابعة حتى يوم العمل التالي. وسيقوم فريق رعايتك بالمتابعة معك لتحديد إذا ما كان يجب استمرار الخدمات أم لا.

ماذا إذا احتجت للرعاية أثناء تواجدي خارج المنطقة؟

إذا كنت ستتواجد خارج منطقة خدمة *[insert MCO name]*، وتريد مواصلة الحصول على الخدمات أثناء غيابك، فيجب أن **تخطر فريق رعايتك في أقرب وقت ممكن**. وستتشاور *[Insert MCO name]* مع وكالة صيانة الدخل لمعرفة إذا ما كان غيابك سيؤثر على حالتك كمقيم بـcounty (المقاطعة) أم لا.

* إذا **لم تعد مقيمًا** بـcounty (المقاطعة) التي تخدمها *[insert MCO name]*، فاتصل بـ   
  aging and disability resource center (ADRC) (مركز موارد الشيخوخة والإعاقة) في county (المقاطعة) التي تذهب إليها. ويمكن لـADRC إخبارك بالبرامج المتوفرة في هذه county (المقاطعة).
* إذا كنت **ستُعتبر مقيمًا**، فستعمل *[insert MCO name]* معك لتخطيط طريقة فعالة من حيث التكلفة لدعم احتياجاتك والحفاظ على صحتك وأمنك أثناء الغياب.

إذا اعتقدت *[insert MCO name]* أنه يتعذر إعداد خطة فعالة من حيث التكلفة تلبي احتياجاتك وتضمن صحتك وأمنك أثناء التواجد خارج منطقة الخدمة، فيمكننا مطالبة الولاية بإلغاء تسجيلك في البرنامج. وإذا طالبنا الولاية بإلغاء تسجيلك، فستُمنح فرصة للطعن على طلبنا من خلال عملية الطعن. (انظر الفصل الثامن لمزيد من المعلومات).

لا تسدد *[Insert MCO name]* مقابل الرعاية إذا انتقلت خارج منطقة خدمتنا بشكل دائم. وإذا كنت تخطط للانتقال بشكلٍ دائم، فاتصل بفريق رعايتك في أقرب وقت ممكن. وسيتحدث فريقك معك عن عواقب الانتقال بشكلٍ دائم. إذا كنت تقيم في Wisconsin، فسنحيلك إلى ADRC في موقعك الجديد حيث يمكنك الحصول على معلومات عن البرامج والمنظمات الأخرى المتوفرة لك. وإذا قررت إجراء تغيير، فيمكن لفريق رعايتك وموظفي ADRC مساعدتك على تغيير خدماتك إلى موفري خدمات في موقعك الجديد.

# الفصل الرابع. حزمة مزايا برنامج Family Care

ما الخدمات المقدمة؟

عادةً ما تعتمد الخدمات المتوفرة لك على مستوى رعايتك. وثمة "مستويان للرعاية" في برنامج Family Care.

1. **"مستوى رعاية دار المسنين**" – إذا كنت تلبي مستوى الرعاية هذا، فذلك يعني أن احتياجاتك هامة بالقدر الكافي لتأهلك للحصول على الخدمات في دار مسنين. (وهذا لا يعني وجوب تواجدك في دار مسنين للحصول على الخدمات). تجدر الإشارة إلى توفر مجموعة كبيرة من الخدمات في مستوى الرعاية هذا.
2. **"مستوى رعاية خلاف دار المسنين**" – إذا كنت تلبي مستوى الرعاية هذا، فذلك يعني أنك بحاجة إلى بعض خدمات الرعاية على المدى الطويل، إلا أنك لن تكون مؤهلاً للحصول على الخدمات في دار المسنين. تجدر الإشارة إلى أن توفر مجموعة محدودة من الخدمات في مستوى الرعاية هذا.

قد يتغير مستوى رعايتك بمرور الوقت بتغير حالتك الصحية أو المعيشية. على سبيل المثال، في حال دخولك المستشفى أو دار المسنين، سيجتمع فريق رعايتك معك لتحديد إذا كان مستوى رعايتك تغير أم لا. وإذا كنت لا تعرف مستوى رعايتك، فاسأل فريق رعايتك.

ترد الخدمات التي يغطيها برنامج Family Care في مخطط "حزمة مزايا برنامج Family Care" بالصفحة التالية. وبالرغم من توفر الخدمات الواردة في حزمة الفوائد لكل الأعضاء، إلا أن هذا لا يعني إمكانية حصولك على خدمة بسبب وجودها في القائمة وحسب. فلن تحصل إلا على الخدمات اللازمة لدعم نتائج رعايتك على المدى الطويل وضمان صحتك وأمنك. وستستخدم أنت وفريق رعايتك عملية RAD لإعداد خطة الرعاية الأكثر فعالية من حيث التكلفة.

قد تقوم *[Insert MCO name]* بتوفير خدمة غير واردة بالقائمة. ويجب أن تلبي وسائل الدعم أو الخدمات البديلة شروطًا معينة. وستقرر أنت وفريق رعايتك متى تحتاج إلى خدمات بديلة لتلبية نتائج رعايتك على المدى الطويل.

**يجب أن يعتمد فريق رعايتك كل الخدمات قبل أن تبدأ في الحصول عليها**. ويُرجى ملاحظة الآتي:

* قد يضطر بعض الأعضاء للمشاركة في التكاليف للتأهل لبرنامج Family Care.
* يتضمن برنامج Family Care قواعدًا لاعتماد الخدمات السكنية والإقامة في دار المسنين. ولن تعتمد   
  *[Insert MCO name]* الخدمات السكنية إلا في حالات معينة.
* لا تحتوي حزمة المزايا إلا على بعض الخدمات المؤهلة للتوجيه الذاتي في برنامج Family Care. فيُرجى مراجعة فريق رعايتك إذا كنت تريد المزيد من المعلومات.

مخطط حزمة مزايا برنامج Family Care

*[Note to MCOs: These should appear as check marks. If not, MCOs may need to fix appropriately.]*

تتوفر الخدمات التالية طالما أنها:

* مطلوبة لدعم نتائج رعايتك على المدى الطويل.
* معتمدة مسبقًا من فريق رعايتك.
* مذكورة في خطة رعايتك.

|  | **مستوى رعاية دار المسنين** | **مستوى رعاية خلاف دار المسنين** |
| --- | --- | --- |
| **الخدمات القائمة على المجتمع بخطة ولاية MEDICAID** |  |  |
| خدمات المعالجة اليومية من إدمان الكحول والمخدرات الأخرى (AODA) (في كل البيئات باستثناء القائمة على المستشفى أو المقدمة من طبيب) | ✓ | ✓ |
| خدمات إدمان الكحول والمخدرات الأخرى (AODA) (باستثناء المقدمة للمرضى الداخليين أو من الطبيب) | ✓ | ✓ |
| خدمات إدارة الرعاية/الحالة | ✓ | ✓ |
| برنامج الدعم المجتمعي (باستثناء المقدمة من الطبيب) | ✓ | ✓ |
| المعدات الطبية والمستلزمات الطبية الدائمة (باستثناء وسائل تقوية السمع والأطراف الصناعية ووسائل تنظيم الأسرة) | ✓ | ✓ |
| الصحة المنزلية | ✓ | ✓ |
| خدمات معالجة الصحة العقلية اليومية (في كل البيئات) | ✓ | ✓ |
| خدمات الصحة العقلية (باستثناء المقدمة للمرضى الداخليين أو من الطبيب) | ✓ | ✓ |
| التمريض (بما في ذلك رعاية الجهاز التنفسي والتمريض العام على فترات متقطعة والخاص) | ✓ | ✓ |
| العلاج المهني (في كل البيئات باستثناء المرضى الداخليين بالمستشفى) | ✓ | ✓ |
| الرعاية الشخصية | ✓ | ✓ |
| العلاج الطبيعي (في كل البيئات باستثناء المرضى الداخليين بالمستشفى) | ✓ | ✓ |
| خدمات أمراض النطق واللغة (في كل البيئات باستثناء المرضى الداخليين بالمستشفى) | ✓ | ✓ |
| النقل إلى المواعيد الطبية (باستثناء سيارة الإسعاف) | ✓ | ✓ |
| **الخدمات المؤسسية بخطة ولاية MEDICAID** |  |  |
| دار المسنين، بما في ذلك منشأة الرعاية الوسيطة للأفراد ذوي الإعاقات الفكرية ومؤسسة الأمراض العقلية. (الخدمات المتوفرة في مؤسسة الأمراض العقلية لا تشمل إلا الأعضاء تحت سن 21 سنة أو سن 65 سنة فما فوق). | ✓ |  |
| **خدمات التنازل القائمة على المنزل والمجتمع** |  |  |
| وسائل المساعدة التكيفية | ✓ |  |
| الرعاية النهارية للبالغين | ✓ |  |
| التكنولوجيا المساعدة/وسائل المساعدة على التواصل | ✓ |  |
| الخدمات الاستشارية السريرية والعلاجية لمقدمي الرعاية | ✓ |  |
| تثقيف وتدريب المستهلك | ✓ |  |
| الخدمات الاستشارية والعلاجية | ✓ |  |
| التدريب على مهارات الحياة اليومية | ✓ |  |
| الخدمات النهارية | ✓ |  |
| خدمات الإدارة المالية | ✓ |  |
| توصيل الوجبات إلى المنازل | ✓ |  |
| تعديلات المنزل | ✓ |  |
| الاستشارات السكنية | ✓ |  |
| نظام الاستجابة للطوارئ الشخصية | ✓ |  |
| الخدمات قبل المهنية | ✓ |  |
| خدمات النقل | ✓ |  |
| الرعاية السكنية: منزل أسرة لبالغ يحتوي على 1-2 سرير | ✓ |  |
| الرعاية السكنية: منزل أسرة لبالغ يحتوي على 3-4 أسرة | ✓ |  |
| الرعاية السكنية: منشأة سكنية قائمة على المجتمع | ✓ |  |
| الرعاية السكنية: مجمع سكني للرعاية السكنية | ✓ |  |
| الرعاية المؤقتة | ✓ |  |
| خدمات الرعاية الشخصية الموجهة ذاتيًا | ✓ |  |
| التمريض المتمكن | ✓ |  |
| المعدات والمستلزمات الطبية المتخصصة | ✓ |  |
| وسيط الدعم | ✓ |  |
| التوظيف المدعوم – خدمات دعم التوظيف الفردي وتوظيف المجموعات الصغيرة | ✓ |  |
| الرعاية المنزلية الداعمة | ✓ |  |
| خدمات التدريب لمقدمي الرعاية الذين لا يحصلون على أجر | ✓ |  |
| النقل (النقل المتخصص) – وسائل النقل المجتمعية وغيرها | ✓ |  |
| تخطيط ودعم المستقبل المهني | ✓ |  |

ما الخدمات غير المقدمة؟

**بالرغم من أن الخدمات التالية لا تتوفر في حزمة مزايا الرعاية على المدى الطويل من برنامج Family Care**، إلا أنها تتوفر لك من خلال بطاقة Wisconsin Medicaid ForwardHealth:

* خدمات إدمان الكحول والمخدرات الأخرى (المقدمة بواسطة طبيب أو في بيئة المرضى الداخليين)
* السمعيات، بما في ذلك تقييم وظيفة السمع وإعادة تأهيل ضعف السمع
* تقويم العمود الفقر
* التدخل في الأزمات
* طب الأسنان
* الرعاية الطارئة (بما في ذلك الإسعاف الجوي والأرضي)
* النظارات
* خدمات تنظيم الأسرة
* وسائل تقوية السمع وبطارية وسائل تقوية السمع
* دار العجزة (الرعاية الداعمة للمرض العضال)
* المستشفى: المرضى الداخليين والخارجيين، بما في ذلك رعاية غرفة الطوارئ (باستثناء العلاج الطبيعي للمرضى الخارجيين، العلاج المهني، وأمراض الكلام واللغة، خدمات الصحة العقلية المقدمة من طرف خلاف الطبيب، وخدمات إدمان الكحول والمخدرات الأخرى المقدمة من طرف آخر خلاف الطبيب)
* الخدمات المتوفرة في مؤسسة الأمراض العقلية (الخدمات لا تشمل إلا الأعضاء تحت سن 21 سنة أو سن 65 سنة فما فوق)
* خدمات الممرضة الممارسة المستقلة
* المعمل والأشعة السينية
* الأدوية/العقاقير الموصوفة
* خدمات الصحة العقلية (المقدمة من الطبيب أو في بيئة المرضى الداخليين)
* تصحيح البصر
* خدمات الطبيب والخدمات السريرية (باستثناء العلاج الطبيعي للمرضى الخارجيين، العلاج المهني، وأمراض الكلام واللغة، خدمات الصحة العقلية المقدمة من طرف خلاف الطبيب، وخدمات إدمان الكحول والمخدرات الأخرى المقدمة من طرف آخر خلاف الطبيب)
* طب الأقدام (رعاية القدم)
* تنسيق الرعاية ما قبل الولادة
* الأطراف الصناعية
* الطب النفسي
* الخدمات القائمة على المدرسة
* الانتقال بسيارة الإسعاف

بالرغم من أن برنامج Family Care لا يغطي الخدمات سالفة الذكر، إلا أنك مؤهل للحصول عليها من خلال برنامج Medicaid المعتاد. وسيعمل فريق رعايتك معك عن كثب لمساعدتك في الحصول على الخدمات عندما تحتاج إليها. إذا كان لديك Medicare، مزايا Veterans (VA)، أو تأمين آخر بالإضافة إلى Medicaid، فقد تغطي هذه التأمينات الخدمات سالفة الذكر. وقد يكون هناك سداد مشترك لهذه الخدمات.

**بالإضافة إلى القائمة أعلاه، لا تتوفر العناصر والخدمات التالية**:

* الخدمات التي لم يعتمدها فريق رعايتك أو غير المضمنة في خطة رعايتك
* الخدمات غير الضرورية لدعم نتائج رعايتك على المدى الطويل
* النفقات المعيشية الطبيعية، مثل الإيجار أو مدفوعات الرهن العقاري، الطعام، المرافق، الترفيه، الملابس، الأثاث، المستلزمات المنزلية، والتأمين
* العناصر الشخصية في غرفتك بمنشأة الرعاية الدائمة أو دار المسنين، مثل الهاتف أو التلفزيون
* الإقامة والمعيشة في المباني السكنية
* رسوم الوصاية

***[INSTRUCTIONS TO MCOs:*** *If MCO does not cover a service(s) due to moral or religious reasons the MCO must add the following bullet. If this provision does not apply, delete the bullet.]*

* بالإضافة إلى القائمة أعلاه، لا توفر *[insert MCO name]* العناصر والخدمات التالية:
  + *[Indicate name of service(s)]*

# الفصل الخامس. فهم من يسدد مقابل الخدمات وتنسيق المزايا الخاصة بك

هل سأسدد مقابل أي خدمات؟

أنت غير مضطر للسداد مقابل الخدمات المذكورة في خطة رعايتك بصفتها ضرورية لدعم نتائج رعايتك على المدى الطويل. وفي حال ترتيبك الحصول على خدمات غير واردة في خطة رعايتك، ستتحمل مسؤولية السداد مقابلها.

**أنت مسؤول عن المدفوعات المشتركة الخاصة بالخدمات التي تحصل عليها من برنامج Medicaid المعتاد.** ويتضمن ذلك المدفوعات المشتركة الخاصة بالأدوية، زيارات الطبيب، وزيارات المستشفى. والمدفوعات المشتركة هي المبلغ الثابت (5 دولارات، على سبيل المثال) الذي تسدده مقابل خدمة الرعاية الصحية المغطاة. كما قد تتحمل مسؤولية المدفوعات المشتركة إذا كان لديك مزايا أو تأمين Veterans (VA) آخر بالإضافة إلى Medicaid.

هناك نوعان آخران من النفقات التي قد تضطر لسدادها كل شهر:

* حصة التكلفة
* الإقامة والمعيشة

بالرغم من أن السداد المشترك والإقامة والمعيشة شيئان مختلفان، إلا أنك قد تضطر للسداد مقابلهما.

**حصة التكلفة**

قد يضطر بعض الأعضاء لسداد مبلغ شهري ليبقى مؤهلاً لـ Family Care. يُعرف هذا المبلغ الشهري بـ**"حصة التكلفة"**. وتعتمد حصة التكلفة الخاصة بك على عدة عوامل منها الدخل، تكاليف السكن، والنفقات الطبية. تجدر الإشارة إلى أن المبلغ الذي تسدده مقابل نفقات معينة قد يقلل حصتك في التكلفة. ويمكن لفريق رعايتك شرح أنواع النفقات التي قد تقلل حصتك في التكلفة والإيصالات التي يجب أن تحتفظ بها. وسيطلب فريق رعايتك نسخًا من الإيصالات ويكتشف إذا ما كانت النفقات قد تساعد في خفض المبلغ المستحق عليك أم لا.

إذا كنت تسدد حصة التكلفة، فستحصل على إيصال من *[insert MCO name]* كل شهر. وبالرغم من أنك ترسل المبلغ بالبريد إلى *[insert MCO name]*، إلا أن وكالة صيانة الدخل تحدد المبلغ الذي يجب أن تسدده كل شهر.

سيتم النظر في مبلغ تكلفة الحصة الخاص بك مرة واحدة في السنة، أو في أي وقت يتغير فيه دخلك. **وقد تُطالب بابلاغ فريق رعايتك ووكالة صيانة الدخل عن كل التغييرات في الدخول والأصول في غضون 10 أيام من التغيير**. هذا وتتضمن الأصول، على سبيل المثال لا الحصر، السيارات، النقد، الحسابات الجارية والادخارية، والقيمة النقدية للتأمين على الحياة.

قد يتسبب التقصير في سداد حصة التكلفة الشهرية في فقدان الأهلية وقد يُلغى تسجيلك من برنامج Family Care. وفي حال اعتقادك عدم صحة حصة التكلفة، يمكنك تقديم طلب جلسة استماع عامة منصفة لدى Division of Hearings and Appeals (قسم جلسات الاستماع والطعون) بـ Wisconsin. انظر صفحة 43 لمعرفة التعليمات الخاصة بكيفية طلب جلسة استماع عامة منصفة.

إذا كانت لديك أسئلة بخصوص حصة التكلفة، فاتصل بـ *[enter appropriate contact – i.e., your care team]*.

**تخفيض حصة التكلفة**

إذا كنت غير قادر على سداد حصة التكلفة الشهرية بسبب النفقات المعيشية الضرورية، فقد تكون مؤهلاً لتخفيض مبلغ حصة التكلفة. وتتضمن النفقات المعيشية الضرورية مدفوعات الرهن العقاري، الإيجار، تأمين المنزل أو المستأجر، ضرائب الممتلكات، المرافق، الطعام، الملابس، مستلزمات النظافة، وتكلفة تشغيل وصيانة السيارة.

قد يؤدي تخفيض حصة التكلفة إلى جعل نفقاتك المعيشية الشهري أكثر معقولية، وقد يسمح ببقائك مسجلاً في برنامج Family Care.

لطلب تخفيض حصة التكلفة، يجب أن تكمل "طلب تخفيض حصة التكلفة". انظر الملحق *[insert appendix #]* للاطلاع على نسخة من الطلب، أو احصل على الطلب من الإنترنت على العنوان [www.dhs.wisconsin.gov/library/f-01827.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-01827.htm).

بالإضافة إلى الطلب، ستحتاج إلى تقديم دليل على دخلك الشهري، نفقاتك الشهرية، ومبلغ حصة التكلفة الذي تسدده لـ *[insert MCO name]* كل شهر. ويخبرك الطلب بنوع الدليل اللازم ويعطيك أمثلة لأنواع المستندات التي سيتوجب عليك تقديمها.

إذا كنت بحاجة للمساعدة في استكمال الطلب، فيمكنك الحصول على المساعدة، مجانًا، من ombudsman (أمين المظالم). هذا وتوجد معلومات الاتصال الخاصة بـ ombudsman (أمين مظالم) برامج Family Care في صفحة 46.

**الإقامة والمعيشة**

ستتحمل مسؤولية سداد تكاليف الإقامة والمعيشة (الإيجار والطعام) إذا كنت تعيش في منزل أسرة لبالغ، منشأة سكنية قائمة على المجتمع، أو مجمع سكني للرعاية السكنية.

ستقوم *[Insert MCO name]* بالسداد مقابل جزء الرعاية والإشراف بالخدمات الخاصة بك. وسنخبرك بمبلغ تكلفة إقامتك ومعيشتك، وسنرسل إليك فاتورة كل شهر. *[MCOs can add instructions on how payment is made (for example, if the member pays the RCAC directly).]*

إذا كانت لديك أسئلة بخصوص الإقامة والمعيشة، أو لا يمكنك السداد، فاتصل بـ*[indicate how member can get more information about room and board* ***and*** *what options members have if they feel they cannot afford room and board.]*. وقد يتمكن فريق رعايتك من مساعدتك على إيجاد منشأة تلبي احتياجاتك بسعر أكثر معقولية.

كيف أقوم بالسداد؟

يمكن سداد مدفوعات حصة التكلفة والإقامة والمعيشة بواسطة شيك أو حوالة مالية. برجاء إرسال المدفوعات إلى:

*[Insert name/address where member should send payment]*

قد يتوفر أيضًا السحب التلقائي من حسابك البنكي. فاسأل فريق رعايتك عن التفاصيل.

ماذا لو حصلت على فاتورة مقابل الخدمات؟

لست مضطرًا للسداد مقابل الخدمات التي يعتمدها فريق رعايتك بصفتها جزء من خطة رعايتك. وإذا حصلت على فاتورة من موفر الخدمة عن طريق الخطأ، فلا تسددها. بل اتصل بفريق رعايتك حتى يمكنه حل المشكلة.

هل يسدد برنامج Family Care مقابل الخدمات السكنية أو دور المسنين؟

يتمثل الهدف الهام Family Care لبرنامج في مساعدة الأعضاء على العيش باستقلالية قدر الإمكان. حيث يجب أن يكون كل الأشخاص – بما في ذلك الأشخاص ذوي الإعاقات وكبار السن – قادرين على العيش في المنزل مع الدعم الذي يحتاجونه، والمشاركة في المجتمعات التي تقدر مساهماتهم.

توضح الدراسات والاستبيانات أن معظم الأشخاص يرغبون في العيش بمنازلهم أو شققهم، بين الأسرة والأصدقاء. ويمكن توفير معظم خدمات برنامج Family Care في المنزل لمعظم الأشخاص وعادةً ما يكون العيش في المنزل الخيار الأكثر فاعلية من حيث التكلفة.

تتضمن حزمة مزايا برنامج Family Care خدمات الرعاية السكنية ودار المسنين. غير أن الانتقال من المنزل إلى منشأة رعاية أو دار مسنين يجب أن يكون الحل الأخير.

لن يعتمد فريق رعايتك الرعاية السكنية أو الإقامة في دار المسنين إلا عندما ينطبق أحد الأمور التالية على الأقل:

* تعذر ضمان صحتك وأمنك في منزلك.
* تعذر دعم فعالية نتائج رعايتك على المدى الطويل من حيث التكلفة في منزلك.
* كون الانتقال إلى منشأة الخيار الأكثر فعالية من حيث التكلفة لدعم نتائج رعايتك على المدى الطويل.

حتى إذا كانت الرعاية السكنية هي الخيار الوحيد، فقد لا تتمكن من الإقامة في، أو الانتقال إلى، المنشأة التي تريدها. حيث إن هذه المنشأة قد لا تكون متعاقدة مع *[insert MCO name]* أو قد لا ترغب في قبول السعر الذي نسدده. ولا يمكن لبرنامج Family Care إجبار موفري الخدمة على قبول أسعارنا.

إذا كنت تعيش في منزلك واتفقت أنت وفريق رعايتك على وجوب عدم عيشك هناك، فستقوم أنت والفريق معًا باتخاذ قرار بخصوص الخدمات السكنية. هذا وتتحمل أنت وفريقك مسؤولية العثور على الخيارات السكنية الأكثر فعالية من حيث التكلفة ضمن شبكة موفري الخدمات الخاصة بـ*[insert MCO name]*. وبمجرد انتقالك، سنتابع العمل معك أثناء تواجدك في المنشأة السكنية أو دار المسنين.

**يجب أن يعتمد فريق رعايتك كل الخدمات السكنية.** ومن المهم جدًا ألا تختر موفر الخدمة السكنية بنفسك. بل يجب أن تعمل مع فريقك بخصوص هذه القرارات للتأكد من أن *[insert MCO name]* ستسدد مقابل هذه الخدمات.

**ستُطالب بسداد جزء الإيجار والطعام من تكلفة المنشأة.** ويُطلق على هذه التكاليف أيضًا نفقات "الإقامة والمعيشة".

كيف يتم التنسيق بين Medicare ومزايا التأمين الأخرى الخاصة بي؟

عندما تسجل لدى *[insert MCO name]*، سنسألك عما إذا كان لديك أي تأمين آخر خلاف Medicaid   
(Medicaid تُعرف أيضًا بالمساعدة الطبيةMedical Assistance ، MA أو Title 19). ويتضمن التأمين الآخر Medicare، التغطية الصحية للمتقاعدين، التأمين طويل المدى، وغير ذلك من التأمين الخاص على الصحة.

من الضروري أن تعطينا معلومات عن التأمين الآخر الذي تمتلكه. **وإذا اخترت عدم استخدام التأمين الآخر، فيمكنك رفض السداد مقابل أي خدمات قد يغطيه**.

قبل أن تقوم Medicaid، بما في ذلك برنامج Family Care، بالسداد مقابل الخدمات، يجب إرسال الفاتورة إلى التأمين الآخر الخاص بك أولاً. وتتوقع *[Insert MCO name]* منك القيام بما يلي:

* إخطارنا في حال وجود تأمين آخر، بما في ذلك الأجزاء A و B من Medicare.
* إطلاعنا على المستجدات في حال وجود تغييرات في تغطية الأجزاء A و B من Medicare أو التأمين الآخر.
* إخطارنا في حال حصولك على مدفوعات من شركة تأمين، لأنه قد يتوجب تعويض *[insert MCO name]*. وقد تؤثر طريقة تعاملك مع هذه المدفوعات على أهليتك لبرنامج Family Care.

إذا لم يكن لديك Medicare في الوقت الحالي بسبب شعورك بعدم القدرة على تحملها، فقد يتمكن فريق رعايتك من العثور على برنامج من شأنه أن يساعدك على السداد مقابل أقساط Medicare.

إذا كان لديك Medicare، فستغطي معظم تكاليف رعايتك الصحية، بما في ذلك الأطباء والمستشفيات. وجزء التكلفة الذي لا يشمله Medicare يُطلق عليه Medicare القابل للخصم، التأمين المشترك، أو المدفوعات المشتركة. هذا وستقوم Medicaid أو *[insert MCO name]* بسداد Medicare القابل للخصم، التأمين المشترك، أو المدفوعات المشتركة بالنيابة عنك.

إذا حصلت على فاتورة من Medicare أو موفر خدمة بخصوص Medicare القابل للخصم، التأمين المشترك، أو مبلغ المدفوعات المشتركة، فيُرجى الاتصال بفريق رعايتك.

ما هو estate recovery (استرداد المصاريف من قيمة الملكية)؟ وكيف ينطبق علي؟

إذا كنت مسجلاً في Medicaid بالفعل، أو عضوًا في *[insert MCO name]*، فإن قواعد estate recovery (استرداد المصاريف من قيمة الملكية) تنطبق عليك. حيث تنطبق estate recovery (استرداد المصاريف من قيمة الملكية) في Medicaid على معظم خدمات الرعاية على المدى الطويل سواء تم تقديمها بواسطة *[insert MCO name]* أو من خلال برامج أخرى.

من خلال estate recovery (استرداد المصاريف من قيمة الملكية)، تسعى الولاية إلى استرداد تكلفة كل خدمات الرعاية طويلة الأجل في Medicaid. ويتم الاسترداد من قيمة الملكية الخاصة بك، أو الملكية الخاصة بالزوج/الزوجة، بعد وفاة كل منكما. ويعود المال المسترد إلى الولاية لاستخدامه في رعاية آخرين محتاجين.

يتم الاسترداد عن طريق تقدي مطالبات بخصوص الممتلكات. ولن تحاول الولاية الاسترداد من قيمة ملكيتك حال حياة الزوج أو الزوجة أو طفل معاق. وسيتم الاسترداد بعد وفاتهما.

لمزيد من المعلومات عن estate recovery (استرداد المصاريف من قيمة الملكية)، اسأل فريق رعايتك. كما تتوفر معلومات عن برنامج estate recovery (استرداد المصاريف من قيمة الملكية) من Medicaid من خلال المصادر المذكورة أدناه:

رقم الاتصال المجاني: 800-362-3002

رقم الهاتف النصي: 711 أو 3529-947-800

الموقع: [www.dhs.wisconsin.gov/medicaid/erp.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/medicaid/erp.htm)

# الفصل السادس. حقوقك

يجب أن نحترم حقوقك بصفتك عضو في *[insert MCO name]*.

1. **يجب أن نوفر المعلومات بطريقة تناسبك**. وللحصول على معلومات منا بطريقة تناسبك، يُرجى الاتصال بفريق رعايتك *[or insert appropriate contact]*.
2. **يجب أن نعاملك بكرامة واحترام ونزاهة في كل الأوقات**. ويحق لك:

* الحصول على رعاية رحيمة ومراعية لمشاعرك من الموظفين وموفري الخدمات التابعين  
   لـ *[insert MCO name]*.
* الحصول على الرعاية في بيئة آمنة ونظيفة.
* عدم الاضطرار إلى القيام بعمل أو تنفيذ خدمات بالنيابة عن *[insert MCO name]*.
* التشجيع على والمساعدة في التحدث إلى موظفي *[insert MCO name]* بخصوص التغييرات في السياسة والتي تعتقد بوجوب تنفيذها أو الخدمات التي تعتقد بوجوب تقديمها.
* التشجيع على ممارسة حقوقك بصفتك أحد أعضاء *[insert MCO name]*.
* التحرر من التمييز. ويجب على *[Insert MCO name]* مراعاة القوانين التي تحميك من التمييز أو المعاملة غير المنصفة. تجدر الإشارة إلى أننا لا نقوم بالتمييز بناءً على عرق الشخص أو إعاقته العقلية أو الجسدية أو دينه أو نوعه أو هوية نوعه أو توجهه الجنسي أو صحته أو إثنيته أو عقيدته (معتقداته) أو سنه أو أصلة القومي أو مصدر مدفوعاته.
* التحرر من أي من أشكال التقييد أو العزلة المستخدمة كوسيلة للإكراه، التأديب، التيسير، أو الانتقام. وهذا يعني أنه يحق لك التحرر من التقييد أو الإجبار على البقاء وحيدًا لتتصرف بطريقة معينة أو لمعاقبتك أو لأن شخص ما يجد ذلك مفيدًا.
* التحرر من إساءة المعاملة والإهمال والاستغلال المالي.
* **قد تكون إساءة المعاملة** جسدية أو عاطفية أو مالية أو جنسية. كما قد تكون إساءة المعاملة في حال إعطاء شخص ما علاج لك، كدواء، أو بحث تجريبي دون الحصول على موافقتك المستنيرة.
* **الإهمال** هو عندما يفشل مقدم الرعاية في توفير الرعاية أو الخدمات أو الإشراف، الأمر الذي يعرض الفرد إلى خطر كبير. والإهمال الذاتي هو عندما يفشل فرد مسؤول عن رعاية نفسه أو نفسها في الحصول على رعاية كافية، بما في ذلك الطعام، المأوى، الملابس، أو الرعاية الطبية أو رعاية الأسنان.
* قد يكون **الاستغلال المالي** احتيالاً أو إغراء أو إكراه أو سرقة أو سوء سلوك من قبل وكيل مالي، سرقة الهوية، تزوير، أو استخدام غير معتمد لبطاقات المعاملات المالية، بما في ذلك بطاقات الائتمان، الخصم، ATM، وما شابهها.

**ما الذي يمكنك القيام به في حال تعرضك لإساءة المعاملة أو الإهمال أو الاستغلال المالي؟** يتوفر فريق رعايتك للحديث معك عن المشاكل التي تشعر بأنها قد تكون إساءة معاملة أو إهمال أو استغلال مالي. ويمكن للفريق مساعدتك في الإبلاغ أو ضمان الخدمات من أجل أمنك. يجب أن تتصل بـ 911 على الدوام في حالات الطوارئ.

إذ شعرت بأن شخصًا تعرفه وقع ضحيةً لإساءة المعاملة أو الإهمال أو الاستغلال المالي، فيمكنك الاتصال بـ Adult Protective Services (الخدمات الوقائية للبالغين). وستساعد Adult Protective Services (الخدمات الوقائية للبالغين) في حماية أمن كبار السن والبالغين المعرضين لخطر الذين تعرضوا لإساءة المعاملة أو الإهمال أو الاستغلال. كما ستقدم العون عند عجز الشخص عن الاعتناء بأمنه أو أمنها بسبب حالة صحية أو إعاقة.

تتضمن الصفحة [*insert page number*] أرقام الهواتف التي يجب الاتصال بها للإبلاغ عن حوادث إساءة المعاملة المشهودة أو المشتبه بها.

1. **يجب أن نضمن وصولك إلى الخدمات المشمولة الخاصة بك في الوقت المناسب**. بصفتك أحد أعضاء   
   *[insert MCO name]*، يحق لك الحصول على الخدمات الواردة في خطة رعايتك عندما تحتاج إليها. وسيقوم فريق رعايتك بترتيب خدماتك المشمولة. كما سيقوم فريقك بالتنسيق مع موفري الرعاية الصحية الخاصين بك. ومن أمثلة ذلك الأطباء، أطباء الأسنان، وأطباء القدم. اتصل بفريقك للمساعدة في اختيار موفري الخدمة الخاصين بك.

إذا كنت قادمًا إلى *[insert MCO name]* من برنامج أو منظمة مختلفين تابعين لـ Medicaid، فيجب أن نتأكد من الحفاظ على نفس مستوى الوصول إلى الخدمات الذي حظيت به من قبل. وبعد تسجيلك، سنجتمع معك لإعداد خطة رعايتك. وبالرغم من أن الخدمات الخاصة بك وموفري الخدمات قد تتغير بموجب خطتك الجديدة، إلا أنك قد تتمكن من الاحتفاظ بموفري الخدمة في حال موافقتهم على العمل معنا وتلبية متطلباتنا.

1. **يجب أن نحمي خصوصية معلوماتك الصحية الشخصية**. إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف بخصوص خصوصية المعلومات الصحية الشخصية، فيُرجى الاتصال بـ *[insert appropriate contact]*.
2. **يجب أن نمنحك الوصول إلى سجلاتك الطبية**. اطلب من فريق رعايتك إذا أردت الحصول على نسخة من سجلاتك. ويحق لك مطالبة *[insert MCO name]* بتغيير سجلاتك أو تصحيحها.
3. **يجب أن نمنحك معلومات عن *[insert MCO name]*، شبكة موفري الخدمات التابعين لنا، والخدمات المتوفرة**. يُرجى الاتصال بفريق رعايتك إذا كنت تريد هذه المعلومات.
4. **يجب أن ندعم حقك في اتخاذ قرارات بخصوص خدماتك**.

* يحق لك العلم بكل خياراتك. مما يعني أنه يحق إخبارك بكل الخيارات المتوفرة، تكلفتها، وإذا ما كانت مشمولة بموجب برنامج Family Care أم لا. كما يمكنك اقتراح خدمات أخرى تعتقد أنها تلبي احتياجاتك.
* يحق إخبارك بأي مخاطر مضمنة في الرعاية.
* يحق لك "رفض" أي رعاية أو خدمات مُوصى بها.
* يحق لك الحصول على آراء طبية ثانية. فاسأل فريق رعايتك في حال الحاجة إلى مساعدة للحصول على رأي ثانٍ.
* يحق لك إعطاء تعليمات بخصوص ما تريد تنفيذه إذا لم تتمكن من اتخاذ قرارات لنفسك. ففي بعض الأحيان يعجز الأشخاص عن اتخاذ قرارات الرعاية الصحية لأنفسهم بسبب الحوادث أو الأمراض الخطيرة. ويحق لك قول ما تريد حدوثه إذا كنت في هذه الحالة. وهذا يعني أنه يمكنك إعداد "**توجيهات مسبقة**".

توجد أنواع مختلفة من التوجيهات المسبقة وأسماء مختلفة لها. ومن أمثلة التوجيهات المسبقة المستندات التي يُطلق عليها "**Living Will**" ("وصية الأحياء") و "**power of attorney for health care**" ("التوكيل الرسمي للرعاية الصحية").

أنت تقرر إذا ما كنت تريد توجيهات مسبقة أم لا. ويمكن لفريق رعايتك شرح كيفية إعداد واستخدام التوجيهات المسبقة، إلا أنه لا يمكنه إجبارك على إعداده أو معاملتك بطريقة مختلفة بناءً على إذا ما كان لديك توجيهات مسبقة أم لا.

يمكنك تقديم شكوى لدى Division of Quality Assurance (قسم تأكيد الجودة) بـ Wisconsin   
إذا اعتقدت أن *[insert name of MCO]* لا تتبع توجيهاتك المسبقة. لتقديم الشكوى، اتصل على الرقم   
800-642-6552.

اتصل بفريق رعايتك إذا كنت تريد معرفة المزيد عن التوجيهات المسبقة. كما يمكنك العثور على نماذج التوجيهات المسبقة على موقع State of Wisconsin على العنوان [www.dhs.wisconsin.gov/forms/advdirectives](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/advdirectives).

1. **يحق لك الحصول على خدمات Family Care الخاصة بك في أماكن تتيح لك أن تكون جزءً حقيقيًا من المجتمع الذي تعيش فيه**. وهذا حقك بموجب القاعدة الفيدرالية لبيئات الخدمات المنزلية والخدمات القائمة على المجتمع. حيث تنطبق القاعدة على البيئات التي تعيش فيها والبيئات الموجودة خارج منزلك حيث تحصل على الخدمات أثناء اليوم. يجب على *[Insert MCO name]* التأكد من حصولك على خدمات Family Care الخاصة بك في أماكن تربطك بمجتمعك وتدعم استقلاليتك. وهذا يعني الأماكن التي تدعم قدرتك على ما يلي:

* العيش حيثما تريد أن تعيش.
* المشاركة في الحياة المجتمعية.
* العثور على عمل والمشاركة فيه بنفس الطريقة التي يتبعها الأشخاص الآخرين بمجتمعك.
* التحكم في جدولك.
* الوصول إلى أموالك والتحكم فيها.
* تحديد من تراه ومتى تراه.
* الحفاظ على خصوصيتك.

إذا كانت لديك مخاوف بخصوص الأماكن التي تحصل فيها على الخدمات، فيمكنك الاتصال بفريق رعايتك.

1. **يحق لك تقديم مظلمة أو طعن في حال استيائك من الرعاية أو الخدمات**. (انظر الفصل الثامن لمعرفة معلومات عن كيفية تقديم مظلمة أو طعن).

# الفصل السابع. مسؤولياتك

فيما يلي الأشياء التي يجب أن تقوم بها بصفتك أحد أعضاء *[insert MCO name]*. وإذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بفريق رعايتك. فنحن متواجدون لمساعدتك.

1. التعرف على الخدمات الموجودة في حزمة مزايا برنامج Family Care. وهذا يتضمن فهم ما يجب القيام به للحصول على خدماتك.
2. المشاركة في التطوير الأولي والمستمر لخطة رعايتك.
3. المشاركة في عملية RAD للعثور على أكثر الطرق فعالية من حيث التكلفة لتلبية احتياجاتك ودعم نتائج رعايتك على المدى الطويل. حيث يتشارك الأعضاء والأسر والأصدقاء مسؤولية الاستخدام الأكثر فعالية من حيث التكلفة لدولارات الضرائب العامة.
4. التحدث إلى فريق رعايتك حول الطرق التي يمكن لأصدقائك أو أسرتك أو منظمات مجتمعية وتطوعية أخرى مساعدتك بها أو الطرق التي يمكنك بواسطتها القيام بالمزيد لنفسك.
5. اتباع خطة رعايتك التي وافقت عليها أنت وفريق رعايتك.
6. تحمل مسؤولية أفعالك إذا رفضت المعالجة أو لم تتبع التعليمات الواردة من فريق رعايتك أو موفري الخدمات.
7. استخدام موفري الخدمات أو الوكالات التي تشكل *[insert MCO name]* جزءً منها، ما لم تقرر أنت وفريق رعايتك خلاف ذلك.
8. اتباع إجراءات *[insert MCO name]* للحصول على الرعاية بعد ساعات العمل.
9. إخطارنا في حال الانتقال إلى عنوان جديد أو تغيير رقم هاتفك.
10. إخطارنا بأي إقامة مؤقتة أو الانتقال خارج منطقة الخدمة.
11. تزويد *[insert MCO name]* بالمعلومات الصحيحة حول احتياجات رعايتك الصحية، الموارد المالية، والتفضيلات وإخبارنا في أقرب وقت ممكن عن أي تغييرات في حالتك. يتضمن ذلك توقيع نموذج "تحرير المعلومات" عند حاجتنا إلى معلومات أخرى لم تكن متاحة لديك بسهولة.
12. معاملة فريقك، طاقم عمل رعايتك المنزلية، وموفري خدماتك بكرامة واحترام.
13. قبول الخدمات بغض النظر عن أصل موفرها أو لونه أو دينه أو سنه أو نوعه أو توجهه الجنسي أو صحته أو إثنيته أو عقيدته (معتقداته) و أصله القومي.
14. سداد أي تكاليف شهرية في الموعد المحدد، بما في ذلك أي حصة تكلفة أو رسوم إقامة ومعيشة قد تتحملها. والسماح لفريق رعايتك *[or insert appropriate contact]* بمعرفة إذا ما كنت تواجه مشاكل في سداد مدفوعاتك بأقرب وقت ممكن.
15. استخدام مزايا Medicare والتأمين الخاص، عند الاقتضاء. وإخبار *[insert MCO name]* ووكالة صيانة الدخل، إذا كانت لديك أي تغطية تأمين صحي أخرى.
16. العناية بأي معدات طبية دائمة، مثل الكراسي المتحركة وأسرة المستشفى المقدمة لك من قبل   
    *[insert MCO name]*.
17. الإبلاغ عن الاحتيال أو إساءة المعاملة الذي يرتكبه موفرو الخدمات أو موظفو *[insert MCO name]*. وإذا شككت في ارتكاب شخص ما للاحتيال أو سواء استخدام أموال المساعدة العامة، بما في ذلك Family Care، أو تيقنت من ذلك، فيمكنك الاتصال بالخط الساخن المخصص لقضايا الاحتيال أو تقديم تقرير على الإنترنت على العنوان:

**الإبلاغ عن الاحتيال على المساعدات العامة**   
3432-865-877 (رقم الاتصال المجاني) أو تفضل بزيارة  
[www.dhs.wisconsin.gov/fraud](http://www.dhs.wisconsin.gov/fraud)

*[Optional – Insert information about how to report fraud directly to MCO]*

1. عدم المشاركة في أي نشاط احتيالي أو إساءة استخدام المزايا. وقد يتضمن ذلك ما يلي:

* تحريف مستوى إعاقتك.
* تحريف مستوى الدخل والأصول.
* تحريف الإقامة.
* بيع المعدات الطبية المقدمة من *[insert MCO name].*

قد يتسبب أي نشاط احتيالي في إلغاء التسجيل من برنامج Family Care أو احتمال المقاضاة الجنائية.

1. الاتصال بفريق رعايتك للحصول على المساعدة إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف.
2. إخبارنا بمدى تقدمنا ونجاحنا. بين الحين والآخر، قد نسألك عما إذا كنت ترغب في المشاركة بمقابلات الأعضاء، استبيانات الرضا، أو غيرها من أنشطة مراجعة الجودة. حيث ستساعدنا إجاباتك وتعليقاتك في تحديد نقاط قوتنا فضلاً عن المجالات التي يجب أن نتحسن فيها. فيُرجى إطلاعنا إذا كنت تريد معرفة نتائج أي استبيانات. لأنه يسعدنا ويسرنا مشاركة هذه المعلومات معك. *[MCOs can add additional language here if they want. For example, we may also ask you to participate on boards, committees, prevention and wellness programs, etc.]*

# الفصل الثامن. المظالم والطعون

مقدمة

نتعهد بتوفير خدمة جيدة لعملائنا. إلا أنه قد تكون هناك أوقات تشعر فيها بالقلق. وبصفتك عضوًا، يحق لك تقديم مظلمة أو الطعن على قرار اتخذته *[insert MCO name]* والحصول على مراجعة عاجلة ومنصفة.

إذا لم ترضى عن الرعاية والخدمات التي تحصل عليها، فيجب ان تتحدث مع فريق رعايتك أولاً. فعادةً ما يكون الحديث مع فريقك من أسهل وأسرع الطرق لمعالجة مخاوفك. وإذا لم ترغب في الحديث مع فريقك، فيمكنك الاتصال بأحد متخصصي حقوق الأعضاء لدينا. ويمكن لمتخصص حقوق الأعضاء إخبارك بحقوقك، محاولة تسوية مخاوفك بطريقةٍ غير رسمية، ومساعدتك في تقديم مظلمة أو طعن. كما يمكن لمتخصص حقوق الأعضاء العمل معك طوال عملية التظلم والطعن لمحاولة إيجاد حل يمكن تنفيذه.

|  |
| --- |
| **للمساعدة في عملية التظلم والطعن، اتصل بأحد متخصصي حقوق الأعضاء لدى *[insert MCO name]*، على**:  *[insert MCO name]*  Member Rights Specialist  *[Address]*  رقم الاتصال المجاني: *[Toll-free phone number]*  رقم الهاتف النصي: *[TTY number]*  البريد الإلكتروني: *[Email address, optional]* |

إذا لم تتمكن من تسوية مخاوفك بالعمل المباشر مع فريق رعايتك أو متخصص حقوق الأعضاء، فيمكنك تقديم مظلمة أو طعن لدى *[insert MCO name]*.

يخبرك هذا الدليل بطريقة تقديم المظلمة أو الطعن، الأمر الذي قد يبدو مربكًا لأن لكل خيار مواعيد نهائية مختلفة. ملاحظة: عندما يشير هذا الدليل إلى "الأيام"، فهذا معناه أي يوم من العام، بما في ذلك العطلات. وعندما يشير هذا الدليل إلى "أيام العمل"، فهذا معناه الإثنين إلى الجمعة، باستثناء العطلات. ولا يجب أن تعرف أو تفهم كل المعلومات الواردة في هذا الفصل لأن هناك أشخاص متوفرون لمساعدتك.

إذا كان لديك نوع معين من المخاوف لا تعرف طريقة تسويته، فيمكنك سؤال فريق رعايتك أو أحد متخصصي حقوق الأعضاء في *[insert MCO name]*. كما توجد برامج ombudsman (أمين المظالم) المتوفرة لمساعدة كل أعضاء Family Care في المظالم والطعون. (توجد معلومات الاتصال الخاصة ببرنامج ombudsman (أمين المظالم) في صفحة 46). ويمكنك أيضًا طلب المساعدة من أحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء أو مؤيد أو محامي. كما قد يتمكن متخصص حقوق الأعضاء من إعطائك معلومات عن أماكن أخرى يمكنها مساعدتك.

**نسخة من ملف حالتك**

يحق لك الحصول على نسخة مجانية من المعلومات الموجودة في ملف حالتك وذات الصلة بمظلمتك أو طعنك. وتشير المعلومات إلى كل المستندات، السجلات الطبية، وغيرها من المواد ذات الصلة بمظلمتك أو طعنك. يتضمن ذلك أي معلومات جديدة أو إضافية قد تجمعها *[insert MCO name]* أثناء المظلمة أو الطعن. لطلب نسخة من ملف حالتك، اتصل بـ *[Add contact info]*.

|  |
| --- |
| لن تواجه مشاكل في حال تقديم شكوى ضد فريق رعايتك أو موفرو خدمات أو عدم الموافقة عليهم. وإذا قدمت مظلمة أو طعن، فلن تُعامل بطريقةٍ مختلفة.  نحن ننشد رضاك عن الرعاية المقدمة لك. |

المظالم

**ما المظلمة؟**

تكون المظلمة عند عدم رضاك عن *[insert MCO name]* أو أحد موفري الخدمات التابعين لنا أو جودة رعايتك أو خدماتك. على سبيل المثال، قد ترغب في تقديم مظلمة في الحالات التالية:

* تكرار وصول عامل رعايتك الشخصية متأخرًا.
* شعورك بعدم إصغاء فريق رعايتك إليك.
* مواجهتك مشاكل في الحصول على مواعيد مع موفر الخدمة.
* عدم رضاك عن منتجات سلسل البول المقدمة من موفر الخدمة.

**من يمكنه تقديم المظلمة؟**

يمكن تقديم المظلمة بواسطة أي من التالين:

* أنت.
* متخذ القرار القانوني الخاص بك. على سبيل المثال، الوصي القانوني أو توكيل عام رسمي للرعاية الصحية.
* شخص او منظمة قمت بتعيينه أو تعيينها كممثل معتمد لك لأغراض Medicaid.
* أي شخص بإذن خطي منك. على سبيل المثال، أحد أفراد الأسرة، صديق أو موفر الخدمة.

**ما الموعد النهائي لتقديم المظلمة؟**

يمكنك تقديم المظلمة في أي وقت.

**كيف أقدم المظلمة؟**

إذا كنت تريد تقديم مظلمة، فيجب أن تبدأ العملية بالاتصال بـ *[insert MCO name and contact information]*.

**الخطوة الأولى: تقديم مظلمتك لدى *[insert MCO name]***

*[Insert MCO name]* تريدك أن تكون سعيدًا بالرعاية والخدمات المقدمة لك. ويمكن لأحد متخصصي حقوق الأعضاء العمل معك ومع فريق رعايتك لمحاولة تسوية مخاوفك بطريقةٍ غير رسمية. ففي الغالب، يمكننا الاهتمام بمخاوفك دون التطرق لما هو أبعد من ذلك. إلا أنه إذا لم نتمكن من تسوية مخاوفك، فيمكنك تقديم مظلمة لدى *[insert MCO name]* عن طريق الاتصال بنا أو مراسلتنا.

|  |
| --- |
| *[Insert MCO name]*  *[Appropriate contact (e.g., Member Rights Specialist, MCO Grievances, etc.)]*  *[Address]*  رقم الاتصال المجاني: *[Toll-free phone number]*  رقم الهاتف النصي: *[TTY number]*  عنوان البريد الإلكتروني: *[Email address, optional]*  [*MCOs can choose to include a form that members can use to file a grievance in the appendix. For example, if you want, you can use the form at the end of this handbook to file a grievance. The form is in appendix (insert Appendix #).]* |

**ماذا يحدث بعد ذلك؟**

إذا قدمت مظلمة لدى *[insert MCO name]*، فسنرسل لك خطابًا في غضون خمسة أيام عمل لإخبارك باستلامنا مظلمتك. وبعد ذلك، سيحاول موظفو *[insert MCO name]* الذين ليسوا ضمن فريق رعايتك المساعدة في معالجة مخاوفك بطريقةٍ غير رسمية أو الخروج بحل يرضيك أنت و*[insert MCO name]*. إذا لم نتمكن من الخروج بحل أو إذا لم ترغب في العمل مع موظفي *[insert MCO name]* لمعالجة مخاوفك بطريقةٍ غير رسمية، فستقوم لجنة المظالم والطعون التابعة لنا بمراجعة المظلمة وإصدار قرار.

* اللجنة مكونة من ممثلي *[insert MCO name]* وأحد "المستهلكين" على الأقل. والمستهلك هو شخص يحصل أيضًا على خدمات منا أو يمثل شخص يحصل عليها [*MCOs can customize this to indicate who is on their committee (e.g., MCO staff, providers, community members, etc)*]. في بعض الأحيان قد يشكل أشخاص آخرون متخصصون في موضوع المظلمة جزءً من اللجنة.
* سنخبرك بالموعد الذي تخطط اللجنة للاجتماع فيه لمراجعة مظلمتك.
* الاجتماع سري. ويمكنك المطالبة بعدم وجود المستهلك في اللجنة، إذا كنت قلقًا بخصوص السرية أو إذا كانت لديك مخاوف أخرى.
* يحق لك المثول شخصيًا. ويمكنك إحضار مؤيد، صديق، أحد أعضاء الأسرة، أو شاهد.
* ستمنحك اللجنة فرصة لشرح مخاوفك. ويمكنك تقديم المعلومات، الأدلة، والشهادات للجنة.
* من المحتمل أن يكون فريق رعايتك أو موظفو *[insert MCO name]* الآخرون في الاجتماع.
* ستتخذ اللجنة القرار في غضون 90 يومًا من تاريخ استلامنا الأول لمظلمتك. وسترسل اللجنة خطابًا بالقرار إليك.

**ماذا لو لم أوافق على قرار لجنة المظالم والطعون؟**

إذا لم توافق على قرار لجنة المظالم والطعون، فيمكنك المطالبة بمراجعة من قبل Wisconsin Department of Health Services (DHS) (دائرة الخدمات الصحية بـWisconsin).

**الخطوة الثانية: المطالبة بمراجعة من قبل DHS**

**ملاحظة: يجب أن تبدأ أولاً بعملية المظالم الخاصة بـ *[insert MCO name]* قبل أن تتمكن من المطالبة بمراجعة من قبل DHS.**

يمكنك مطالبة DHS بمراجعة قرار لجنة المظالم والطعون بخصوص مظلمتك. وDHS هي الوكالة الحكومية المسؤولة عن برنامج Family Care. وتعمل DHS مع منظمة خارجية تُسمى MetaStar لمراجعة المظالم. حيث ستقوم MetaStar بمراجعة حقائق مظلمتك وقرار لجنة المظالم والطعون. وسترسل MetaStar القرار النهائي المتعلق بمظلمتك إليك.

|  |
| --- |
| **للمطالبة بمراجعة DHS مظلمتك، اتصل أو أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى**:  DHS Family Care Grievances  رقم الاتصال المجاني: 8338-203-888  البريد الإلكتروني: [dhsfamcare@wisconsin.gov](mailto:dhsfamcare@wisconsin.gov) |

**ما الموعد النهائي للمطالبة بمراجعة من قبل DHS؟**

لجنة المظالم والطعون لدى *[insert MCO name]* مطالبة بإرسال القرار المتعلق بمظلمتك إليك في غضون 90 يومًا من تاريخ استلامنا لمظلمتك. على سبيل المثال، إذا تلقت *[MCO name]* مظلمتك في 1 مايو، فيجب أن نرسل قرارنا إليك بحلول 30 يوليو.

* إذا أرسلت لجنة المظالم والطعون القرار إليك في غضون 90 يومًا، فلديك 45 يومًا من تاريخ تلقيك للقرار للمطالبة بمراجعة من قبل DHS.

على سبيل المثال، يوجد لدى *[insert MCO name]* وقت حتى 30 يوليو لإرسال القرار إليك. إذا تلقيت القرار في 1 يونيو. ولم توافق على القرار. فلديك حتى 16 يوليو للمطالبة بمراجعة DHS لقرار *[insert MCO name]*.

* إذا **لم** ترسل لجنة المظالم والطعون القرار إليك في غضون 90 يومًا، فلديك 45 يومًا من تاريخ انتهاء الإطار الزمني للمطالبة بمراجعة من قبل DHS.

على سبيل المثال، يوجد لدى *[insert MCO name]* وقت حتى 30 يوليو لإرسال القرار إليك. وعند حلول 30 يوليو، وفي حال عدم إرسال *[insert MCO name]* القرار إليك. فبدءً من 31 يوليو، لديك حتى 14 سبتمبر لطلب مراجعة DHS لمظلمتك.

**ماذا يحدث بعد ذلك؟**

تعمل DHS مع منظمة خارجية تُسمى MetaStar لمراجعة المظالم. وإذا طالب بمراجعة من قبل DHS، فستتصل بك MetaStar.

* سترد MetaStar خطيًا للسماح لك بمعرفة أنهم تلقوا طلبك الخاص بمراجعة DHS لمظلمتك.
* إذا قامت MetaStar بإخبار DHS بتقصير *[insert MCO name]* في اتباع متطلبات معنية، فقد تأمرنا DHS باتخاذ خطوات لإصلاح المشكلة.
* ستقوم MetaStar بإكمال مراجعتها مظلمتك في غضون 30 يومًا من تاريخ تلقيها لطلبك.
* ستقوم MetaStar بإرسال القرار النهائي بخصوص مظلمتك إليك وإلى *[insert MCO name]* في غضون سبعة أيام من انتهاء المراجعة.

**ماذا لو لم أوافق على مراجعة DHS؟**

قرار MetaStar نهائي. ولا يمكنك المطالبة بجلسة استماع عامة منصفة بخصوص المظلمة.

الطعون

**ما هو الطعن؟**

الطعن هو طلب مراجعة القرار الذي اتخذته *[insert MCO name]*. على سبيل المثال، يمكنك تقديم الطعن إذا رفض فريق رعايتك الخدمات أو وسائل الدعم التي طلبتها. ومن الأمثلة الأخرى قرارات تخفيض أو إنهاء الخدمة أو رفض السداد مقابل الخدمة.

**من يمكنه تقديم الطعن؟**

يمكن تقديم الطعن بواسطة أي من التالين:

* أنت.
* متخذ القرار القانوني الخاص بك. على سبيل المثال، الوصي القانوني أو توكيل عام رسمي للرعاية الصحية.
* شخص او منظمة قمت بتعيينه أو تعيينها كممثل معتمد لك لـ Medicaid.
* أي شخص بإذن خطي منك. على سبيل المثال، أحد أفراد الأسرة، صديق أو موفر الخدمة.

**ما أنواع المشاكل التي يمكنني الطعن عليها؟**

يحق لك تقديم طعن في أنواع المواقف التالية:

1. يمكن تقديم طعن إذا كانت *[insert MCO name]*:

* تخطط لإيقاف خدمة معتمدة تحصل عليها في الوقت الحالي أو تعليقها أو تخفيضها.
* تقرر رفض خدمة طلبتها وهذه الخدمة موجودة في حزمة مزايا برنامج Family Care.\*
* تقرر عدم السداد مقابل خدمة في حزمة المزايا.\*

إذا اتخذنا أحد الإجراءات المذكورة أعلاه، فيجب أن نرسل إليك "**Notice of Adverse Benefit Determination**" (إخطار تحديد المزايا السلبية). ويتضمن الإخطار التاريخ الذي قررناه لإيقاف خدماتك أو تعليقها أو تخفيضها. لمعرفة ما يبدو عليه Notice of Adverse Benefit Determination (إخطار تحديد المزايا السلبية)، اذهب إلى الملحق *[insert appx #]*.

\*ملاحظة: يوفر برنامج Family Care الخدمات المذكورة في مخطط حزمة المزايا. وإذا طلبت الحصول على خدمة غير مذكورة، فلن تضطر *[insert MCO name]* إلى توفير الخدمة أو السداد مقابلها. وسنقوم بدراسة طلبك، إلا أنه في حال رفضه، لن تتمكن من الطعن على قرارنا. وسنقوم بإرسال خطاب إليك لإخطارك بأن الخدمة التي طلبتها ليست مدرجة في حزمة المزايا.

1. يمكنك تقديم طعن لدى *[insert MCO name]* في الحالات التالية:

* تغير أهليتك الوظيفية.
* عدم رغبتك في خطة رعايتك للأسباب التالية:
* عدم دعمها لمعيشتك في المكان الذي تعيش فيه.
* عدم توفيرها الرعاية أو المعالجة أو وسائل الدعم الكافية لتلبية احتياجاتك والنتائج المحددة.
* تطالبك بقبول عناصر رعاية أو معالجة أو دعم لا تريدها أو تعتقد بأنها مقيدة بلا داعي.
* فشل *[Insert MCO name]* في:
* ترتيب أو توفير الخدمات في الوقت المناسب.
* تلبية الإطر الزمنية المطلوبة لتسوية الطعن الخاص بك.
* تغطية الخدمات من موفري خدمات غير تابعة للشبكة إذا كنت عضوًا يعيش في منطقة ريفية بها منظمة مدارة واحدة فقط.
* طلب *[Insert MCO name]* من DHS إلغاء تسجيلك.
* طلب *[Insert MCO name]* منك سداد مبلغ تعتقد أنه غير مستحق.

في هذه الحالات، سترسل *[insert MCO name]* خطابًا لك بحقوقك في الطعن. وعند تلقيك لخطاب حقوقك في الطعن، يجب أن تقرأ هذا الخطاب بدقة. فقد يخبرك الخطاب بالموعد النهائي لتقديم الطعن. وإذا كانت لديك أسئلة بخصوص الخطاب أو الإخطار، فيمكنك دائمًا الاتصال بأحد متخصصي حقوق الأعضاء لطلب المساعدة.

**كيف أقدم الطعن؟**

إذا كنت تريد تقديم طعن، فيجب أن تبدأ العملية بالاتصال بـ *[insert MCO name and contact information]*.

|  |
| --- |
| **استمرار خدماتك أثناء تقديمك طعنًا لدى** *[insert MCO name]*  إذ كنت تحصل على مزايا وطلبت طعنًا قبل أن تتغير المزايا التي تحصل عليها، فيمكنك الاحتفاظ بالحصول على نفس الخدمات إلى أن تتخذ لجنة المظالم والطعون لدى *[insert MCO name]*، قرارًا بخصوص طعنك.  إذا كنت تريد الاحتفاظ بمزاياك أثناء تقديمك للطعن لدى *[insert MCO name]*، فيجب أن:   * ترسل الطعن بالبريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني ***في أو قبل*** التاريخ الذي تقرره  *[insert MCO name]* لإيقاف خدماتك أو تعليقها أو تخفيضها. * تطلب متابعة خدماتك طوال سير عملية الطعن لدى *[insert MCO name]*.   إذا قررت لجنة المظالم والطعون لدى *[insert MCO name]* أن *[insert MCO name]* القرار كان صحيحًا، فقد تحتاج إلى رد المزايا الإضافية التي حصلت عليها في الفترة بين وقت طلبك الطعن ووقت اتخاذ لجنة المظالم والطعون للقرار. إلا أنه في حال تسبب الرد لعبءٍ مالي كبير بالنسبة لك، فقد لا تُطالب برد هذه التكلفة. |

إذا كنت تريد من شخص ما مساعدتك في تقديم الطعن، فيمكن التحدث إلى أحد متخصصي حقوق الأعضاء لدى  
*[insert MCO name]*. كما يمكن لمؤيد مساعدتك في الأمر. وقد يكون المؤيد أحد أفراد الأسرة أو صديق أو محامي أو ombudsman (أمين المظالم) أو أي شخص آخر يرغب في المساعدة. هذا وتتوفر برامج ombudsman (أمين المظالم) لمساعدة جميع أعضاء برنامج Family Care في الطعون. (توجد معلومات الاتصال الخاصة ببرامج ombudsman   
(أمين المظالم) في الصفحة 46).

**تقديم الطعن الخاص بك لدى *[insert MCO name]***

لتقديم طعن لدى *[insert MCO name]*، يمكنك القيام بما يلي:

* **الاتصال بـ** *[insert MCO name]*. إذا بدأت عملية الطعن بالاتصال بنا، فسنطلب منك إرسال طلب خطي. وفي حال الرغبة، يمكن لأحد متخصصي حقوق الأعضاء مساعدتك في كتابة الطعن الخاص بك.
* **إرسال نموذج الطلب بالبريد أو الفاكس أو إرفاق نموذج الطلب لبريد إلكتروني**. انظر الملحق   
  *[insert appendix #]* للاطلاع على نسخة من نموذج الطلب. ويمكنك العثور على النموذج على الإنترنت على العنوان [www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm).
* **كتابة طلبك في خطاب أو على ورقة** وإرساله بالبريد أو الفاكس إلى العنوان أدناه.
* **إرسال طلبك بالبريد الإلكتروني** إلى العنوان أدناه.

|  |
| --- |
| **لبدء عملية الطعن عبر الهاتف، اتصل على أو أرسل فاكس إلى:**  *[Appropriate contact (e.g., Member Rights Specialist, MCO Grievances, etc.)]*  *[Phone number]*  *[Fax]*  *[TTY number]*  إذا بدأت عملية الطعن بالاتصال بنا، فسنطلب منك إرسال طلب خطي.  **لبدء عملية الطعن خطيًا، أرسل نموذج الطلب أو خطاب أو ملاحظة خطية بالبريد أو البريد الإلكتروني إلى:**  *[insert MCO name]*  *[Appropriate contact (e.g., Member Rights Specialist, MCO Grievances, etc.)]*  *[Address]*  *[Email address]*  ويمكنك العثور على النموذج على الإنترنت على العنوان [www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm). وانظر الملحق *[insert appendix #]* للاطلاع على نسخة من نموذج الطلب. |

**ما الموعد النهائي لتقديم طعن لدى *[Insert MCO name]*؟**

يجب إرسال الطعن الخاص بك إلى *[insert MCO name]* بالبريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني في موعد **أقصاه 60 يومًا من التاريخ المذكور على Notice of Adverse Benefit Determination (إخطار تحديد المزايا السلبية)**. على سبيل المثال، إذا وصلك الإخطار بتاريخ 1 أغسطس، فيجب أن ترسل الطعن بالبريد أو الفاكس أو لابريد الإلكتروني في أو قبل 30 سبتمبر.

إذا قامت *[insert MCO name]* بإيقاف خدماتك أو تعليقها أوتخفيضها، فيمكنك المطالبة بمتابعة خدماتك أثناء الطعن في حال إرسال طلبك بالبريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني **في أو قبل** التاريخ الذي تقرر فيه *[insert MCO name]* تغيير خدماتك.

**ماذا يحدث بعد ذلك؟**

إذا قدمت الطعن لدى *[insert MCO name]*، فسنرسل إليك خطابًا في غضون خمسة ايام عمل لإخبارك بتلقينا الطعن. وسنحاول المساعدة بطريقةٍ غير رسمية في معالجة مخاوفك أو الخروج بحل يرضيك أنت و*[insert MCO name]*. إذا لم نتمكن من الخروج بحل أو إذا لم ترغب في العمل مع موظفي *[insert MCO name]* لمعالجة مخاوفك بطريقةٍ غير رسمية، فستقوم لجنة المظالم والطعون التابعة لنا بمراجعة الطعن.

* سنخبرك بالموعد الذي تخطط اللجنة للاجتماع فيه لمراجعة الطعن.
* اللجنة مكونة من ممثلي *[insert MCO name]* وأحد "المستهلكين" على الأقل. والمستهلك هو شخص يحصل أيضًا على خدمات منا أو يمثل شخص يحصل عليها [*MCOs can customize this to indicate who is on their committee (e.g., MCO staff, providers, community members, etc).*]. في بعض الأحيان قد يشكل أشخاص آخرون متخصصون في موضوع الطعن جزءً من اللجنة.
* الاجتماع سري. ويمكنك المطالبة بعدم وجودالمستهلك في اللجنة، إذا كنت قلقًا بخصوص السرية أو إذا كانت لديك مخاوف أخرى.
* يحق لك المثول شخصيًا. ويمكنك إحضار مؤيد، صديق، أحد أعضاء الأسرة، أو شاهد.
* من المحتمل أن يكون فريق رعايتك أو موظفو *[insert MCO name]* الآخرون في الاجتماع.
* ستمنحك اللجنة فرصة لشرح سبب معارضتك لقرار فريق رعايتك. ويمكنك أنت وممثلك تقديم المعلومات، الأدلة، والشهادات للجنة. كما يمكنك إحضار شاهد أو وصف مخاوفك لمساعدة اللجنة على فهم وجهة نظرك.
* بعد استماع اللجنة للطعن، ستقوم *[insert MCO name]* بإرسال خطاب القرار إليك في غضون 30 يومًا من تاريخ استلامنا لطعنك. وقد تستغرق *[Insert MCO name]* حتى 44 يومًا لإصدار قرار في الحالات التالية:
* طلبك المزيد من الوقت لمنح اللجنة المعلومات.
* حاجتنا لمزيد من الوقت لجمع المعلومات. وإذا احتجنا لوقت إضافي، فسنرسل إليك خطابًا لإخطارك بسبب التأخير.

**تعجيل الطعن**

يوجد لدى *[Insert MCO name]* 30 يومًا لاتخاذ قرار بخصوص طعنك. ويمكنك مطالبتنا بتعجيل الطعن. نُطلق على ذلك "طعن عاجل". وإذا طالبتنا بتعجيل طعنك، فسنقرر إذا ما كانت صحتك أو قدرتك على تنفيذ الأنشطة اليومية تتطلب طعنًا عاجلاً أم لا. وسنخبرك في أقرب وقت ممكن بإذا ما كنا سنعجّل الطعن الخاص بك أم لا.

في الطعن العاجل، ستحصل على قرار بخصوص طعنك في غضون 72 ساعة من طلبك. إلا أن *[insert MCO name]* قد تزيد هذه المدة إلى إجمالي 14 يومًا في حال الحاجة إلى معلومات إضافية وإذا كان التأخير يصب في مصلحتك. إذا كانت لديك معلومات إضافية تريد منا دراستها، فستحتاج إلى تقديمها بسرعة.

|  |
| --- |
| **لطلب طعن عاجل، اتصل بـ**:  *[insert MCO name]*  *[Appropriate contact (e.g., Member Rights Specialist, MCO Grievances, etc.)]*  *[Phone number]*  *[TTY number]*  *[E-mail address]* |

**ماذا لو لم أوافق على قرار لجنة المظالم والطعون؟**

إذا لم توافق على القرار، فيمكنك طلب جلسة استماع عامة منصفة لدى Division of Hearings and Appeals   
(قسم جلسات الاستماع والطعون). ويجب أن تقوم بذلك في غضون 90 يومًا من تاريخ استلامك قرار لجنة المظالم والطعون. كما يمكنك طلب جلسة استماع عامة منصفة في حال فشل *[insert MCO name]* في إرسال القرار الخطي إليك في غضون 30 يومًا من استلام الطعن.

**يُرجى ملاحظة أنه**: لا يمكنك طلب جلسة استماع عامة منصفة إلى أن يصلك القرار الخطي للجنة المظالم والطعون أو فشل اللجنة في إرسال القرار إليك في الموعد المحدد.

جلسات الاستماع العامة المنصفة

إذا طلبت جلسة استماع عامة منصفة، فستحصل على جلسة استماع لدى قاضي قانون إداري مستقل. تجدر الإشارة إلى أن قاضي القانون الإداري ليس له أي صلة بـ*[insert MCO name]*.

يمكنك الاطلاع على المزيد من المعلومات بخصوص جلسات الاستماع العامة المنصفة على الإنترنت على العنوان <https://doa.wi.gov/Pages/LicensesHearings/DHAAdministrativeHearingProcess.aspx>.

**كيف أطلب جلسة استماع عامة منصفة؟**

لطلب جلسة استماع عامة منصفة، يمكنك القيام بأي مما يلي:

* **إرسال نموذج الطلب إلى Division of Hearings and Appeals (قسم جلسات الاستماع والطعون)**. ونموذج الطلب متوفر على الإنترنت على العنوان [www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm). كما يمكنك الحصول على نسخة من متخصص حقوق الأعضاء التابع لـ *[insert MCO name]* أو من أحد المنظمات المؤيدة الواردة في هذا الدليل (انظر صفحة 46). هذا ويوجد مثال للنموذج في الملحق *[insert appendix #]*.
* **إرسال خطاب بالبريد**. يتضمن اسمك ومعلومات الاتصال والتوقيع. مع شرح ما تطعن عليه.

تأكد من إضافة توقيعك على نموذج الطلب أو الخطاب وإدراج نسخة من قرار الطعن الخاص بـ *[insert MCO name]* في طلبك لجلسة استماع عامة منصفة. وإذا لم تزودك *[insert MCO name]* بقرار الطعن، فأدرج نسخة من خطاب *[insert MCO name]* الذي تقر فيه باستلام طعنك. ولا ترسل نسختك الأصلية من أي خطاب. تجدر الإشارة إلى أنه يمكن لأحد متخصصي حقوق الأعضاء أو مؤيد مساعدتك في إرسال الطعن خطيًا.

|  |
| --- |
| **لطلب جلسة استماع عامة منصفة**  أرسل نموذج الطلب الكامل أو الخطاب الذي تطالب فيه بجلسة الاستماع إلى:  Wisconsin Division of Hearings and Appeals  Family Care Request for Fair Hearing  P.O. Box 7875  Madison, WI 53707-7875  البريد الإلكتروني: [dhamail@wisconsin.gov](mailto:dhamail@wisconsin.gov)  الفاكس: 9885-264-608 |

**ما الموعد النهائي لطلب جلسة استماع عامة منصفة؟**

* يجب إرسال طلب جلسة الاستماع المنصفة بالبريد أو الفاكس في موعد أقصاه 90 يومًا من تاريخ استلامك لخطاب القرار من Grievance and Appeal Committee (لجنة المظالم والطعون) لدى *[insert MCO name]*.

على سبيل المثال، إذا وصلك قرار *[insert MCO name]* في البريد بتاريخ 1 أغسطس، فيجب أن تطلب جلسة الاستماع المنصفة بالبريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني في أو قبل 30 أكتوبر.

* يمكنك أيضًا طلب جلسة الاستماع العامة المنصفة إذا لم تزودك *[insert MCO name]* بقراراها في غضون 30 يومًا من تاريخ استلامها لطعنك. وفي هذه الحالة، يكون لديك 90 يومًا من تاريخ انتهاء الإطار الزمني لقرار *[insert MCO name]* لطلب جلسة استماع منصفة.

على سبيل المثال، إذا كان لدى *[insert MCO name]* حتى 1 سبتمبر لتزويدك بالقرار ولم تزودك به حتى هذا التاريخ، فبدءً من 2 سبتمبر يكون لديك حتى 1 ديسمبر لطلب جلسة استماع منصفة.

|  |
| --- |
| **متابعة خدماتك أثناء جلسة الاستماع العامة المنصفة المتعلقة بتخفيض الخدمات أو تعليقها أو إنهائها**  إذا استمرت خدماتك أثناء تقديم طعنك لدى *[insert MCO name]*، فيمكنك متابعة الحصول على نفس الخدمات حتى اتخاذ قاضي القانون الإداري لقرار بخصوص طلب جلسة الاستماع المنصفة.  إذا كنت تريد الاحتفاظ بمزاياك أثناء جلسة الاستماع العامة المنصفة، فيجب أن:   * ترسل طلب جلسة الاستماع العامة المنصفة بالبريد أو الفاكس ***في أو قبل*** التاريخ الذي تقرره  *[insert MCO name]* لإيقاف خدماتك أو تعليقها أو تخفيضها. * تطلب متابعة خدماتك طوال سير جلسة الاستماع العامة المنصفة.   إذا قرر قاضي القانون الإداري أن *[insert MCO name]* كانت محقة، **فقد تحتاج إلى رد المزايا الإضافية التي حصلت عليها في الفترة بين وقت طلبك الطعن ووقت اتخاذ قاضي القانون الإداري للقرار.** إلا أنه في حال تسبب الرد لعبءٍ مالي كبير بالنسبة لك، فقد لا تُطالب برد هذه التكلفة. |

**ماذا يحدث بعد ذلك؟**

* بعد أن ترسل طلبك لجلسة استماع عامة منصفة، سيقوم Division of Hearings and Appeals   
  (قسم جلسات الاستماع والطعون) بإرسال خطاب لك يتضمن تاريخ ووقت ومكان جلسة الاستماع.
* ستُعقد جلسة الاستماع عبر الهاتف أو قد تُعقد في مكتب بمقاطعتك.
* سيقوم أحد قضاة القانون الإداري بإدارة جلسة الاستماع.
* يحق لك المشاركة في جلسة الاستماع. ويمكنك إحضار مؤيد، صديق، أحد أعضاء الأسرة، أو شاهد.
* سيحضر فريق رعايتك أو موظفي *[insert MCO name]* الآخرين جلسة الاستماع لتفسير القرار.
* ستحصل على فرصة لشرح سبب معارضتك لقرار فريق رعايتك. ويمكنك أنت وممثلك تقديم المعلومات، إحضار الشهود، أو وصف مخاوفك لمساعدة قاضي القانون الإداري على فهم وجهة نظرك.
* يجب أن يصدر قاضي القانون الإداري القرار في غضون 90 يومًا من تاريخ إرسالك طلب جلسة الاستماع.

**يمكنك أيضًا تقديم الطعن ذي الصلة بقرارات أهليتك المالية لبرنامج Family Care**.

* سيقوم أحد العاملين من وكالة صيانة الدخل بمراجعة معلوماتك، مرة واحدة في السنة على الأقل، للتأكد من استمرار أهليتك المالية لبرنامج Family Care. وإذا كان لديك حصة في التكلفة، فستتأكد وكالة صيانة الدخل أيضًا من سدادك للمبلغ الصحيح.
* إذا قررت وكالة صيانة الدخل أنك لم تعد مؤهل ماليًا لبرنامج Family Care أو قالت أن مبلغ حصتك في التكلفة سيتغير، فستقوم الوكالة بإرسال خطاب لك يتضمن معلومات عن أهليتك لبرنامج Family Care. تحتوي هذه الخطابات على كلمات "نبذة عن مزاياك" في الصفحة الأولى. وتحتوي الصفحة الأخيرة على معلومات عن حقك في طلب جلسة استماع منصفة.

|  |
| --- |
| تقديم طعن لدى Division of Hearings and Appeals (قسم جلسات الاستماع والطعون) هو الطريقة الوحيدة للطعن على القرارات ذات الصلة **بالأهلية المالية** لبرنامج Family Care. وذلك يتضمن القرارات المتعلقة بحصتك في التكلفة. |

**ما الذي يمكنني القيام به في حال عدم الموافقة على قرار قاضي القانون الإداري؟**

إذا لم توافق على قرار قاضي القانون الإداري، فلديك خياران.

1. طلب إعادة جلسة الاستماع. إذا كنت تريد من Division of Hearings and Appeals (قسم جلسات الاستماع والطعون) إعادة النظر في قراره، فيجب أن تطلب ذلك في غضون 20 يومًا من تاريخ قرار قاضي القانون الإداري. ولن يمنح قاضي القانون الإداري إعادة جلسة الاستماع إلا في حال انطبق أحد ما يلي أو كلاهما:

* تمكنك من إثبات حدوث خطأ كبير في الحقائق أو القانون
* امتلاكك لمعلومات جديدة تعذر الحصول عليها وتقديمها في جلسة الاستماع الأولى

1. نقل قضيتك إلى محكمة الدائرة. إذا كنت تريد نقل قضيتك إلى محكمة الدائرة، فيجب أن تقدم الالتماس في غضون 30 يومًا من تاريخ قرار قاضي القانون الإداري.

من يمكنه مساعدتي فيما يتعلق بالتظلم أو الطعن؟

يمكنك الاتصال بأحد متخصصي حقوق الأعضاء لدى *[insert MCO name]* في أي وقت تحتاج فيه للمساعدة بخصوص التظلم أو الطعن أو إذا كانت لديك أسئلة عن حقوقك. كما قد يتوفر مؤيدون للرد على الأسئلة المتعلقة بعمليات التظلم والطعن. يمكن للمؤيد أيضًا إخبارك بالمزيد عن حقوقك ومساعدتك على التأكد من دعم *[insert MCO name]* لاحتياجاتك ونتائجك. ويمكنك مطالبة أي شخص بالعمل بصفته مؤيد لك، بما في ذلك أفراد الأسرة، الأصدقاء، المحامي، أو أي شخص آخر يرغب في المساعدة.

فيما يلي بعض الأماكن التي يمكنك الاتصال بها للحصول على المساعدة. كما قد يتمكن متخصص حقوق الأعضاء من إعطائك معلومات عن أماكن أخرى يمكنها مساعدتك.

**برامج** **Ombudsman (أمين المظالم)**

تتوفر برامج ombudsmen (أمين المظالم) لمساعدة كل أعضاء برنامج Family Care فيما يتعلق بالمظالم والطعون، دون مقابل. حيث يمكنهم الرد على مخاوفك في الوقت المناسب. وعادةً ما ستقوم برامج ombudsmen (أمين المظالم) باستخدام المفاوضات غير الرسمية لتسوية مشاكلك دون جلسة استماع. وتجدر الإشارة إلى أن الوكالات التالية تدافع عن أعضاء Family Care :

بالنسبة للأعضاء البالغين من العمر 60 سنة فما فوق:

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care

1402 Pankratz Street, Suite 111

Madison, WI 53704-4001

رقم الاتصال المجاني: 0015-815-800

رقم الهاتف النصي: 711

الفاكس: 7001-246-608

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

<http://longtermcare.wi.gov>

بالنسبة للأعضاء الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و59 سنة:

Disability Rights Wisconsin

1502 West Broadway, Suite 201

Madison, WI 53713

رقم الاتصال المجاني: 8778-928-800

الهاتف النصي: 711

الفاكس: 1968-635-833

البريد الإلكتروني: [info@drwi.org](mailto:info@drwi.org)

[www.disabilityrightswi.org](http://www.disabilityrightswi.org)

***[MCOs can insert other local advocacy agencies as well.]***

# الفصل التاسع. إنهاء العضوية في *[insert MCO name]*

يمكنك اختيار إنهاء عضويتك في *[insert MCO name]* في أي وقت ويمكنك اختيار التاريخ الذي تريد إلغاء التسجيل فيه. ولا يمكننا نصحك بإلغاء التسجيل من برنامج Family Care أو تشجيعك على ذلك بسبب موقفك أو حالتك. إلا أنه ثمة مواقف محدودة ستنتهي فيها عضويتك حتى إذا لم يكن ذلك اختيارك. على سبيل المثال، ستنتهي عضويتك إذا فقدت الأهلية لـ Medicaid.

ستواصل الحصول على رعايتك عن طريق *[insert MCO name]* إلى أن تنتهي عضويتك. وقد تنتهي عضويتك لأنك لم تعد مؤهلاً، أو لأنك قررت الحصول على خدمات رعاية على المدى الطويل خارج برنامج Family Care. ويتضمن ذلك قرارات التسجيل في برنامج مختلف للرعاية على المدى الطويل أو منظمة رعاية مدارة مختلفة، إن كانت متاحة.

**1.) أنت تريد إنهاء عضويتك في برنامج Family Care**.

لإنهاء عضويتك، اتصل بـ ADRC في منطقتك (انظر صفحة *[insert page number]* للاطلاع على معلومات الاتصال). وسيقوم ADRC بمعالجة إلغاء تسجيلك وسؤالك عما إذا كنت تريد التسجيل في منظمة رعاية مدارة مختلفة أو برنامج Medicaid مختلف، مثل برنامج IRIS (Include, Respect, I Self-Direct) (التضمين، الاحترام، أنا موجه ذاتيًا). وسيساعدك ADRC على تبديل ونقل خدماتك إلى موفري خدمات في برنامجك الجديد أو منظمتك الجديدة.

**2.) سيتم إلغاء تسجيلك من برنامج Family Care في حال انتهاء أهليتك.**

يجب على *[Insert MCO name]* ذكرالمعلومات المذكورة أدناه لوكالة صيانة الدخل. وسيقوم موظفو صيانة الدخل بمراجعة هذه المعلومات لمعرفة إذا ما كنت لا تزال مؤهلاً لبرنامج Family Care أم لا. وإذا قرروا أنك لم تعد مؤهلاً، فسيقومون بإنهاء عضويتك في برنامج Family Care. **تتضمن أسباب احتمال فقدك للأهلية ما يلي:**

* تغير ظروفك المالية، الأمر الذي قد يتسبب في فقد أهليتك المالية لبرنامج Family Care.
* انعدام أهليتك المالية كما هو محدد بموجب Wisconsin Adult Long Term Care Functional Screen (الفحص الوظيفي لرعاية الكبار على المدى الطويل بولاية ويسكونسن).
* عدم سدادك لحصتك في التكلفة.
* تعمدك إعطائنا معلومات غير صحيحة تؤثر على أهليتك للبرنامج.
* تواجدك في السجن أو الحبس.
* تراوح سنك بين 21 و64 سنة ودخولك مؤسسة للأامراض العقلية.
* انتقالك الدائم خارج منطقة خدمة *[insert MCO name]*. إذا انتقلت أو قمت برحلة طويلة، فيجب أن تخطر فريق رعايتك. إذا انتقلت أو قمت برحلة طويلة، فيجب أن تخطر فريق رعايتك.

**3.) يجوز لـ *[Insert MCO name]* إنهاء تسجيلك في برنامج Family Care بموافقة من DHS.**

*[Insert MCO name]* قد تطلب DHS من DHS إلغاء تسجيلك للأسباب التالية:

* توقفك عن قبول الخدمات لأكثر من 30 يومًا وعدم علمنا بالسبب.
* رفضك المشاركة في تخطيط الرعاية وتعذر تأكدنا من صحتك وأمنك.
* استمرار تصرفك بطريقة تخريبية أو غير آمنة بالنسبة للموظفين أو موفري الخدمات أو الأعضاء الآخرين.

ستقوم DHS بمراجعة طلبنا إلغاء تسجيلك وستقرر إذا ما كان ينبغي إنهاء العضوية أم لا.

***لا* يمكن إنهاء عضويتك بسبب تدهور صحتك أو حاجتك لمزيد من الخدمات.**

**يحق لك تقديم طعن في حال إلغاء تسجيلك من برنامج Family Care أو إنهاء عضويتك في *[Insert MCO name]*.** وسيصلك خطاب من وكالة صيانة الدخل يخبرك بسبب إنهاء مزاياك. سيحتوي هذا الخطاب على الكلمات "نبذة عن مزاياك" في الصفحة الأولى. وسيشرح الخطاب كيف يمكنك تقديم الطعن. (انظر الفصل الثامن لمزيد من المعلومات).

الملاحق

1. تعريفات الكلمات الهامة

*[MCOs can re-format definitions; for example, two-column layout, put into a table, etc.]*

**إساءة المعاملة** – إساءة معاملة الفرد من الناحية الجسدية أو العقلية أو الجنسية. كما تتضمن إساءة المعاملة الإهمال والاستغلال المالي والمعالجة بدون موافقة والحبس أو التقييد غير المعقول.

**قاضي القانون الإداري** – مسؤول يدير جلسة الاستماع العامة المنصفة لتسوية النزاع بين أحد الأعضاء ومنظمة رعايته أو رعايتها المدارة.

**التوجيهات المسبقة** – بيان خطي لرغبات الشخص حول المعالجة الطبية. وتُستخدم التوجيهات المسبقة للتأكد من تنفيذ الطاقم الطبي لهذه الرغبات في حال عجز الشخص عن التواصل.

**المؤيد** – شخص ما يمكنه مساعدتك على التأكد من تلبية منظمة رعايتك المدارة لاحتياجاتك ونتائجك. ويمكن للمؤيد مساعدتك في العمل مع منظمة رعايتك المدارة لتسوية النزاعات بطريقةٍ غير رسمية وقد يتمكن أيضًا من تمثيلك إذا قررت تقديم طعن أو مظلمة.

**Aging and Disability Resource Center (ADRC)** **(مركز موارد الشيخوخة والإعاقة)** – مراكز خدمة توفر المعلومات والمساعدة فيما يتعلق بكل جوانب الحياة ذات الصلة بالشيخوخة أو التعايش مع الإعاقة. وADRC مسؤول عن التعامل مع التسجيل وإلغاء التسجيل في برنامج Family Care.

**الطعن** – طلب لمنظمة رعايتك المدارة لمراجعة قرار رفض خدمة أو تعليقها أو تخفيضها. على سبيل المثال، إذا رفض فريق رعايتك السداد مقابل خدمة أو أنهى الخدمة، فيحق لك تقديم طعن.

**الأصول** – تتضمن الأصول، على سبيل المثال لا الحصر، السيارات، النقد، الحسابات الجارية وحسابات التوفير، شهادات الإيداع، حسابات سوق المال، والقيمة النقدية للتأمين على الحياة.

**الممثل المعتمد لـ Medicaid** – شخص أو منظمة تقوم بتعيينهم لمساعدتك في الحصول على Medicaid والاحتفاظ بها باستخدام النموذج F-10126A ([www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm)) أو F-10126B ([www.dhs.wisconsin.gov/forms/f10126b.pdf](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/f10126b.pdf)).

**حزمة الفوائد** – الخدمات المتوفرة لأعضاء Family Care. وتتضمن، على سبيل المثال لا الحصر، الرعاية الشخصية والصحة المنزلية والنقل والمستلزمات الطبية والرعاية التمريضية.

**خطة الرعاية** – خطة مستمرة توثق تجربتك الشخصية ونتائج رعايتك على المدى الطويل، احتياجاتك، تفضيلاتك، ونقاط قوتك. وتحدد الخطة الخدمات التي ستحصل عليها من الأسرة والأصدقاء، وتحدد الخدمات المعتمدة التي ستقدمها منظمة رعايتك المدارة.

**فريق الرعاية** – يقوم كل عضو ببرنامج Family Care بتعيين فريق رعاية، يتضمن العضو وعامل اجتماعي على الأقل *[or care manager or social services coordinator]* وممرضة مسجلة. وتقوم أنت وفريق رعايتك بتقييم احتياجاتك وتحدد نتائجك وإعداد خطة رعايتك. ويقوم العامل الاجتماعي *[or care manager or social services coordinator]* والممرضة باعتماد خدماتك وتنسيقها ومراقبتها.

**الاختيار** – يدعم برنامج Family Care اختيار العضو لموعد حصوله على الخدمات. والاختيار يعني أن لك رأي في كيفية ووقت تقديم الرعاية.

**السداد المشترك** – مبلغ ثابت (5 دولار، على سبيل المثال) تسدده مقابل خدمة رعاية صحية مغطاة.

**حصة التكلفة** – مبلغ شهري قد تسدده للبقاء مؤهلاً لبرنامج Family Care.

**الفعالية من حيث التكلفة** – الخيار الذي يدعم نتائج رعايتك المحددة على المدى الطويل بشكل فعال وبتكلفة وجهد معقولين.

**Department of Health Services** **(DHS)** **(إدارة الخدمات الصحية)** – وكالة State of Wisconsin التي تدير برامج Wisconsin’s Medicaid، بما في ذلك Family Care.

**مراجعة DHS** – قرار بخصوص مظلمة أحد الأعضاء بواسطة Department of Health Services (إدارة الخدمات الصحية) (DHS). وتعمل DHS مع MetaStar لمراجعة المظالم واتخاذ قرارات نهائي بخصوصها.

**التسجيل/إلغاء التسجيل** – عملية إنهاء عضوية شخص ما في برنامج Family Care.

**Division of Hearings and Appeals (قسم جلسات الاستماع والطعون)** – وكالة State of Wisconsin المسؤولة عن جلسات الاستماع العامة المنصفة.

**التسجيل/إلغاء التسجيل** – التسجيل في برنامج Family Care أمر تطوعي. وللتسجيل، يتصل الأفراد بـ   
aging and disability resource center (ADRC) (مركز موارد الشيخوخة والإعاقة) الخاص بهم.

**Estate Recovery (استرداد المصاريف من قيمة الملكية)** – عملية تسعى فيها State of Wisconsin لرد تكاليف خدمات Medicaid عند حصول الفرد على رعاية على المدى الطويل تمولها Medicaid. وتستعيد الولاية الأموال من ملكية الفرد بعد وفاته هو وزوجه أو زوجته.

**الطعن العاجل** – عملية يمكنك استخدامها لتعجيل الطعن الخاص بك. ويمكنك مطالبة منظمة رعايتك المدارة بتعجيل الطعن إذا اعتقدت أن انتظار المدة الزمنية القياسية قد يضر كثيرًا بصحتك أو قدرتك على تنفيذ الأنشطة اليومية.

**برنامج Family Care** – برنامج رعاية على المدى الطويل من Medicaid يوفر المساعدة للمسنين والبالغين ذوي الإعاقات الجسدية أو إعاقات النمو أو الإعاقات الفكرية. يحصل الأشخاص المسجلون في البرنامج على خدمات لمساعدتهم على العيش في منزلهم الخاص متى أمكن.

**الأهلية المالية** – الأهلية المالية تعني الأهلية لـMedicaid. حيث تنظر وكالة صيانة الدخل إلى دخلك وأصولك لتحديد إذا ما كنت مؤهلاً لـ Medicaid أم لا. ويجب أن تكون مؤهلاً لـ Medicaid لتكون في برنامج Family Care.

**الأهلية الوظيفية** – يحدد Wisconsin Adult Long Term Care Functional Screen (الفحص الوظيفي لرعاية الكبار على المدى الطويل بولاية ويسكونسن) إذا ما كنت مؤهلاً من الناحية الوظيفية لبرنامج Family Care أم لا. ويقوم Functional Screen بجمع معلومات عن الحالة الصحية للفرد وحاجته للمساعدة في الأنشطة مثل الاستحمام وارتداء الملابس واستخدام الحمام.

**المظلمة** – تعبير عن الاستياء من الرعاية أو الخدمات أو الأمور العامة الأخرى. وتتضمن مواضيع المظالم جودة الرعاية والعلاقات بينك وبين فريق رعايتك وحقوق الأعضاء.

**الوصي** – قد تعين المحكمة وصي لأحد الأفراد إذا كان الشخص غير قادر على اتخاذ قرارات بخصوص حياته أو حياتها.

**وكالة صيانة الدخل** – يحدد موظفون من وكالة صيانة الدخل الأهلية المالية لـ Medicaid و Family Care والمزايا العامة الأخرى.

**متخذ القرار القانوني** – شخص لدية السلطة القانونية لاتخاذ القرارات بالنيابة عن أحد الأعضاء. وقد يكون متخذ القرار القانوني وصي على شخص أو ملكية (أو كلاهما)، قيّم، أو شخص معين كوكيل بموجب توكيل عام رسمي للرعاية الصحية أو مستند الموارد المالية.

**مستوى الرعاية** – يشير إلى مقدار المساعدة التي تحتاج إليها لتنفيذ أنشطتك اليومية. ويجب أن تلبي إما مستوى رعاية "دار المسنين" أو مستوى رعاية "خلاف دار المسنين" لتكون مؤهلاً لبرنامج Family Care.

**) Long-Term Careالرعاية على المدى الطويل(** – وسائل الدعم والخدمات التي قد يحتاج إليها الأشخاص بسبب الإعاقة، التقدم في السن، أو المعاناة من مرض مزمن يقيد من قدرتهم على القيام بالأشياء التي يحتاجون إلى القيام بها طوال اليوم. ويتضمن ذلك أشياء مثل الاستحمام، ارتداء الملابس، إعداد الوجبات، والذهاب إلى العمل. يمكن تقديم الرعاية على المدى الطويل في المنزل، في المجتمع، أو في دور المسنين ومنشآت الرعاية الدائمة.

**نتيجة الرعاية على المدى الطويل** – موقف أو شرط أو ظرف نحدده أنت وفريق رعايتك يزيد من استقلاليتك.

**منظمة الرعاية المدارة** – الوكالة التي تقوم بتشغيل برنامج Family Care.

**Medicaid** – برنامج الرعاية الطبية على المدى الطويل الذي تقوم Department of Health Services (DHS)   
(دائرة الخدمات الصحية) بـ Wisconsin. تُعرف Medicaid أيضًا بـ"Medical Assistance" و"MA" و"Title 19". ويجب أن تلبي متطلبات أهلية Medicaid لتكون عضوًا في Family Care.

**Medicare** – البرنامج الفيدرالي للتأمين على الصحة للأشخاص البالغين من العمر 65 سنة فما فوق، بعض الأشخاص دون سنة الـ65 سنة الذين يعانون من إعاقات معينة، والأشخاص الذين يعانون من مرض بالكلى في مراحله الأخيرة (فشل كلوي دائم يتطلب غسيل الكلى أو زرع الكلى). وتغطي Medicare الإقامة بالمستشفى، خدمات الطبيب، الأدوية الموصوفة، وخدمات أخرى.

**العضو** – شخص يلبي معايير الأهلية الوظيفية والمالية ويسجل في برنامج Family Care.

**متخصص حقوق الأعضاء** – موظف بمنظمة الرعاية المدارة يمكنه مساعدتك على فهم حقوقك ومسؤولياتك. ويقدم متخصص حقوق الأعضاء المساعدة في المخاوف المتعلقة بالرعاية والخدمات ويمكنه مساعدتك على تقديم مظلمة أو طعن.

**MetaStar** – الوكالة التي تعمل معها Department of Health Services (DHS) (إدارة الخدمات الصحية) بـ Wisconsin لمراجعة مظالم الأعضاء واتخاذ قرارات نهائية بخصوصها.

**وسائل الدعم الطبيعية** – الأشخاص المتواجدين في حياتك الذين يختارون مساعدتك بالفعل.

**مستوى الرعاية خلاف دار المسنين** – الأعضاء في مستوى الرعاية هذا بحاجة إلى خدمات رعاية على المدى الطويل إلى حدٍ ما إلا أنهم غير مؤهلين للحصول على الخدمات في دار المسنين. هذا وتتوفر مجموعة محدودة من خدمات Family Care في مستوى الرعاية هذا.

**Notice of Adverse Benefit Determination (إخطار تحديد المزايا السلبية)** – إخطار خطي من منظمة الرعاية المدارة يشرح التغيير في الخدمة وسبب التغيير. ويجب على منظمة الرعاية المدارة إرسال Notice of Adverse Benefit Determination (إخطار تحديد المزايا السلبية) إليك إذا رفضت طلبك الحصول على خدمة مغطاة أو رفضت السداد مقابل خدمة مغطاة أو خططت إيقاف إحدى الخدمات أو تعليقها أو تخفيضها.

**إخطار حقوق الطعن** – خطاب يشرح خياراتك المتعلقة بتقديم الطعن. ويجب على منظمة الرعاية المدارة إرسال خطاب حقوق الطعن إذا لم تقدم الخدمات في الوقت المناسب أو إذا لم تلبي المواعيد النهاية لمعالجة الطعن.

**مستوى رعاية دار المسنين** – الأعضاء في مستوى الرعاية لديهم احتياجات كبيرة بما يكفي لتأهلهم للحصول على الخدمات في دار مسنين. وتتوفر مجموعة كبيرة جدًا من خدمات Family Care في مستوى الرعاية هذا.

**Ombudsman (أمين المظالم)** – شخص يحقق في المخاوف المبلغ عنها ويمكنه مساعدتك في تسوية المشاكل مع الرعاية والخدمات.

**نتائج التجربة الشخصية** – الأهداف التي تحددها لحياتك.

**التوكيل العام الرسمي للرعاية الصحية** – مستند قانوني يمكن للأشخاص استخدامه لتفويض شخص ما باتخاذ قرارات الرعاية الصحية بالنيابة عنهم في حال عجزهم عن اتخاذ هذه القرارات بأنفسهم.

**الاعتماد المسبق (الموافقة المسبقة)** – يجب على فريق الرعاية اعتماد خدماتك قبل أن تحصل عليها (باستثناء حالات الطواري). وفي حال حصولك على خدمة أو الذهاب إلى موفر خدمات خارج الشبكة، فقد لا تسدد منظمة الرعاية المدارة مقابل الخدمة.

**شبكة موفري الخدمات** – وكالات وأفراد تتعاقد معهم منظمة الرعاية المدارة لتوفير الخدمات. ويتضمن موفرو الخدمات المرافقون، الرعاية الشخصية، الرعاية المنزلية الداعمة، وكالات الصحة المنزلية، منشآت الرعاية الدائمة، ودور المسنين. يجب على فريق الرعاية اعتماد خدماتك قبل أن تتمكن من اختيار موفر خدمة من الدليل.

**الخدمات السكنية** – بيئات الرعاية السكنية تتضمن المنازل، المنشآت السكنية القائمة على المجتمع، المجمعات السكنية للرعاية السكنية، ودور المسنين.

**Resource Allocation Decision (RAD) (عملية قرار تخصيص الموارد)** – أداة تستخدمها أنت وفريق رعايتك للمساعدة في العثور على الطرق الأكثر فعالية وكفاءة لتلبية احتياجاتك ودعم نتائج رعايتك على المدى الطويل.

**الإقامة والمعيشة** – جزء تكلفة العيش في بيئة رعاية سكنية ذي الصلة بتكاليف الإيجار والطعام. والأعضاء مسؤولون عن سداد نفقات إقامتهم ومعيشتهم.

**وسائل الدعم الموجهة ذاتيًا** – طريقة لك لترتيب وشراء وتوجيه بعض خدمات رعايتك على المدى الطويل. بفضل وسائل الدعم الموجهة ذاتيًا، يمكنك اختيار التحكم في ميزانية خدماتك، وتحمل مسؤوليتها، وقد تتحكم في موفري الخدمات، بما في ذلك المسؤولية عن تعيين عمال رعايتك المباشرين وتدريبهم والإشراف عليهم وفصلهم.

**منطقة الخدمة** – المنطقة التي يجب أن تقيم فيها للتسجيل والبقاء مسجلاً لدى *[insert MCO name]*.

**جلسة الاستماع العامة المنصفة** – جلسة تُعقد بواسطة قاضي القانون الإداري الذي يعمل لصالح   
Division of Hearing and Appeals (قسم جلسات الاستماع والطعون) بـState of Wisconsin.

2. تعريفات الخدمات في حزمة مزايا Family Care

*[MCOs can re-format; does not need to be a table]*

|  |
| --- |
| **تعريفات خدمة التنازل القائمة على المنزل والمجتمع** تتوفر التعريفات الكاملة عند الطلب  لا تتوفر هذه الخدمات للأعضاء في مستوى الرعاية خلاف دار المسنين. |
| **وسائل المساعدة التكيفية** هي عناصر تحكم أو أجهزة تمكن الأشخاص من زيادة قدراتهم على تنفيذ أنشطة الحياة اليومية أو التحكم في البيئة التي يعيشون فيها (بما في ذلك مصاعد المرضى، مفاتيح التحكم، إلخ). كما أن وسائل المساعدة التكيفية هي خدمات تساعد الأشخاص في الوصول والمشاركة والعمل في مجتمعهم. يتضمن ذلك تعديلات السيارة (مثل مصاعد المركبة، عناصر التحكم اليدوية)، وقد يتضمن الشراء الأولي لكلب خدمة مدرب تمامًا من موفر خدمة حسن السمعة، أي تدريب بعد الشراء لدى موفر خدمة حسن السمعة ضروري للعضو وكلب الخدمة المدربة تمامًا للعمل معًا وتكاليف الصيانة المستمرة لكلب الخدمة المدرب تمامًا الذي يتم الحصول عليها من موفر خدمة حسن السمعة. (عند حصول العضو على كلب خدمة كميزة مغطاة، يدرك العضو أنه يمتلك أو تمتلك الكلب ويوافق على تحمل مسؤولية تصرفات كلب الخدمة). |
| **خدمات الرعاية النهارية للبالغين** هي توفير خدمات لجزء من اليوم في بيئة جماعية غير سكنية للبالغين الذين يحتاجون إلى تجربة إثرائية داعمة اجتماعية أو صحية أو الذين يحتاجون للمساعدة في أنشطة الحياة اليومية، الإشراف، و/أو الحماية. قد تتضمن الخدمات الرعاية الشخصية والإشراف، الوجبات الخفيفة، والانتقال إلى ومن موقع الرعاية النهارية. |
| **التكنولوجيا المساعدة/وسائل المساعدة على التواصل** تعني عنصر، معدة، أو نظام منتج يزيد أو يحافظ على أو يحسن القدرة الوظيفية للأعضاء في المنزل، العمل، وفي المجتمع. وتتضمن الخدمات الأجهزة أو الخدمات التي تساعد الأعضاء على السماع أو التحدث أو الرؤية، مثل أنظمة التواصل، وسائل تقوية السمع، وسائل المساعدة على الكلام، المترجمين، التكنولوجيا الإلكترونية (الأجهزة اللوحية، أجهزة المحمول، البرامج). |
| **خدمات إدارة الرعاية** (المعروفة أيضًا بإدارة الحالة أو تنسيق الخدمة) المقدمة بواسطة فريق الرعاية. تجدر الإشارة إلى أن العضو هو محور اهتمام فريق الرعاية. ويتكون الفريق، كحد أدنى، من ممرضة مسجلة وعامل اجتماعي *[or care manager or social services coordinator]*، وقد يتضمن أيضًا متخصصين آخرين، بما يتناسب مع احتياجات العضو، والأسرة وغيرهم من وسائل الدعم الطبيعية التي يطلبها العضو. تتضمن الخدمات التقييم، تخطيط الرعاية، اعتماد الخدمة، ومراقبة صحة ورفاهية العضو. |
| **الخدمات الاستشارية السريرية والعلاجية** تساعد مقدمي الرعاية الذين لا يحصلون على أجر وموظفو الدعم الذين يحصلون على أجر في تنفيذ خطة معالجة أو دعم العضو. وتتضمن الخدمات التقييمات، إعداد خطط المعالجة المنزلية، خطط الدعم، خطط التدخل، التدريب والمساعدة الفنية لتنفيذ الخطط. كما تتضمن الخدمات تدريب مقدمي الرعاية والموظفين الذين يخدمون الأعضاء ذوي الاحتياجات المعقدة (ما وراء الرعاية الروتينية). |
| **تثقيف وتدريب المستهلك** هي خدمات مُصممة لمساعدة الشخص ذو الإعاقة على تطوير مهارات الدفاع عن النفس، التحديد الذاتي للدعم، ممارسة الحقوق المدنية، واكتساب المهارات اللازمة لممارسة التحكم والمسؤولية عن خدمات الدعم الأخرى. تتضمن هذه الخدمات تثقيف وتدريب الأعضاء، مقدمي الرعاية الخاصين بهم، ومتخذي القرار القانوني. قد تتضمن النفقات المغطاة رسوم التسجيل، الكتب والمواد التثقيفية الأخرى، والانتقالات والدورات التدريبية، المؤتمرات، وغيرها من الفعاليات المشابهة. |
| **الخدمات الاستشارية والعلاجية** هي خدمات لعلاج الاضطرابات الشخصية، الاجتماعية، الجسدية، الطبية، السلوكية، العاطفية، الإدراكية، اضطرابات الصحة العقلية، أو اضطرابات إدمان الكحول أو غيره من المخدرات. وقد تتضمن الخدمات المساعدة في التكيف مع الشيخوخة والإعاقة، المساعدة في العلاقات الشخصية، العلاجات الترفيهية، العلاج عن طريق الفن، استشارات التغذية، الاستشارات الطبية، استشارات الوزن، واستشارات الحزن. |
| **التدريب على مهارات الحياة اليومية** يعلم الأعضاء ووسائل دعمهم الطبيعية المهارات المضمنة في تنفيذ أنشطة الحياة اليومية، بما في ذلك مهارات زيادة استقلالية العضو ومشاركته في الحياة المجتمعية. وتتضمن الأمثلة تعليم إدارة المال، صيانة الرعاية المنزلية، إعداد الطعام، التدريب على الحركة، مهارات الرعاية الذاتية، والمهارات اللازمة للوصول إلى الموارد المجتمعية واستخدامها. |
| **الخدمات النهارية** هي توفير أنشطة مقررة منتظمة في بيئة غير سكنية (مركز نهاري) لتعزيز التطور الاجتماعي ولتطوير مهارات تنفيذ الأنشطة في الحياة اليومية والحياة المجتمعية. |
| **خدمات الإدارة المالية** تساعد الأعضاء وأسرهم على إدارة دولارات الخدمة أو إدارة مواردهم المالية الشخصية. تتضمن هذه الخدمة شخص أو وكالة يسدد أو تسدد مقابل الخدمة لموفري الخدمات بعد أن يعتمد العضو السداد مقابل الخدمات المضمنة في خطة الدعم الموجه ذاتيًا الخاصة بالعضو. كما تتضمن خدمات الإدارة المالية مساعدة الأعضاء في وضع ميزانية الأموال الشخصية لضمان توفر الموارد الخاصة بالسكن والتكاليف الضرورية الأخرى. |
| **توصيل الوجبات إلى المنازل** (يُطلق عليها أحيانًا "meals on wheels") تتضمن التكاليف ذات الصلة بشراء وتخطيط الطعام، المستلزمات، المعدات، العمالة، والمواصلات لتوصيل وجبة أو وجبتين في اليوم إلى الأعضاء غير القادرين على إعداد وجبات مغذية أو الاحتفاظ بها دون مساعدة. |
| **تعديلات المنزل** هي توفير خدمات وعناصر لتقييم الحاجة إلى إجراء تعديلات أو تحسينات في أحياء عيش العضو وترتيبها وتوفيرها لتوفير إمكانية الوصول أو زيادة الأمان. وقد تتضمن تعديلات المنزل المواد والخدمات، مثل المنحدرات، مصاعد السلم، مصاعد الكرسي المتحرك، تعديلات المطبخ/الحمام، تعديلات إمكانية الوصول/الأمان المتخصصة، الأجهزة التي تنشط بالصوت والضوء والحركة والأجهزة الإلكترونية التي تزيد من المرونة الذاتية للعضو وقدرته على العمل باستقلالية. |
| **الاستشارات السكنية** هي خدمة تساعد الأعضاء في الحصول على سكن بالمجتمع، حيث ملكية أو إيجار السكن منفصل عن توفير الخدمة. وتتضمن الاستشارات السكنية استكشاف خيارات ملكية وتأجير المنزل، تحديد الموارد المالية، تحديد تفضيلات موقع ونوع السكن، تحديد احتياجات إمكانية الوصول والتعديل، وتحديد موقع السكن المتوفر. |
| **نظام الاستجابة للطوارئ الشخصية هي خدمة** توفر رابط الاتصالات المباشر (عبر الهاتف أو نظام إلكتروني آخر) بين شخص ما يعيش في المجتمع والمهنيين الصحيين للحصول على المساعدة العاجلة في حالة الطوارئ الجسدية أو العاطفية أو البيئية. |
| **الخدمات قبل المهنية** تتضمن الخبرات التعليمية والعملية حيث يمكن للعضو تطوير نقاط القوة العامة غير ذات الصلة بوظيفة أو مهمة معينة والمهارات التي تساهم في قابلية التوظيف في عمل بأجر ببيئات مجتمعية متكاملة. تقوم هذه الخدمات بتطوير وتعليم المهارات العامة، التي تتضمن القدرة على التواصل بفاعلية مع المشرفين، زملاء العمل، والعملاء، السلوك واللباس المقبول بشكل عام في محل العمل المجتمعي، القدرة على اتباع التوجيهات، القدرة على حضور المهام، مهارات حل مشاكل محل العمل، الأمن العام بمحل العمل، والتدريب على الحركة. تم تصميم خدمات قبل المهنية لإنشاء مسار لوظيفة مجتمعية متكاملة يحصل الشخص على أجر مقابلها يصل إلى أو يزيد عن الحد الأدنى للأجور، ولكن ليس أقل من الأجر المعتاد ومستوى المزايا المسدد لنفس العمل أو عمل يشبهه ينفذه أشخاص لا يعانون من إعاقة. |
| **خدمات النقل** هي خدمات وعناصر قد يحتاج إليها العضو للانتقال من مؤسسة أو منزل الأسرة إلى ترتيب معيشة مستقل في المجتمع. وقد تتضمن خدمات النقل السداد مقابل نقل ممتلكات العضو الشخصية، السداد مقابل التنظيف العام وخدمات ترتيب المنزل، سداد مبلغ التأمين، سداد تكاليف توصيل المرافق ورسوم تركيب الهاتف، شراء الأثاث الضروري، الهواتف، أواني الطهي/تقديم الطعام، معدات التنظيف الأساسية، مستلزمات المنزل، أثاث الحمام وغرفة النوم، وأجهزة المطبخ. |
| **الرعاية السكنية: منزل أسرة لبالغ يحتوي على 1-2 سرير** هو مكان يوفر فيه المشغل الرعاية، العلاج، الدعم، أو خدمات تفوق مستوى الإقامة والمعيشة لما يصل إلى بالغين. عادةً ما تتضمن الخدمات الرعاية المنزلية الداعمة، الرعاية الشخصية، والإشراف. كما قد تتضمن الخدمات المواصلات والأنشطة الترفيهية/الاجتماعية، الدعم السلوكي والاجتماعي، والتدريب على مهارات الحياة اليومية. |
| **الرعاية السكنية: منزل أسرة لبالغ يحتوي على 3-4 أسرة** هو مكان حيث يقيم 3-4 بالغين لا يمتون لصاحب الرخصة بصلة ويحصلون على الرعاية، العلاج، أو خدمات تفوق مستوى الإقامة والمعيشة، وقد تتضمن ما يصل إلى سبع ساعات في الأسبوع من الرعاية التمريضية لكل مقيم. عادةً ما تتضمن الخدمات الرعاية المنزلية الداعمة، الرعاية الشخصية، والإشراف. كما قد تتضمن الخدمات الدعم السلوكي والاجتماعي، والتدريب على مهارات الحياة اليومية، والمواصلات. |
| **الرعاية السكنية: منشأة سكنية قائمة على المجتمع** هي بيئة على غرار المنزل حيث يقيم خمسة بالغين أو أكثر لا يمتون للمشغل أو المدير بأي صلة ويحصلون على الرعاية، العلاج، الدعم، الإشراف، التدريب، المواصلات، وما يصل إلى ثلاث ساعات في الأسبوع من الرعاية التمريضية لكل مقيم. |
| **الرعاية السكنية: مجمع سكني للرعاية السكنية** هو بيئة مجتمعية على غرار المنزل حيث يقيم خمسة بالغين أو أكثر في وحدات معيشتهم الخاصة المنفصلة والمميزة عن بعضها البعض. والخدمات تتضمن الخدمات الداعمة (غسيل الملابس، تنظيف المنزل، الرعاية الشخصية، الخدمات التمريضية (العناية بالجروح، إدارة الأدوية)، والمساعدة في حالة الطوارئ. |
| **خدمات الرعاية المؤقتة** هي الخدمات المقدمة على المدى القصير لإراحة أسرة العضو أو مقدم (مقدمي) الرعاية الأساسي (الأساسيين (الآخر) (الآخرين) من الضغط اليومي ومتطلبات الرعاية. وقد تتوفر الرعاية المؤقتة في منزل العضو، منشأة سكنية، مستشفى، أو دار مسنين. |
| **خدمات الرعاية الشخصية الموجهة ذاتيًا** هي خدمات لمساعدة الأعضاء في أنشطة الحياة اليومية وخدمات التدبير المنزلي التي يحتاج إليها الأعضاء للعيش في المجتمع. تتضمن أنشطة الحياة اليومية المساعدة في الاستحمام، تناول الطعام، ارتداء الملابس، إدارة الأدوية، العناية بالفم والشعر والبشرة، إعداد الوجبات، سداد الفواتير، استخدام الحمام، الانتقال، واستخدام المواصلات. يحدد العضو شخص أو وكالة لتزويده أو تزويدها بالخدمات، وفقًا لأمر الطبيب واتباعًا للخطة التي تتمحور حول العضو. |
| **التمريض المتمكن** هي خدمات التمريض المتمكن اللازمة من الناحية الطبية التي قد لا تتوفر إلا بواسطة ممرضة ممارسة متقدمة، ممرضة مسجلة، أو ممرضة ممارسة مرخصة تعمل تحت إشراف ممرضة مسجلة. يتضمن التمريض المتمكن ملاحظة وتسجيل الأعراض وردود الأفعال، إجراءات وتقنيات التمريض العام، وقد يتضمن التقييم الدوري للحالة الطبية للعضو والمراقبة المستمرة للحالة الطبيعة المعقدة أو الهشة للعضو. |
| **المعدات والمستلزمات الطبية المتخصصة** هي تلك العناصر الضرورية للحفاظ على صحة العضو، إدارة حالته الطبية أو الجسدية، تحسين وظائفه، أو تعزيز استقلاليته. قد تتضمن العناصر المسموح بها مستلزمات سلس البول، تضميد الجروح، تقويم العظام، منتجات التغذية المعوية (التغذية عن طريق الأنابيب)، أدوية محددة بدون وصفة طبية، مستحضرات/مزلقات ترطيب البشرة الموصوفة لضرورة طبية، فيتامين (د) الموصوف، المكملات الغذائية متعددة الفيتامينات أو المحتوية على الكالسيوم، مستلزمات الحقن الوريدي (IV). |
| **وسيط الدعم** هو شخص يختاره العضو لمساعدته أو مساعدتها في تخطيط الدعم الموجه ذاتيًا والاحتفاظ به وتوجيهه. |
| **خدمات التوظيف المدعوم** (خدمات دعم توظيف الفرد والمجموعات الصغيرة) تساعد الأعضاء المحتاجين للدعم المستمر، بسبب إعاقاتهم، للحصول على وظيفة تنافسية في بيئة عمل مجتمعي متكامل والاحتفاظ بها. وتكون نتيجة هذه الخدمة عمل مستدام مدفوع الأجر يصل إلى أو يزيد عن الحد الأدنى للأجور في بيئة متكاملة بقوة العمل العامة، بوظيفة تلبي الأهداف الشخصية والمهنية.   * خدمات التوظيف الفردية مخصصة وقد تتضمن الاكتشاف أو التقييم ذي الصلة بالمهنة/الوظيفة، تخطيط الوظيفة الذي يتمحور حول الشخص، تحديد الوظيفة، تطوير الوظيفة، الاجتماع بأصحاب العمل المتوقعين، تحليل الوظيفة، التدريب على الوظيفة، المواصلات، خدمات التقدم الوظيفي، أو الدعم للنجاح في العمل الحر. * خدمات توظيف المجموعات الصغيرة هي خدمات وتدريبات تُقدم في بيئة تجارية أو صناعية أو مجتمعية لمجموعات تتكون من ثمان عمال ذوي إعاقة. والأمثلة تتضمن الأطقم المتنقلة وغيرها من مجموعات العمل التجارية التي توظف مجموعات صغيرة من العمال ذوي الإعاقة في وظيفة بالمجتمع. قد تتضمن الخدمات الاكتشاف أو التقييم ذي الصلة بالمهنة/الوظيفة، تخطيط الوظيفة الذي يتمحور حول الشخص، تحديد الوظيفة، تطوير الوظيفة، الاجتماع بأصحاب العمل المتوقعين، تحليل الوظيفة، التدريب والتعليمات المنهجية، التدريب على الوظيفة، المواصلات، خدمات التقدم الوظيفي، أو الدعم للنجاح في العمل الحر. |
| **الرعاية المنزلية الداعمة** تتضمن الخدمات التي تساعد الأعضاء بشكل مباشر في أنشطة الحياة اليومية والاحتياجات الشخصية لضمان العمل بشكلٍ مناسب في المنزل والمجتمع. وقد تتضمن الخدمات المساعدة على ارتداء الملابس، الاستحمام، إدارة الأدوية، تناول الطعام، استخدام الحمام، التبرج، الحركة، سداد الفواتير، استخدام المواصلات، والأعمال المنزلية. |
| **خدمات التدريب لمقدمي الرعاية الذين لا يحصلون على أجر** تساعد الأشخاص الذي يزودون العضو بخدمات الرعاية، التدريب، المرافقة، الإشراف، أو غير ذلك من أنواع الدعم بدون أجر. ويتضمن التدريب التعليمات المتعلقة بالنظم والخدمات الأخرى المضمنة في خطة رعاية العضو، استخدام المعدات المحددة في خطة الخدمة، والتوجيه، حسب الضرورة، للحفاظ على أمن العضو في المجتمع. |
| **النقل (النقل المتخصص): وسائل النقل المجتمعية وغيرها**   * تساعد خدمات النقل المجتمعية الأعضاء في الوصول إلى الخدمات، الأنشطة، والموارد المجتمعية. وقد تتضمن الخدمات التذاكر أو بطاقات الأجرة، فضلاً عن نقل الأعضاء ومرافقيهم إلى الوجهات. باستثناء وسائل نقل الطوارئ (الإسعاف). * تساعد خدمات النقل الأخرى الأعضاء الموجهين ذاتيًا في الحصول على الخدمات الطبية غير الطارئة التي تغطيها Medicaid. وقد تتضمن الخدمات التذاكر أو بطاقات الأجرة، تعويض المسافة المقطوعة، فضلاً عن نقل الأعضاء ومرافقيهم إلى الوجهات. باستثناء وسائل النقل غير الطبية، التي تتوفر بموجب خدمات النقل المجتمعية – انظر أعلاه. باستثناء وسائل نقل الطوارئ (الإسعاف). |
| **تخطيط ودعم المستقبل المهني** هي خدمة تخطيط ودعم التوظيف تتمحور حول الشخص وجماعية توفر المساعدة للأعضاء للحصول على عمل أو العمل الحر أو الحفاظ عليه أو تطويره. وقد تتضمن هذه الخدمة إعداد خطة التوظيف، تحليل ودعم مزايا حوافز العمل، تنسيق فريق الموارد، استكشاف المهنة والتحقق من صحة هدف التوظيف، دعم البحث عن وظيفة ومتابعة الوظيفة، والدعم على المدى الطويل. |

3. طلب تخفيض حصة التكلفة

*[Insert sample Application for Reduction of Cost Share]*

*Use form F-01827 (updated 9/14/2020) located on DHS website at:*

[*https://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-01827.htm*](https://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-01827.htm)*.*

*[DHS can supply images of the forms that are size adjustable if needed for insertion as samples.]*

4. نموذج إخطار لتحديد المزايا السلبية

*[Insert sample Notice Adverse Benefit Determination]*

*Use form F-00232 (updated 2/28/2020) located on DHS website at* <https://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00232.htm>*.*

*[DHS can supply images of the forms that are size adjustable if needed for insertion as samples.]*

5. نموذج طلب الطعن الخاص بـ *[Insert MCO name]*

*[Insert MCO appeal request form.]*

*Use MCO form F-00237 on DHS website at* [*https://www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm*](https://www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm)

*[DHS can supply images of the forms that are size adjustable if needed for insertion as samples.]*

6. نموذج طلب جلسة استماع عامة منصفة

*[Insert State Fair Hearing Request Form.]*

*Use form F-00236 (revised 2/28/2020), located on DHS website at*<https://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm>

*[DHS can supply images of the forms that are size adjustable if needed for insertion as samples.]*

7. إخطار ممارسات الخصوصية

*[Insert notice of privacy practices]*