*[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**

***مسودة للاستخدام من قبل Managed Care Organizations (مؤسسات الرعاية المدارة)***

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

*Recommend MCOs list 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 (06/2025)

***Instructions to MCOs: Insert conspicuously visible taglines.***

* *Tagline A: Use the tagline in the prevalent non-English languages that DHS identified for each MCO.* [*Download the tagline*](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.*

*[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.]*

**جدول المحتويات**

[الفصل الأول. أرقام الهواتف المهمة والمصادر 6](#_Toc198550361)

[[Insert MCO Name] معلومات جهة الاتصال 6](#_Toc198550362)

[جهات الاتصال المهمة الأخرى 7](#_Toc198550363)

[الفصل الثاني. الترحيب والمقدمة 9](#_Toc198550364)

[مرحبًا بكم في [insert MCO Name] 9](#_Toc198550365)

[كيف يمكن لبرنامج Family Care مساعدتي؟ 9](#_Toc198550366)

[من سيساعدني؟ 9](#_Toc198550367)

[من سيزودني بالخدمات؟ 10](#_Toc198550368)

[الفصل الثالث. أشياء يجب معرفتها عن الحصول على الخدمات 11](#_Toc198550369)

[كيف تُعد خطة الرعاية الخاصة بي؟ 11](#_Toc198550370)

[ما الذي يجب أن تتضمنه خطة رعايتك؟ 12](#_Toc198550371)

[كيف يتم تحديد الخدمات واعتمادها؟ 12](#_Toc198550372)

[وسائل الدعم الموجهة ذاتيًا 13](#_Toc198550373)

[ماذا لو تغيرت احتياجاتي؟ 13](#_Toc198550374)

[كيف أستخدم شبكة موفري الخدمات؟ 13](#_Toc198550375)

[كيف يساعدني برنامج Family Care في إدارة خدماتي؟ 14](#_Toc198550376)

[ما الذي يتعين علي القيام به في حالة الطوارئ؟ 14](#_Toc198550377)

[كيف أحصل على الرعاية بعد ساعات العمل الطبيعية؟ 15](#_Toc198550378)

[ماذا يحدث إذا كنت بحاجة إلى رعاية بعيدًا عن المنزل لفترة من الوقت؟ 15](#_Toc198550379)

[الفصل الرابع. خدمات Family Care 16](#_Toc198550380)

[ما الخدمات التي يوفرها برنامج Family Care؟ 16](#_Toc198550381)

[خدمات Family Care 17](#_Toc198550382)

[ما الخدمات غير المقدمة؟ 23](#_Toc198550383)

[الخدمات أو الإعدادات البديلة 24](#_Toc198550384)

[الفصل الخامس. فهم من يسدد مقابل الخدمات وتنسيق المزايا الخاصة بك 25](#_Toc198550385)

[هل سأسدد مقابل أي خدمات؟ 25](#_Toc198550386)

[كيف أقوم بالسداد؟ 26](#_Toc198550387)

[ماذا لو حصلت على فاتورة مقابل الخدمات؟ 27](#_Toc198550388)

[هل يسدد برنامج Family Care مقابل الخدمات السكنية أو دور المسنين؟ 27](#_Toc198550389)

[كيف يتم تنسيق مساعدات Medicare ومساعدات التأمين الأخرى الخاصة بي؟ 27](#_Toc198550390)

[ما هو estate recovery (استرداد المصاريف من قيمة الملكية)؟ وكيف ينطبق علي؟ 28](#_Toc198550391)

[الفصل السادس. حقوقك 29](#_Toc198550392)

[الفصل السابع. مسؤولياتك 32](#_Toc198550393)

[الفصل الثامن. التظلمات والاستئنافات 34](#_Toc198550394)

[مقدمة 34](#_Toc198550395)

[المظالم 35](#_Toc198550396)

[طلبات الاستئناف 37](#_Toc198550397)

[جلسات الاستماع العادلة الرسمية 40](#_Toc198550398)

[من يمكنه مساعدتي فيما يتعلق بالتظلم أوالاستئناف؟ 42](#_Toc198550399)

[الفصل التاسع. إنهاء العضوية في [insert MCO name] 44](#_Toc198550400)

[الملاحق 45](#_Toc198550401)

[ملحق 1. مسرد المصطلحات 45](#_Toc198550402)

[ملحق 2. طلب تخفيض حصة التكلفة 48](#_Toc198550403)

[ملحق 3. عينة Notice of Adverse Benefit Determination (إخطار تحديد المساعدات السلبية) 49](#_Toc198550404)

[ملحق 4. [Insert MCO name] نموذج طلب الاستئناف 50](#_Toc198550405)

[ملحق 5. نموذج طلب جلسة استماع عادلة رسمية 51](#_Toc198550406)

[ملحق 6. إخطار ممارسات الخصوصية 52](#_Toc198550407)

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

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

# الفصل الأول. أرقام الهواتف المهمة والمصادر

## [Insert MCO Name] *معلومات جهة الاتصال*

*At the minimum, MCOs should list their:*

* رقم الهاتف العام *[Indicate hours of operation]*
* موقع (مواقع) مكتب MCO
* خدمات الأعضاء  
  *[Insert the toll-free telephone number where members can get information about the requirements and benefits of the program. Indicate hours of operation, if different from above.]*
* المساعدة بعد ساعات العمل  
  *[Insert the 24-hour toll-free telephone number members can call to get service authorizations after hours. Include instructions as appropriate (for example, “dial 0”).]*
* أخصائيو حقوق الأعضاء

يمكن لموظفي خدمات الأعضاء *[or insert appropriate name]* شرح حقوق الأعضاء. فهم موجودون للمساعدة إذا كانت لديك شكوى أو مظلمة. ويمكنهم إعطاؤك معلومات أو مساعدتك إذا كنت ترغب في استئناف قرار اتخذه فريقك.

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

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

## *جهات الاتصال المهمة الأخرى*

### خدمات حماية البالغين

يوجد بكل مقاطعة وكالة تبحث في حوادث إساءة المعاملة والإهمال والاستغلال المالي وإهمال الذات التي يتم الإبلاغ عنها. فاتصل بخط المساعدة الخاص بمقاطعتك للتحدث إلى شخص ما عن إساءة معاملة معروفة أو مشتبه بها يتعرض له أحد البالغين المعرضين للخطر (السن يتراوح بين 18 و59 سنة) أو أحد البالغين في الفئة العمرية من 60 عام أو أكبر.

* *[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 (ADRCs) (مراكز موارد الشيخوخة والإعاقة) هي المكان الأول الذي يجب الذهاب إليه للحصول على معلومات دقيقة وغير متحيزة عن الشيخوخة أو العيش مع إعاقة. وADRCs عبارة عن أماكن لطيفة وترحيبية حيث يمكن للجميع – الأفراد، الأسر أو الأصدقاء، أو المتخصصين – الذهاب للحصول على معلومات مخصصة لحالتهم. كما توفر ADRCs معلومات البرامج والخدمات وتساعد الأشخاص على فهم خيارات رعايتهم على المدى الطويل وتساعدهم على التقدم للبرنامج والمزايا. وADRCs في منطقة خدمة *[insert MCO name]*هي:

* *[List ADRCs, Tribal ADRSs, and contact information]*

تفضل بزيارة [dhs.wi.gov/adrc](http://dhs.wisconsin.gov/adrc) لمعرفة المزيد من المعلومات عن ADRCs.

### برامج Ombudsman (أمين المظالم)

ombudsman (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 فأكثر**، فاتصل بـ Board on Aging and Long-Term Care. أو تفضل بزيارة [longtermcare.wi.gov](http://longtermcare.wi.gov/)، اتصل على 800-815-0015
* إذا كان سنك يتراوح بين **18 و59 سنة**، فاتصل بـ Disability Rights Wisconsin. أو تفضل بزيارة [disabilityrightswi.org](https://disabilityrightswi.org/)، اتصل على800-928-8778

### الوكالات المحلية أو القبلية

يجب أن تبلغ بالتغييرات التي تطرأ على حالتك المعيشية أو الموارد المالية الخاصة بك في غضون 10 أيام. على سبيل المثال، في حال انتقالك، يجب أن تبلغ عن عنوانك الجديد. فقد تؤثر هذه التغييرات على إذا ما كنت مؤهلاً لـ Medicaid وFamily Care أم لا. أبلغ وكالتك المحلية أو القبلية و *[insert MCO name]* عن هذه التغييرات. يمكنك العثور على أقرب وكالة على [dhs.wi.gov/im-agency](https://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm).

### ACCESS

يمكنك استخدام موقع ACCESS لإجراء تغييرات على حالتك المعيشية أو أمورك المالية، تجديد المساعدات الخاصة بك، التحقق من الحالة والأرصدة، أو استخدامه كمصدر للبرامج المختلفة. قم بتسجيل الدخول أو إنشاء حساب على [access.wi.gov](https://access.wi.gov/s/?language=en_US).

### ForwardHealth

ForwardHealth هي البطاقة التي تستخدمها للحصول على الخدمات التي يغطيها برنامج Medicaid الخاص بك. ويمكن لخدمات أعضاء ForwardHealth المساعدة في العثور على موفري الخدمات، الحصول على بطاقة جديدة، وفهم الخدمات المغطاة الخاصة بك والمدفوعات المشتركة. إذ كنت تواجه مشكلة في استخدام بطاقة ForwardHealth فيما يتعلق بأشياء كالنظارات، زيارات الطبيب، أو الأدوية الموصوفة، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم

### الإبلاغ عن الاحتيال في المساعدة العامة

الاحتيال يعني الحصول على 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. وذلك يتضمن الأمور المتعلقة بك أو مساعدة الآخرين. تجدر الإشارة إلى أنك قد تواجه مشكلة قانونية في حال ارتكابك للاحتيال. ففي حال اتخاذ المحكمة لقرار بأن شخص ما حصل على مساعدات الرعاية الصحية من خلال الاحتيال، قد يضطر هذا الشخص إلى رد هذه المساعدات إلى الحكومة. وقد تكون هناك عقوبات أيضًا.

إذا كنت تشك في أن أي شخص يسيء استخدام أموال المساعدة العامة، بما في ذلك Family Care، فاتصل على الخط الساخن المخصص للاحتيال 877-865-3432 ‬أو قدم بلاغًا على [dhs.wi.gov/fraud](https://www.dhs.wisconsin.gov/fraud/index.htm).‬

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

### FoodShare (بطاقة QUEST)

QUEST هي البطاقة التي تستخدمها لشراء الطعام باستخدام مساعدات FoodShare الخاصة بك. إذا كانت لديك اسئلة أو مخاوف بخصوص FoodShare، أو إذا كنت تريد معرفة الرصيد، أو إذا كانت بطاقتك مفقودة أو مسروقة، فاتصل بخدمات بطاقات QUEST على الرقم 877-415-5164.

### Wisconsin Division of Quality Assurance (قسم تأكيد الجودة بولاية Wisconsin)

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 بولاية Wisconsin). لتقديم الشكوى، اتصل على الرقم 6552-642-800.

*[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]*

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.

مرحبًا بكم في *[insert MCO name]*، مؤسسة الرعاية المدارة التي تقوم بتشغيل برنامج Family Care. برنامج Family Care هو برنامج رعاية على المدى الطويل من Medicaid خاص بالمسنين 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.

يمنحك هذا الدليل المعلومات التي تحتاج إليها لـ:

* معرفة أساسيات برنامج Family Care.
* معرفة الخدمات التي يمكنك الحصول عليها في برنامج Family Care.
* معرفة حقوقك ومسؤولياتك بصفتك أحد أعضاء برنامج Family Care.
* تقديم تظلم أو استئناف إذا كانت لديك مشكلة أو تخوف.

إذا كنت ترغب في مراجعة هذا الدليل، فيُرجى الاتصال بفريق رعايتك.  
*[Or, list appropriate contact (e.g.,* *member services at…)]*.

## كيف يمكن لبرنامج Family Care مساعدتي؟

يوفر برنامج Family Care الخدمات ووسائل الدعم لمساعدتك في العيش بأكبر قدر ممكن من الاستقلالية مع التأكد من أنك آمن ومدعوم في المنزل من خلال وسائل الدعم الطبيعية والتطوعية ومدفوعة الأجر. كما أنه يتضمن إدارة الرعاية لمساعدتك في ترتيب وإدارة الخدمات ووسائل الدعم الخاصة بك.

بصفتك أحد أعضاء برنامج Family Care، ستتحدث *[insert MCO name]* إليك عن الخدمات ووسائل الدعم التي تحتاج إليها. وقد يتضمن ذلك المساعدة في أشياء مثل الاستحمام والانتقال والتدبير المنزلي وتوصيل الوجبات للمنازل.

## من سيساعدني؟

عندما تصبح عضوًا في برنامج Family Care، سيقوم فريق رعاية من *[insert MCO name]* بالعمل معك للمساعدة في تلبية احتياجاتك. فأنت محل تركيز فريق الرعاية. **ويجب أن تشارك في جميع أجزاء** تخطيط رعايتك.

سيقوم فريق رعايتك بإدراجك أنت و:

* ممرضة مسجلة.
* عامل اجتماعي *[or care manager or social services coordinator].*
* أخصائيون آخرون، بناءً على احتياجاتك. قد يكونوا معالجين مهنيين أو طبيعيون، أو أخصائيو صحة عقلية.
* أي شخص آخر ترغب في مشاركته، بما في ذلك أفراد الأسرة أو الأصدقاء.

تتمثل مهمة فريق رعايتك في العمل معك لـ:

* أيجاد نقاط القوة، الموارد، الاحتياجات، والتفضيلات.
* إعداد خطة رعاية لكيفية حصولك على المساعدة التي تحتاج إليها.
* التأكد من حصولك على الخدمات في خطة رعايتك.
* التأكد من تلبية الخدمات لاحتياجاتك وفعاليتها من حيث التكلفة.
* التأكد من استمرار عمل خطة رعايتك لأجلك.

ترى *[Insert MCO name]* أنه يجب أن يكون لأعضائنا رأيًا في طريقة وموعد تقديم الرعاية. وهذا ما يُسمى الاختيار الشخصي. كما أن كونك عضوًا وامتلاكك للاختيار الشخصي يعني تحملك مسؤولية مساعدة فريق رعايتك في العثور على أفضل الطرق لدعمك. أخطر فريقك في حال حاجتك إلى أي مساعدة للمشاركة في العملية.

## من سيزودني بالخدمات؟

ستحصل على الخدمات طويلة الأجل من موفري الخدمات التابعين لـ *[insert MCO name]*. وسنعطيك معلومات عن موفري الخدمات الذين يمكنك الاستعانة بهم. للاطلاع على قائمة موفر الخدمات التابعين لـ *[insert MCO name]*، يمكنك:

* طلبها من فريق رعايتك
* الدخول إلى موقع *[insert MCO name]* الإلكتروني.

ستعمل أنت وفريق رعايتك معًا لاختيار موفري الخدمات الذين يدعمون احتياجاتك بشكلٍ أفضل.

*لن تقوم [Insert MCO name]* بالسداد مقابل جميع الخدمات التي تحتاج إليها. فعلى سبيل المثال، تتم تغطية زيارات طبيب الرعاية الأساسية وتعبئة الوصفات الطبية بواسطة Medicaid. وستقوم *[Insert MCO name]* بمساعدتك على فهم الفرق بين الخدمات المقدمة من موفري الخدمات التابعين لـ Medicaid وخدمات الرعاية طويلة الأجل المقدمة من موفر الخدمات التابعين لبرنامج Family Care.

# الفصل الثالث. أشياء يجب معرفتها عن الحصول على الخدمات

## كيف تُعد خطة الرعاية الخاصة بي؟

### تحديد النتائج الشخصية الخاصة بك

ستعمل أولاً مع فريق رعايتك لتحديد **النتائج الشخصية الخاصة بك**. والنتائج الشخصية هي الأهداف التي تحددها لحياتك. وأنت فقط من يقرر الأشياء التي تهمك. قد تتضمن هذه النتائج:

* الحالة المعيشية ووسيلة الدعم التي ترغب بها، مثل:
  + مكان العيش ومن ترغب في العيش معه
  + وسائل الدعم والخدمات اللازمة وممن تحصل عليها
  + روتينك اليومي
* أهداف نمط الحياة والتجارب اليومية، مثل:
  + الوقت الذي تقضيه مع الأسرة والأصدقاء
  + الوظيفة أو الأنشطة الأخرى
  + الانخراط في المجتمع
  + الاستقرار
  + الاحترام والنزاهة
  + الخصوصية
* أهداف صحتك ورفاهيتك، مثل:
  + تتمتع بصحة جيدة
  + تتمتع بالأمان
  + لا تتعرض لإساءة المعاملة والإهمال

سيساعدك فريق رعايتك على تحديد نتائجك الشخصية. وسينظرون إلى الخدمات التي ستدعم احتياجاتك بشكلٍ أفضل، فضلاً عن الخدمات الأكثر فعالية من حيث التكلفة. يُقصد بالفعالية من حيث التكلفة تحقيق الخدمات لنتائجك بسعر معقول. وستقوم *[insert MCO name]* بعد ذلك بتوفير الخدمات. تذكر أن هذا لا يعني قيام *[insert MCO name]* على الدوام بتوفير الخدمات التي يقررها فريقك. **فالأشياء التي تقوم بها بنفسك والمساعدة التي تحصل عليها من عائلتك والأصدقاء والآخرين تمثل جزء مهم من خطة رعايتك.**

### تحديد نتائج رعايتك على المدى الطويل

ستقوم أنت وفريق رعايتك أيضًا بتحديد **نتائج رعايتك على المدى الطويل**. وهي أهداف الاستقلالية التي تساعدك على عيش الحياة التي تريدها. يوفر برنامج Family Care الخدمات ووسائل الدعم لمساعدتك على تحقيق هذه الأهداف. على سبيل المثال:

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

سيقوم فريق رعايتك بإعداد خطة الرعاية. وستساعدك خطة الرعاية في المضي قدمًا لتحقيق النتائج التي حددتها أنت وفريق رعايتك.

## ما الذي يجب أن تتضمنه خطة رعايتك؟

ستتضمن خطة رعايتك ما يلي:

* احتياجات صحتك الجسدية وقدرتك على أداء أنشطة معينة (مثل تناول الطعام وارتداء الملابس).
* نقاط قوتك وتفضيلاتك.
* نتائجك الشخصية.
* نتائج رعايتك على المدى الطويل.
* الخدمات التي ستحصل عليها.
* من سيقوم بتوفير كل خدمة.
* الأشياء التي ستقوم بها بنفسك أو بمساعدة من أسرتك أو أصدقائك أو الآخرين في مجتمعك.

سيطلب منك فريق الرعاية توقيع خطة رعايتك لتوضيح أنك ساعدت في إعدادها. وستحصل على نسخة من خطتك الموقعة. إذا لم تكن راضيًا عن خطتك، فيمكنك اختيار عدم توقيعها. يمكنك تقديم تظلم أو استئناف إذا لزم الأمر. (انظر الفصل الثامن لمزيد من المعلومات).

ستتحدث إلى فريق رعايتك بانتظام للتأكد من أن الخدمات تساعدك. ويُطالب فريق رعايتك بمقابلتك شخصيًا مرة واحدة كل ثلاثة أشهر على الأقل. وقد يقابلك أكثر من ذلك إذا لزم الأمر.

## كيف يتم تحديد الخدمات واعتمادها؟

**القواعد الأساسية للحصول على الخدمات**

سنقوم بتغطية الخدمات عمومًا طالما أنها:

* مضمنون في مساعدات برنامج Family Care.
* تدعم نتائج رعايتك على المدى الطويل.
* الطريقة الأكثر فعالية، من حيث التكلفة، لدعم احتياجاتك.
* مضمنة في خطة رعايتك.
* معتمدة مسبقًا ومسموح بها من فريق رعايتك.

يجب أن تحصل على اعتماد لجميع الخدمات **قبل** أن تحصل عليها. فلن تقوم *[Insert MCO name]* بالسداد مقابل الخدمات دون أن نعتمدها مسبقًا.**إذا كنت ترتب للحصول على خدمات بنفسك دون اعتماد من فريق رعايتك، فقد تضطر للسداد مقابلها.** تحدث إلى فريقك إذا كنت بحاجة إلى خدمة لم تُعتمد.

تتحمل *[Insert MCO name]* مسؤولية دعم نتائج رعايتك على المدى الطويل. كما يجب أن نكر في التكلفة عند تخطيط رعايتك.

### كيفية اعتماد الخدمات

ستتحدث أنت وفريقك عن الخدمات التي تحتاج إليها. ومعًا، ستكتشف طريقة تلبية نتائج رعايتك على المدى الطويل. ستقوم أنت وفريقك باستخدام عملية مرحلية لاعتماد الخدمات. حيث تساعدك العملية في تقرير إذا ما كانت الخدمات فعالة من حيث التكلفة أم لا، ذات قيمة جيدة مقابل التكلفة أم لا، وتدعم احتياجات رعايتك على المدى الطويل أم لا. يُطلق على هذه العملية resource allocation decision (قرار تخصيص المورد) من قبل MCO.

ومن المهم الإبقاء على مشاركة لأشخاص الذين يساعدونك بالفعل في حياتك اليومية. قد يكون هؤلاء الأشخاص، على سبيل المثال، أصدقاء أو جيران. وستقوم *[Insert MCO name]* بشراء الخدمات الأخرى التي لا يمكن لوسائل دعمك توفيرها.

## وسائل الدعم الموجهة ذاتيًا

وسائل الدعم الموجهة ذاتيًا هي طريقة للبحث عن الخدمات وشرائها وتوجيهها. حيث ستلتقي أنت وفريق رعايتك للحديث عن الخدمات التي يمكن توجيهها ذاتيًا. وإذا اخترت التوجيه الذاتي لخدمة أو أكثر، فستعمل مع فريقك لـ:

1. إعداد ميزانية لهذه الخدمات، و
2. إعداد خطة تلخص كيفية توجيه الخدمات.

قد تقوم بالتوجيه الذاتي لإحدى الخدمات أو جميعها. على سبيل المثال، قد تقوم بالتوجيه الذاتي لخدمات رعايتك الشخصية مع إدارة فريقك لموفري الخدمات الذين يساعدونك في توفير المستلزمات الطبية. كما يمكنك تغيير رأيك وزيادة أو تخفيض التوجيه الذاتي في المستقبل.

لا يمكنك توجيه خدمات الرعاية السكنية وإدارة الرعاية ذاتيًا.

إذا كنت مهتمًا بوسائل الدعم الموجهة ذاتيًا، فاطلب من *[insert appropriate contact (for example, your care team)]* المزيد من المعلومات.

## ماذا لو تغيرت احتياجاتي؟

قد تتغير خدماتك بمرور الوقت نظرًا للتغيرات التي تطرأ على صحتك وحياتك. على سبيل المثال، قد تحتاج إلى خدمات أقل في حال تحسن صحتك الجسدية. وفي حال زيادة احتياجاتك، سنتأكد من حصولك على المساعدة التي تحتاج إليها للبقاء آمنًا وصحيحًا ومستقل قدر الإمكان. يتمثل هدفنا في توفير الخدمة المناسبة، بالمبلغ المناسب، في المكان المناسب.

فأخطر فريق رعايتك في حال تغير احتياجاتك. فهو متواجد دائمًا لدعمك.

## كيف أستخدم شبكة موفري الخدمات؟

ستقوم أنت وفريقك باختيار موفري الخدمات الذين تحتاج إليهم من قائمة في دليل شبكة موفري الخدمات التابعين لـ  
*[insert MCO name]*. ويمكنك طلب نسخة ورقية من *[insert appropriate contact (for example, member services)*]. قد نستخدم موفر خدمة من خارج شبكتنا إذا لم يكن لدينا من يمكنه تلبية احتياجاتك أو إذا كانوا جمعي موفري الخدمة التابعين لنا بعيدين جدًا عن المكان الذي تعيش فيه. يجب أن تتحدث مع فريق رعايتك لاختيار موفر خدمة من خارج شبكتنا.

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

إذا كنت تريد الانتقال إلى موفر خدمة في شبكة أخرى، فيجب أن تتصل بفريق رعايتك للحصول على الموافقة. **وقد تتحمل مسؤولية تكلفة الخدمة إذا استخدمت موفر خدمة جديد دون الحصول على موافقة فريق رعايتك الخطية**.

## كيف يساعدني برنامج Family Care في إدارة خدماتي؟

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

* أنت تعبر عما هو مهم لنتائجك. ويدعم برنامج Family Care أشياء مثل اختيار ترتيبات معيشتك، روتينك اليومي، وخدمات الدعم. يمكنك العمل مع فريق رعايتك للعثور على طرق لدعم احتياجاتك. وإذا كنت تعتقد أن خطة رعايتك لا تدعم نتائجك، فيمكنك تقديم تظلم أو استئناف. (انظر الفصل الثامن لمزيد من المعلومات).
* سننظر في استخدام موفر خدمة لا نستخدمه عادةً في حال طلبك لذلك.
* يمكنك طلب قدوم موفر خدمة محدد إلى منزلك أو توفيره لرعاية شخصية ودية. وقد يتضمن ذلك أحد أفراد الأسرة. **يجب أن يستوفي موفر الخدمة أو فرد الأسرة متطلباتنا وأن يقبل المبلغ المالي الذي نسدده.**
* يحق لك التغيير إلى فريق رعاية مختلف حتى مرتين في السنة. ولا يتعين عليك 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 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.*

والحالة الطارئة هي الأمراض أو الإصابات أو الأعراض أو الحالات الخطيرة جدًا. حيث سيسعى معظم الأشخاص للحصول على الرعاية على الفور لتفادي الضرر. 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 بـ911 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 (for example, 48 hours)]* لإخبارهم 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. وبهذه الطريقة، يمكننا إخبار موفري الخدمة الحاليين بوجودك في المستشفى. كما يمكننا تنسيق الخدمات التالية. على سبيل المثال، قد يحيلك طبيبك إلى وكالة صحية منزلية. ويجب أن يوافق فريق رعايتك على الخدمات الصحية المنزلية قبل مغادرتك للمستشفى.

## 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 الموظفون على مدار الساعة وطوال الأسبوع ويمكنهم الموافقة مؤقتًا على الخدمات التي تحتاج إليها حتى يوم العمل التالي. وسيقوم فريق رعايتك بالمتابعة معك لتحديد إذا ما كان يجب بأن تستمر الخدمات أم لا.

## ماذا يحدث إذا كنت بحاجة إلى رعاية بعيدًا عن المنزل لفترة من الوقت؟

من الضروري أخبار فريق رعايتك إذا كنت ستكون خارج *[insert MCO name]*’لفترة زمنية طويلة.   
*[Insert MCO name]* وسنحتاج إلى معرفة تفاصيل المكان الذي تذهب إليه. وسنعمل مع وكالتك لمعرفة إذا ما كان ذلك سيؤثر على حالتك بصفتك مقيم في المقاطعة أم لا.

* إذا قررت وكالتك أنك **لم تعد مقيمًا** في المقاطعة الخاضعة لخدمة *[insert MCO name]*، فاتصل بـ aging and disability resource center (ADRC) (مركز موارد الشيخوخة والإعاقة) في المقاطعة التي تذهب إليها. ويمكن لـADRC إخبارك بالبرامج المتوفرة في هذه county (المقاطعة).
* إذا اعتُبر أنك **لا تزال مقيمًا**، فستعمل *[insert MCO name]* معك لتخطيط طريقة فعالة من حيث التكلفة لدعم احتياجاتك والحفاظ على صحتك وسلامتك أثناء غابك.

قد تكتشف *[insert MCO name]* أنه لا يمكننا إعداد خطة فعالة من حيث التكلفة تلبي احتياجاتك وتضمن صحتك وسلامتك أثناء تواجدك خارج منطقة خدمتنا. وإذا حدث ذلك، فقد نطلب إلغاء تسجيلك في البرنامج.

لا تسدد *[Insert MCO name]* مقابل الرعاية إذا انتقلت خارج منطقة خدمتنا بشكل دائم. وإذا كنت تخطط للانتقال الدائم، فاتصل بفريق رعايتك للمناقشة في أقرب وقت ممكن.

# الفصل الرابع. خدمات Family Care

## ما الخدمات التي يوفرها برنامج Family Care؟

تعتمد الخدمات المتوفرة لك على مستوى رعايتك. وهو مقدار الرعاية الذي تحتاج إليه لتستمتع بصحة جيدة وللشعور بالأمان. يوجد مستويان للرعاية في برنامج Family Care:

* **مستوى الرعاية في دار المسنين.** تكون احتياجاتك عالية بالقدر الكافي الذي يمكنك من الحصول على الخدمات في دار المسنين. وهذا لا يعني وجوب تواجدك في دار المسنين للحصول على الخدمات.
* **مستوى الرعاية في غير دار المسنين.** لديك بعض الحاجة إلى خدمات رعاية طويلة الأجل، إلا أنك لن تكون مؤهلاً للحصول على الخدمات في دار المسنين. ويقدم برنامج Family Care مجموعة محدودة من الخدمات في هذا المستوى من الرعاية.

لا يمكن لجميع الأعضاء الحصول على كل خدمة من الخدمات التي يقدمها برنامج Family Care. حيث لن تحصل إلا على الخدمات التي تحتاج إليها لدعم نتائج رعايتك على المدى الطويل وضمان تمتعك بالصحة والأمن. فتحدث مع فريق رعايتك إذا كنت تعتقد أنك بحاجة إلى خدمة واردة في هذا الفصل. ستستخدم أنت وفريق رعايتك عملية اعتماد الخدمة لإعداد خطة الرعاية الأكثر فعالية من حيث التكلفة.

قد تقوم *[Insert MCO name]* بتوفير خدمة غير واردة بالقائمة. وستقرر أنت وفريق رعايتك الوقت الذي قد تحتاج فيه إلى خدمات مختلفة لتلبية نتائج رعايتك على المدى الطويل.

## خدمات Family Care

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

هي الخدمات التي يمكنك الحصول عليها إذا كانت:

* مطلوبة لدعم نتئاج رعايتك على المدى الطويل.
* معتمدة من فريق رعايتك.
* مضمنة في خطة رعايتك.

|  | **مستوى الرعاية في دار المسنين** | **مستوى الرعاية  في غير دار المسنين.** |
| --- | --- | --- |
| **خدمات خطة ولاية Medicaid القائمة على المجتمع** |  |  |
| Alcohol and other drug abuse (AODA) (خدمات المعالجة اليومية المتعلقة بالكحول وتعاطي المخدرات الأخرى) (في كل البيئات باستثناء المقدمة في المستشفى أو من خلال الطبيب) |  |  |
| Alcohol and other drug abuse (AODA) (خدمات المعالجة اليومية المتعلقة بالكحول وتعاطي المخدرات الأخرى) (باستثناء المقدمة للمرضى المقيمين فالمستشفى أو من خلال الطبيب) |  |  |
| خدمات إدارة الرعاية أو 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 المقيمين أو من الطبيب) |  |  |
| التمريض (بما في ذلك رعاية الجهاز التنفسي والتمريض العام على فترات متقطعة والخاص) |  |  |
| العلاج المهني (في كل البيئات باستثناء المرضى المقيمين بالمستشفى) |  |  |
| الرعاية الشخصية |  |  |
| العلاج الطبيعي (في كل البيئات باستثناء المرضى المقيمين بالمستشفى) |  |  |
| خدمات أمراض النطق واللغة (في كل البيئات باستثناء المرضى المقيمين بالمستشفى) |  |  |
| النقل إلى المواعيد الطبية (باستثناء سيارة الإسعاف) |  |  |
| **خدمات خطة الولاية Medicaid المؤسسية** |  |  |
| 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 (Home and Community-Based Waiver)التنازل القائمة على المنزل والمجتمع** |  |  |
| **الرعاية النهارية للبالغين**  تُقدم الرعاية النهارية للبالغين لمجموعة من البالغين في بيئة خارج المنزل لجزء من النهار. وهي مخصصة للبالغين الذين يحتاجون إلى تفاعل اجتماعي. كما أنها مخصصة لمن يحتاجون إلى الإشراف، المساعدة في الأنشطة اليومية، والدعم للاستمتاع بالصحة والأمن. قد تتضمن الخدمات الرعاية الشخصية، الوجبات الخفيفة، الرعاية الطبية، والنقل إلى ومن موقع الرعاية النهارية. |  |  |
| **التكنولوجيا المساعدة**  تتضمن التكنولوجيا المساعدة العناصر التي تساعد الأشخاص في أنشطتهم اليومية في المنزل والعمل والمجتمع. وقد تتضمن تكنولوجيا مثل الأجهزة اللوحية، الأجهزة المحمولة، أو البرامج، العناصر التي تُسمى وسائل المساعدة التكيفية، وكلب الخدمة المدرب تمامًا الذي يتم الحصول عليها من موفر خدمة حسن السمعة. قد تتضمن الخدمة أيضًا تقييم احتياجات الشخص للتكنولوجيا المساعدة وإصلاح أو استبدال الأجهزة أو العناصر. |  |  |
| **استكشاف Competitive integrated employment (CIE) (الوظيفة التنافسية المتكاملة)**  تساعد خدمات استكشاف CIE الأعضاء في استكشاف المسارات المهنية. كما تساعد الأعضاء في تحديد إذا ما كانوا يرغبون في العمل داخل المجتمع إلى جانب أشخاص لديهم إعاقات أم لا. تتضمن الخدمات جولات العمل، التظليل الوظيفي، المقابلات المعلوماتية، أو التخطيط الوظيفي. كما يمكن للأعضاء التعرف على الخدمات الوظيفية المخصصة للأشخاص من ذوي الإعاقة والحصول على المساعدة لتحديد الاهتمامات، المعرفة، والمهارات التي قد تكون مفيدة للبحث عن وظيفة. |  |  |
| **المساعدة على التواصل**  تتضمن المساعدة على التواصل البنود والخدمات اللازمة للمساعدة على السمع ، التحدث، القراءة، أو غيرها من أشكال التواصل الأخرى. قد تتضمن البنود أنظمة التواصل البديلة أو المعززة، أجهزة تكبير الكلام، التكنولوجيا الإلكترونية، تطبيقات المحمول، والبرامج. قد تتضمن الخدمات ترجمة أو تيسير لغة الإشارة، تقييم احتياجات التواصل، إصلاح وصيانة أجهزة التواصل، والتدريب للقدرة على استخدام أجهزة التواصل. |  |  |
| **الخدمات الاستشارية السريرية والعلاجية لمقدمي الرعاية**  تساعد الخدمات الاستشارية السريرية والعلاجية مقدمو الرعاية غير مدفوعي الأجر وموظفو الدعم مدفوعي الأجر على تنفيذ خطة العلاج أو الدعم. تتضمن الخدمات التقييمات، إعداد خطط العلاج المنزلي، خطط الدعم، خطط التدخل، والتدريب والمساعدة لتنفيذ الخطط. تتضمن الخدمات أيضًا تدريب مقدمو الرعاية والموظفون الذين يخدمون الأعضاء من ذوي الاحتياجات المعقدة (تتجاوز الرعاية الروتينية). |  |  |
| **تثقيف وتدريب المستهلك**  تساعد خدمات تثقيف وتدريب المستهلك الأشخاص ذوي الإعاقة على تطوير مهارات التأييد الذاتي، دعم تقرير المصير ممارسة الحقوق المدنية، واكتساب المهارات اللازمة لمراقبة خدمات الدعم الأخرى وتحمل مسؤوليتها. تتضمن هذه الخدمات تثقيف وتدريب الأعضاء ومقدمي الرعاية أو أصحاب القرار القانوني التابعين لهم. كما قد تسدد الخدمة مقابل رسوم التسجيل، الكتب أو المواد التثقيفية الأخرى، والانتقال إلى الدورات التدريبية، المؤتمرات، وغيرها من الفعاليات المشابهة. |  |  |
| **الخدمات الاستشارية والعلاجية**  تعالج الخدمات الاستشارية والعلاجية الاضطرابات الشخصية، الاجتماعية، الطبية، السلوكية، العاطفية، الإدراكية، الصحية العقلية، أو المتعلقة بالكحول وتعاطي المخدرات الأخرى. وقد تتضمن المساعدة في التكيف مع الشيخوخة والإعاقة، المساعدة في العلاقات الشخصية، العلاجات الترفيهية، العلاج عن طريق الفن أو الموسيقى. وقد تتضمن أيضًا الاستشارات الطبية، استشارات التغذية، الوزن، أو استشارات الحزن. |  |  |
| **التدريب على مهارات الحياة اليومية**  يساعد التدريب على مهارات الحياة اليومية الأعضاء في القيام بالمهام اليومية. ويضمن ذلك المهارات التي تساعد العضو في الاستقلالية والمشاركة 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**  الخدمات النهارية هي أنشطة مجدولة بشكلٍ منتظم تُقدم لمجموعة من البالغين خارج المنزل. وتساعد الخدمات النهارية الأعضاء على المشاركة في المجتمع، معرفة المهارات الاجتماعية، وتطوير المهارات اللازمة لأنشطة الحياة اليومية والحياة المجتمعية. |  |  |
| **خدمات الإدارة المالية**  تساعد خدمات الإدارة المالية في إدارة موارد الخدمة أو الأموال الشخصية. وإذا اختار أحد الأعضاء التوجيه الذاتي لخدمة أو أكثر، فإن هذه الخدمة تتضمن الشخص الذي يسدد أوالوكالة التي تسدد مقابل الخدمة لموفري الخدمات بعد أن يعتمد العضو السداد. تساعد هذه الخدمات الأعضاء في إعداد الميزانية لضمان توافر المال للسكن والاحتيجات الأخرى. |  |  |
| **الصحة والرفاهية**  تساعد خدمات الصحة والرفاهية الأعضاء في الحفاظ على أو تحسين صحتهم، رفاهيتهم، مهاراتهم الاجتماعية، والتضمين في المجتمع. تتضمن الخدمات الأنشطة التي تركز على تطوير العادات الصحية؛ الفصول، الدروس، والفعاليات ذات الصلة بالنشاط الجسدي والتغذية؛ خدمات الرفاهية مثل اليوجا ودروس اليقظة الذهنية؛ والتثقيف الجنسي والتدريب. |  |  |
| **توصيل الوجبات إلى المنازل**  يتضمن توصيل الوجبات إلى المنازل (يُطلق عليها أحيانًا "meals on wheels") إعداد الطعام وتوصيل وجبة أو وجبتين في اليوم إذا كان العضو غير قادر على إعداد وجبات مغذية أو الحصول عليها دون مساعدة. كما قد تساعد الوجبات التي تصل إلى المنزل الأعضاء إذا كانوا غير قادرين على إدارة نظام غذائي خاص أوصى به موفر الرعاية الصحية لحالة طبية. |  |  |
| **تعديلات المنزل**  تتضمن تعديلات المنزل البنود والخدمات التي تجعل منزل العضو أكثر أمنًا والتنقل فيه أسهل. قد يتضمن ذلك أيضًا المنحدرات، مصاعد السلم، مصاعد الكرسي المتحرك، تعديلات المطبخ أو الحمام، تعديلات إمكانية الوصول أو الأمان المتخصصة، الأجهزة الإلكترونية التي تنشط بالصوت والضوء والحركة التي تزيد من المرونة الذاتية للعضو وقدرته على العيش باستقلالية. |  |  |
| **الاستشارات السكنية**  تساعد الاستشارات السكنية الأعضاء في الحصول على سكن آمن بالمجتمع يسهل الوصول إليه وتحمله تكلفته. 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. الاستشارات السكنية لا تتضمن السداد مقابل الإيجار أو الرهن. |  |  |
| **Personal emergency response system (PERS) (نظام الاستجابة للطوارئ الشخصية)**  يربط PERS العضو مباشرةً بالأخصائيين الصحيين في حالة الطوارئ. وهو عبارة عن هاتف أو نظام إلكتروني آخر. |  |  |
| **الخدمات قبل المهنية**  الخدمات قبل المهنية هي التجارب العلمية والعملية التي تساعد الأشخاص في تطوير نقاط القوة العامة والمهارات للحصول على الوظائف في البيئات المجتمعية. يمكن للأعضاء تعلم كيفية العمل مع المشرفين وزملاء العمل والعملاء. كما يمكنهم تعلم كيفية ارتداء الملابس، اتباع الاتجاهات، تنفيذ المهام، حل المشاكل، الحفاظ على أمنهم، والتنقل. تساعد هذه الخدمات الأعضاء في الحصول على وظائف بالمجتمع يحصلون منها على الأجر المعتاد والمساعدات المسددة للموظفين من غير ذوي الإعاقة. |  |  |
| **خدمات النقل**  تتضمن خدمات النقل نفقات تُسدد لمرة واحدة تساعد الأعضاء في الانتقال من مؤسسة أو بيئة رعاية سكنية إلى منزلهم أو شقتهم في المجتمع. وقد تساعد في سداد نفقات الانتقال، التنظيف والتنظيم، وديعة التأمين، وتكاليف توصيل المرافق. كما قد تساعد في الأثاث، أواني الطهي، التنظيف ومستلزمات الأسرة، والأثاث الأساسي والأجهزة. |  |  |
| **المراقبة والدعم عن بعد**  تساعد خدمات المراقبة والدعم عن بعد الأعضاء في الحصول على الدعم المعيشي من مقدم رعاية بعيد. حيث يمكن لمقدم الرعاية البعيد التأكد من أمن العضو وتوفير الدعم في حالة الطوارئ. توفر هذه الخدمة تكنولوجيا مثل أجهزة الاستشعار، شاشات المراقبة، وغيرها من أجهزة الاتصال ثنائية الاتجاه. كما تتضمن الدعم المقدم من مقدمي الرعاية البعيدين وإصلاح وصيانة الأجهزة. يجب أن يصرح العضو خطيًا بحاجته لهذه الخدمة. |  |  |
| **الخدمات السكنية**  تُقدم الخدمات السكنية في بيئة سكنية مجتمعية على غرار المنزل. وتتضمن دور عائلية للبالغين بها 1 - 2 سرير وبيئات لثلاثة بالغين فأكثر (كدور عائلية للبالغين بها 3 - 4 أسرة أو مجمعات سكنية لرعاية السكان). عادةً ما تتضمن الخدمات الرعاية الشخصية، المساعدة في الأنشطة اليومية، الرعاية المنزلية، العلاج، والدعم والإشراف العام. قد تتضمن الخدمات أيضًا النقل والأنشطة الترفيهية أو الاجتماعية، الدعم السلوكي والاجتماعي، والتدريب على مهارات الحياة اليومية. |  |  |
| **الرعاية المؤقتة**  توفر الخدمات المؤقتة استراحات قصيرة المدى للأسرة أو غيرهم من مقدمي الرعاية الأساسيين. حيث يساعد ذلك على تخفيف الضغط اليومي ومتطلبات الرعاية. يمكن تقديم الرعاية المؤقتة في منزل العضو، منشأة سكنية، معسكر مرخص، مستشفى، أو دار مسنين. |  |  |
| **خدمات الرعاية الشخصية الموجهة ذاتيًا**  تساعد خدمات الرعاية الشخصية الموجهة ذاتيًا الأعضاء في الأنشطة اليومية والتدبير المنزلي اللازم للعيش في المجتمع. وذلك يتضمن الاستحمام، تناول الطعام، ارتداء الملابس، إدارة الأدوية، العناية بالفم والشعر والبشرة، إعداد الوجبات، سداد الفواتير، التنقل، الذهاب إلى الحمام، الانتقال، واستخدام المواصلات. حيث يختار العضو الشخص / الوكالة الذي / التي يوفر / توفر الخدمات والذي / التي يمكنه / يمكنها التصرف كصاحب عمل أو صاحب عمل مشترك له. ويجب أن يقدم الطبيب طلبًا خطيًا ليحصل العضو على هذه الخدمة. |  |  |
| **التمريض المتمكن**  التمريض المتمكن هو رعاية لا تتوفر إلا بواسطة ممرضة ممارسة عالية الخبرة، registered nurse (ممرضة مسجلة) (RN)، أو ممرضة ممارسة مرخصة تعمل تحت إشراف ممرضة مسجلةRN . ويتضمن التمريض المتمكن تتبع الأعراض وردود الأفعال، مهام التمريض العامة، وقد يتضمن مراقبة الحالة الصحية. |  |  |
| **المعدات والمستلزمات الطبية المتخصصة**  المعدات والمستلزمات الطبية المتخصصة هي العناصر التي تحافظ على صحة العضو، إدارة حالته الطبية أو الجسدية، وتحسين وظائفه أو استقلاليته. وقد تتضمن العناصر أدوية محددة بدون وصفة طبية، مستحضرات ترطيب البشرة الموصوفة لضرورة طبية، فيتامين (د) الموصوف، المكملات الغذائية متعددة الفيتامينات أو المحتوية على الكالسيوم، والكتب أو وسائل العلاج. |  |  |
| **وسيط الدعم**  وسيط الدعم هو شخص أو وكالة يختاره(ا) العضو للمساعدة في تخطيط وسائل الدعم والحصول عليها وتوجيهها ذاتيًا بشكل مباشر. ويكون وسيط الدعم على علم بالخدمات المحلية ويمكنه المساعدة في تعيين العمال، استئجارهم، تدريبهم، إدارتهم، وجدولتهم. |  |  |
| **خدمات التوظيف المدعومة**  تساعد خدمات التوظيف المدعومة الأعضاء في الحصول على الوظائف والاحتفاظ بها. والهدف من ذلك هو الاحتفاظ بوظيفة في المجتمع عند أو أعلى من الحد الأدنى للأجور، والعمل مع أشخاص ليس لديهم إعاقات. يجب أن تحقق الوظيفة أيضًا الأهداف المهنية والشخصية للأعضاء.   * **تساعد خدمات التوظيف المدعومة** الأعضاء في الحصول على وظيفة، تنمية المهارات الخاصة بهذه الوظيفة، وإجراء المقابلات الشخصية. كما قد تتضمن التوجيه والتدريب الوظيفي، التوصيل إلى العمل، المساعدة الشخصية في محل العمل، الاستشارات المتعلقة بالمساعدات، خدمات التقدم الوظيفي، أو دعم التوظيف الذاتي. * **خدمات توظيف المجموعات الصغيرة** هي خدمات وتدريبات تُقدم في بيئة تجارية أو صناعية أو مجتمعية لمجموعات تتكون من عاملين إلى ستة عمال ذوي إعاقة. والأمثلة تتضمن الأطقم المتنقلة وغيرها من مجموعات العمل التجارية التي توظف مجموعات صغيرة من العمال ذوي الإعاقة في أماكن عمل مجتمعية. وقد تتضمن الخدمات استكشاف مهنة المجموعة الصغيرة والتثقيف، تطوير المهارات، تخطيط الوظيفة، العمل بالوظيفة، مقابلة أصحاب العمل، التوجيه والتدريب الوظيفي، التوصيل إلى العمل، والخبرات العملية الموافقة لاهتمامات ومهارات العضو. * **يساعد تخطيط ودعم المستقبل المهني** الأعضاء في الحصول على وظيفة في المجتمع أو الاحتفاظ بها أو التقدم فيها. قد يتضمن ذلك تقييم التكنولوجيا المساعدة، إعداد خطة عمل، استكشاف الوظيفة، دعم البحث عن وظيفة، التوجيه والتدريب الوظيفي والمساعدة الشخصية المستمرة في الوظيفة. كما يمكن للأعضاء معرفة المزيد عن حوافز العمل ومدى تأثير الوظيفة على المساعدات الخاصة بهم. |  |  |
| **الرعاية المنزلية الداعمة**  تساعد الرعاية المنزلية الداعمة في أنشطة الحياة اليومية والاحتياجات الشخصية في المنزل أو المجتمع. وتساعد الخدمات في ضمان الأمن في المنزل والمجتمع، مهام التدبير المنزلي الروتينية مثل التنظيف، وغسل الملابس، والمهام المنزلية الرئيسية كالعناية بالفناء وإزالة الثلج. كما قد تتضمن الخدمات المساعدة في ارتداء الملابس، الاستحمام، إدارة الأدوية، تناول الطعام، الذهاب إلى الحمام، التبرج، التنقل، سداد الفواتير، استخدام المواصلات، والأعمال المنزلية. |  |  |
| **خدمات التدريب لمقدمي الرعاية الذين لا يحصلون على أجر**  توفر خدمات التدريب لمقدمي الرعاية الذين لا يحصلون على أجر المساعدة لمن يقدمون خدمات الرعاية، التدريب، المرافقة، الإشراف، أو غيرها من وسائل الدعم للعضو بدون أجر. وتوفر التدريب لمقدمي الرعاية الذين لا يحصلون على أجر فيما يتعلق بكيفية تنفيذ العلاج واستخدام المعدات في العلاج وغيرها من الخدمات المضمنة في خطة رعاية العضو وتوفير الإرشاد عن كيفية الحفاظ على أمن العضو في المجتمع. |  |  |
| **خدمات النقل**   * **تساعد خدمات النقل المجتمعية**الأعضاء في الوصول إلى الخدمات والأنشطة والموارد المجتمعية المضمنة في خطة رعايتهم. وقد يتضمن ذلك التذاكر أو بطاقات الأجرة للمسافة المقطوعة، فضلاً عن نقل الأعضاء ومرافقيهم إلى الوجهات. تستثني الخدمة النقل في حالة الطوارئ (سيارة الإسعاف). * **تساعد خدمات النقل الطبي في الحالات غير الطارئة** الأعضاء في الحصول على خدمات طبية تغطيها Medicaid في الحالات غير الطارئة. وقد تتضمن الخدمات التذاكر أو بطاقات الأجرة، تعويض المسافة المقطوعة، فضلاً عن نقل الأعضاء ومرافقيهم إلى الوجهات. تستثني الخدمة النقل غير الطبي، المتوفر في ظل النقل المجتمعي - انظر أعلاه. كما تستثني النقل في حالة الطوارئ (سيارة الإسعاف). |  |  |
| **تعديلات السيارة**  تعديلات السيارة هي التغييرات ذات الصلة بالإعاقة التي تتم في السيارة التي يعتمد عليها العضو بشكلٍ أساسي في التنقل. تساعد هذه الخدمات العضو في الوصول إلى المجتمع وتحسين استقلاليته. كما قد تتضمن إجراء تغييرات في المقاعد وأحزمة الأمان، أجهة مراقبة السائق، مصاعد السيارة، المنصات، المنحدرات، وأجهزة التثبيت أو أنظمة تثبيت الكرسي المتحرك. تتضمن الخدمة أيضًا تكلفة مواد وخدمات وفحوصات المتعلقة بهذه التغييرات وصيانتها. لا تتضمن الخدمة شراء السيارة أو الصيانة العامة. |  |  |

## ما الخدمات غير المقدمة؟

لا يوفر برنامج Family Care الخدمات المتوفرة من خلال برنامج Medicaid الخاص بك. حيث ستصل إلى هذه الخدمات عن طريق بطاقة ForwardHealth الخاصة بك. كما يمكن تغطيتها عن طريق مساعدات Medicare، المحاربون القدامى(VA) ، أو تأمين آخر بالإضافة إلى Medicaid. وسيعمل فريق رعايتك بشكلٍ وثيق معك لمساعدتك في الحصول على هذه الخدمات عندما تحتاج إليها وسيقوم بإخبارك في حال السداد المشترك مقابلها.

* خدمات Alcohol and other drug abuse (العلاج من 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
* التحاليل والأشعة السينية
* الأدوية والأدوية 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

**لا يوفر برنامج Family Care هذه العناصر والخدمات**:

* الخدمات التي لا يوافق عليها فريق رعايتك أو غير المضمنة في خطة رعايتك
* الخدمات غير اللازمة 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 this bullet. If this provision does not apply, delete the bullet.]*

* لا يوفر *[Insert MCO name]* هذه العناصر والخدمات:
  + *[Indicate name of service(s)]*

## الخدمات أو الإعدادات البديلة

*ربما تقوم* *[Insert MCO name]* بتغطية بعض الخدمات أو إعدادات الرعاية غير المشمولة عادة بتغطية Family Care للأفراد في مستوى رعاية خلاف دار المسنين. تسمى هذه الخدمات بالخدمات أو الإعدادات "البديلة".

إن تحديد ما إذا كانت الخدمة أو الإعداد "البديل" مناسبًا لك هو قرار جماعي. سيعمل فريق رعايتك معك عن كثب لمساعدتك في تحديد أفضل الخيارات. **يحق لك اختيار عدم المشاركة في أي من إحدى هذه الإعدادات أو العلاجات.**.

***قد تقدم [Insert MCO name]* الخدمات التالية كبديل للرعاية الصحية المنزلية أو الشخصية في خطة الولاية:**

* الرعاية المنزلية الداعمة
* الرعاية المؤقتة
* نظام الاستجابة للطوارئ الشخصية
* التدريب على مهارات الحياة اليومية
* خدمات التأهيل النهارية
* الخدمات قبل المهنية
* الخدمات السكنية
* توصيل الوجبات إلى المنزل
* الخدمات الاستشارية والعلاجية

***قد تقدم [Insert MCO name]* الخدمات التالية كبديل لخدمات النقل في خطة الولاية**:

* النقل المتخصص

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

## هل سأسدد مقابل أي خدمات؟

ستسدد مقابل أي خدمات ليست مضمنة في خطة رعايتك وغير معتمدة من فريق رعايتك.

**يجب أن تسدد مبلغ ثابت (يُسمى سداد مشترك) مقابل بعض الخدمات المغطاة،** مثل الأدوية، زيارات الطبيب، وزيارات المستشفى. على سبيل المثال، قد تشارك في سداد 5 دولارات مقابل الوصفة.

وهناك نوعان آخران من النفقات التي قد تضطر إلى سدادها كل شهر وهما:

* حصة التكلفة أو مسؤولية المريض
* الإقامة والمعيشة

### حصة التكلفة أو مسؤولية المريض

قد تضطر إلى سداد حصتك من التكاليف الشهرية للبقاء في برنامج Family Care. وتعتمد **حصتك في التكلفة** (يُطلق عليها أحيانًا "النفقات النثرية") على أشياء مثل دخلك، تكاليف سكنك، ونفقاتك الطبية. فقد يؤدي ما تدفعه مقابل بعض النفقات في تخفيض حصتك في التكلفة. راجع مع فريق رعايتك لمعرفة النفقات التي قد تخفض حصتك في التكلفة وكيفية توثيق المبلغ الذي تنفقه.

الأعضاء الذين يعيشون في دار مسنين أو من المحتمل أن يعيشوا في دار مسنين لمدة 30 يومًا فأكثر على التوالي يسددون **مسؤولية المريض** بدلاً من حصة التكلفة.

ستقوم income maintenance agency (وكالة صيانة الدخل) بتحديد المبلغ الذي يجب أن تسدده كل شهر. إذا كانت لديك حصة في التكلفة أو مسؤولية المريض، فستقوم *[insert MCO name]* بإرسال فاتورة إليك كل شهر.

للتأكد من أنك تسدد المبلغ الصحيح، **يجب أن تبلغ فريق رعايتك ووكالتك بكامل دخلك والتغييرات التي تطرأ على الأصول في غضون 10 أيام من التغيير**. والأصول تتضمن السيارات، النقد، الحسابات الجارية وحسابات التوفير، والقيمة النقدية للتأمين على الحياة.

إذا لم تسدد حصتك الشهرية في التكلفة أو مسؤولية المريض، فقد تفقد أهليتك ويُلغى تسجيلك من برنامج Family Care. إذا كنت تعتقد أن حصتك في التكلفة غير صحيحة، فيمكنك تقديم طلب لتحديد جلسة استماع لدى Wisconsin Division of Hearings and Appeals (قسم جلسات الاستماع والاستئنافات) بولاية Wisconsin. (انظر الفصل الثامن لمزيد من المعلومات).

إذا كانت لديك أسئلة بخصوص حصة التكلفة أو مسؤولية المريض، فاتصل بـ  
*[enter appropriate contact – for example, your care team]*.

### تخفيض حصة التكلفة

قد تكون مؤهلاً لتخفيض مبلغ حصة التكلفة إذا لم تتمكن من سداد حصتك في التكلفة الشهرية نظرًا لنفقاتك المعيشية الضرورية. ويتضمن ذلك مدفوعات الرهن أو الإيجار، تأمين المنزل أو المستأجر، الضرائب العقارية، المرافق، الطعام، الملابس، مواد النظافة، وتكلفة تشغيل وصيانة السيارة.

وقد يؤدي تخفيض حصة التكلفة إلى جعل نفقات معيشتك الشهرية أكثر معقولية ويسمح لك بالحفاظ على تسجيلك في برنامج Family Care. أكمل "طلب تخفيض حصة التكلفة" للمطالبة بالتخفيض. احصل على النموذج من وكالتك أو حمله من [dhs.wi.gov/library/collection/f-01827](https://www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/f-01827).

أرسل مع الطلب نسخ من المستندات التي توضح دخلك الشهري، نفقاتك (مثل فواتير المرافق أو مدفوعات السيارة)، ومبلغ حصة التكلفة الذي تسدده إلى *[insert MCO name]*. سيحتوي الطلب على مزيد من التفاصيل عن نوع الدليل الذي تحتاج إليه والأمثلة.

يمكنك الحصول على مساعدة مجانية فيما يتعلق بنموذج الطلب من:

* مدير *[Insert MCO name]* الرعاية الصحية الخاص بك
* إذا كان سنك **60 فأكثر**، فاتصل بأخصائي مساعدات كبار السن. وللعثور على أخصائي مساعدات كبار السن في مقاطعتك أو قبيلتك، اتصل بمركز موارد المسنين وذوي الإعاقة أو مكتب المسنين المحلي الخاص بك. [dhs.wi.gov/benefit-specialists/counties.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/benefit-specialists/counties.htm)، أو اتصل بالرقم 844-947-2372للعثور على وكالتك المحلية والاتصال بها.
* إذا كان سنك يتراوح بين **18 و 59 سنة**، فاتصل بـ ombudsman program )برنامج أمين المظالم) من خلال Disability Rights Wisconsin. أو تفضل بزيارة [disabilityrightswi.org](https://disabilityrightswi.org/)، اتصل على 800-928-8778 (رقم الهاتف النصي: 711)، أو أرسل بريد إلكتروني إلى [info@drwi.org](mailto:info@drwi.org).

### الإقامة والمعيشة

إذا كنت تعيش في دار عائلية للبالغين، منشأة سكنية مجتمعية، أو مجمع سكني لرعاية السكان، فيجب أن تسدد مقابل الإقامة والمعيشة (الإيجار والطعام). وسنخبرك بمقدار التكلفة وسنرسل إليك الفاتورة كل شهر.

ستقوم *[Insert MCO name]* بالسداد مقابل الرعاية الطبية والخدمات الإشرافية التي تحصل عليها في دار عائلية للبالغين، منشأة سكنية مجتمعية، أو مع سكني لرعاية السكان. *[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 يتصل فريق رعايتك بالموارد للبحث عن دار تناسب احتياجاتك وفي حدود ميزانيتك.

## 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؟

أنت لست مضطرًا للسداد مقابل الخدمات التي يعتمدها فريق رعايتك كجزء من خطة رعايتك. فإذا وصلتك فاتورة من موفر الخدمة، فلا تسددها. بل اتصل بفريقك حتى يمكنهم المتابعة مع موفر الخدمة.

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

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

قبل الانتقال إلى الرعاية السكنية أو دار المسنين، سيحدد فريق رعايتك ما يلي:

* 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.

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.

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 تختار موفر الخدمة السكنية بنفسك. بل يجب أن تعمل مع فريقك بخصوص هذه القرارات للتأكد من أن *[insert MCO name]* ستسدد مقابل هذه الخدمات.

## كيف يتم تنسيق مساعدات Medicare ومساعدات التأمين الأخرى الخاصة بي؟

عندما تقوم بالتسجيل في *[insert MCO name]*، سنستفسر عما إذا كان لديك أي تأمين آخر خلاف Medicaid أم لا. 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 يغطيها**.

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

تنطبق Medicaid estate recovery (استرداد المصاريف من قيمة ملكية) على معظم خدمات الرعاية على المدى الطويل سواء تم تقديمها بواسطة *[insert MCO name]* أو Medicaid.

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. ولن تحاول الولاية الاسترداد من قيمة ملكيتك حال حياة الزوج أو الزوجة أو طفل معاق. وسيتم الاسترداد بعد وفاتهما.

اسأل فريق رعايتك لمعرفة المزيد من المعلومات عن estate recovery (استرداد المصاريف من قيمة الملكية). يمكنك أيضًا زيارة [dhs.wi.gov/medicaid/erp.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/medicaid/erp.htm) أو الاتصال 800-362-3002 (رقم الهاتف النصي:711).

# الفصل السادس. حقوقك

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

**يحق لك الحصول على المعلومات بالطريقة التي تناسبك**. وللحصول على معلومات منا بطريقة تناسبك، يُرجى الاتصال بفريق رعايتك *[or insert appropriate contact]*.

* + يحق لك الحصول على مترجم معك عند حصولك على الخدمات أو مقابلة فريق رعايتك.
  + يحق لك الحصول على دليل الأعضاء هذا بلغات أو تنسيقات أخرى.

**يحق لك الحصول على معاملة تتسم بالكرامة، والاحترام، والنزاهة. يحق 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 دون أن يستتبع ذلك معاملتك على نحو سلبي.
* 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. وإهمال الذات 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** 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؟** تحدث مع فريق رعايتك عن أي مشاكل من هذا النوع. حيث يمكنهم مساعدتك في الإبلاغ عنها والحصول على الخدمات التي تساعدك في الحفاظ على أمنك. يجب أن تتصل بـ911 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.

* + *[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.]*
* **يحق لك التمتع بالوصول للخدمات المشمولة الخاصة بك في الوقت المناسب**. بصفتك أحد أعضاء *[insert MCO name]* يحق لك الحصول على الخدمات الواردة في خطة رعايتك عندما تحتاج إليها.
* **يحق لك التمتع بخصوصية معلوماتك الصحية الشخصية**. إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف بخصوص خصوصية المعلومات الصحية الشخصية، فيُرجى الاتصال بـ *[insert appropriate contact]*.
* **يحق لك التمتع بالوصول إلى سجلاتك الطبية**. يمكنك مطالبة فريق رعايتك بنسخة من سجلاتك. ويحق لك مطالبة *[insert MCO name]* بتغيير سجلاتك أو تصحيحها.
* **يحق لك الحصول على معلومات عن *[insert MCO name]*، شبكة موفري الخدمات الخاصة بنا، والخدمات المتاحة**. اتصل بفريق رعايتك للحصول على هذه المعلومات.
* **يحق لك اتخاذ قرارات بخصوص خدماتك**. على سبيل المثال، يحق لك:
* معرفة كل الخيارات المتوفرة لك. 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.
* معرفة أي مخاطر مضمنة في الرعاية.
* "رفض" أي رعاية أو خدمات مُوصى بها.
* الحصول على آراء طبية ثانية. مطالبة فريق رعايتك بالحصول على رأي ثانٍ.
* **يحق لك القيام بالتوجيه المسبق**. بمعنى أنه يحق لك إعطاء تعليمات بخصوص ما تريد تنفيذه إذا لم تتمكن من اتخاذ قرارات بسبب حادث أو مرض خطير.

هناك أنواع مختلفة للتوجيهات المسبقة كما أن هناك أسماء 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").

يمكنك تحديد ما إذا كنت ترغب في إعداد توجيه مسبق أم لا. ويمكن لفريق رعايتك شرح كيفية إعداد واستخدام التوجيهات المسبقة، إلا أنه لا يمكنه إجبارك على إعدادها 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 6552-642-800.

اتصل بفريق رعايتك لمعرفة المزيد عن التوجيهات المسبقة. كما يمكنك العثور على نماذج التوجيهات المسبقة على [dhs.wi.gov/forms/advdirectives](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/advdirectives).

* **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. ويجب 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.

تحدث إلى فريق رعايتك إذا كانت لديك أي مخاوف بخصوص الأماكن التي تحصل على الخدمات فيها**.**

# الفصل السابع. مسؤولياتك

لديك بعض المسؤوليات بصفتك عضو في *[insert MCO name]*. حيث يجب عليك:

* التعرف على الخدمات الموجودة التي قدمها برنامج Family Care. فهم ما يجب القيام به للحصول على خدماتك.
* المشاركة في تخطيط رعايتك من خلال مشاركة فريق رعايتك في الاتصالات الشهرية والزيارات الشخصية، بما في ذلك الزيارات المنزلية.
* المشاركة في عملية قرار تخصيص الموارد للعثور على أكثر الطرق فعالية من حيث التكلفة لتلبية احتياجاتك ودعم نتائج رعايتك على المدى الطويل.
* 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.
* اتباع خطة رعايتك التي وافقت عليها أنت وفريق رعايتك.
* تحمل مسؤولية أفعالك إذا رفضت المعالجة أو لم تتبع التعليمات الواردة من فريق رعايتك أو موفري الخدمات.
* استخدام موفري الخدمات التي تشكل جزءً من شبكة *[insert MCO name]*، ما لم تقرر أنت وفريق رعايتك خلاف ذلك.
* اتباع إجراءات *[insert MCO name]* للحصول على الرعاية بعد ساعات العمل.
* إخطارنا في حال الانتقال إلى عنوان جديد أو تغيير رقم هاتفك.
* إخطارنا بأي إقامة مؤقتة أو الانتقال خارج منطقة الخدمة.
* 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.
* معاملة فريقك، طاقم عمل رعايتك المنزلية، وموفري خدماتك بكرامة واحترام.
* 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.
* سداد أي تكاليف شهرية في موعدها. وذلك يتضمن أي رسوم تتعلق بحصة التكلفة أو الإقامة والمعيشة. والسماح لفريق رعايتك *[or insert appropriate contact]* بمعرفة إذا ما كنت تواجه مشاكل في سداد مدفوعاتك بأقرب وقت ممكن.
* استخدام مساعدات Medicare والتأمين الآخر، عند الاقتضاء.
* العناية بأي معدات طبية دائمة تحصل عليها، مثل الكراسي المتحركة وأسرة المستشفى.
* 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 على الرقم 877-865-3432 أو زيارة [dhs.wi.gov/fraud](https://www.dhs.wisconsin.gov/fraud/index.htm).

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

* عدم المشاركة في أي نشاط احتيالي أو إساءة استخدام للمساعدات. يتضمن ذلك:  
  + عدم الصدق فيما يتعلق بمستوى إعاقتك.
  + عدم الصدق فيما يتعلق بدخلك وأصولك.
  + عدم الصدق فيما يتعلق بحياتك.
  + بيع المعدات الطبية المقدمة من *[insert MCO name].*

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

* الاتصال بفريق رعايتك للحصول على المساعدة إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف.
* إخبارنا بمدى تقدمنا ونجاحنا. قد نسألك عما إذا كنت ترغب في المشاركة بمقابلات الأعضاء، استبيانات الرضا، أو غيرها من أنشطة مراجعة الجودة. حيث ستساعدنا تعليقاتك على تحديد نقاط قوتنا فضلاً عن المجالات التي تحتاج إلى التحسين. يُرجى إطلاعنا إذا كنت تريد معرفة نتائج أي استبيانات. *[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. التظلمات والاستئنافات

## مقدمة

إذا لم ترضى عن الرعاية والخدمات التي تحصل عليها، فيحق لك تقديم مظلمة أو الطعن على قرار اتخذته *[Insert MCO name]* والحصول على مراجعة عاجلة ومنصفة. ويُعد التحدث إلى فريق رعايتك أفضل مكان تبدأ منه. فعادةً ما يكون أسهل واسرع طريق لمناقشة مخاوفك.

* الاستئناف **هو** عبارة عن طريقة لمطالبة شخص ما بإلقاء نظرة أدق على القرار الذي اتخذته *[Insert MCO name]* بخصوص مساعداتك. يطلق على تلك القرارات اسم عمليات تحديد المساعدات السلبية.
* ويكون التظلم **عندما** تشعر بالاستياء من *[insert MCO name]*، أحد موفري الخدمات التابعين لنا، أو جودة الرعاية أو الخدمات. ويمكنك تقديم تظلم عند الاستياء من أي شيء آخر خلاف تحديد المساعدات السلبية.

إذا لم ترغب في التحدث إلى فريق رعايتك، فلديك طرق أخرى للتعبير عن مخاوفك.

* يمكنك الاتصال بمتخصص حقوق الأعضاء، الذي يمكنه العمل معك طوال عملية التظلم أو الاستئناف لمحاولة إيجاد الحل. حيث سيقومون بما يلي:
  + إخبارك بحقوقك
  + محاولة حل مخاوفك
  + مساعدتك في تقديم تظلم أو استئناف

|  |
| --- |
| **للحصول على المساعدة في عملية التظلم والاستئناف، اتصل بـ**:  *[insert MCO name]*  Member Rights Specialist  *[Address]*  الهاتف: *[Toll-free phone number]* (الهاتف النصي: *[TTY number]*)  البريد الإلكتروني: *[Email address, optional]* |

* يمكنك تقديم تظلم أو استئناف لدى *[insert MCO name]*.
* ويمكنك العمل مع برنامج ombudsman (أمين المظالم). تتوفر هذه البرامج لمساعدة جميع أعضاء برنامج Family Care فيما يتعلق بالتظلمات والاستئنافات.
  + إذا كان سنك **60 سنة فأكثر**، فاتصل بـ Board on Aging and Long Term Care. أو تفضل بزيارة [longtermcare.wi.gov](http://longtermcare.wi.gov/)، اتصل على 800-815-0015 (رقم الهاتف النصي: 711)، أو أرسل بريد إلكتروني إلى [BOALTC@wisconsin.gov](mailto:BOALTC@wisconsin.gov).‬‬‬‬
  + إذا كان سنك يتراوح بين **18 و59 سنة**، فاتصل بـ Disability Rights Wisconsin. أو تفضل بزيارة [disabilityrightswi.org](https://disabilityrightswi.org/)، اتصل على 800-928-8778 ‬(رقم الهاتف النصي: 711)، أو أرسل بريد إلكتروني إلى [info@drwi.org](mailto:info@drwi.org). ‬‬‬‬
* يمكن لأحد أفراد الأسرة، صديق، محامي، أو مؤيد مساعدتك في الأمر.

**نسخة من ملف حالتك**

يحق لك الحصول على نسخة مجانية من ملف حالتك. يتضمن ذلك كافة المستندات، السجلات الطبية، وغيرها من المواد ذات الصلة بالتظلم أو الاستئناف. لطلب النسخة، اتصل بـ *[Add contact info]*.

|  |
| --- |
| لن تواجه مشاكل في حال تقديم شكوى ضد فريق رعايتك أو موفري الخدمات أو مخالفتهم. وإذا قدمت تظلم أو استئناف، 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 الذي يمكنه تقديم التظلم؟

يمكن للأشخاص التالين تقديم التظلم:

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

### ما الموعد النهائي لتقديم التظلم؟

يمكنك تقديم التظلم في أي وقت.

### قدم التظلم الخاص بك لدى *[insert MCO name]*

يمكنك تقديم التظلم لدى *[insert MCO name]* عن طريق الاتصال بنا أو مراسلتنا.

|  |
| --- |
| *[Insert MCO name]*  *[Appropriate contact (e.g., Member Rights Specialist, MCO Grievances, etc.)]*  *[Address]*  الهاتف: *[Toll-free phone number]*  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؟

سيصلك خطاب في غضون خمسة أيام عمل لإخبارك بتلقينا التظلم. ثم سيحاول موظفو *[insert MCO name]* المساعدة في معالجة مخاوفك. تجدر الإشارة إلى أننا قد لا نتمكن من التوصل إلى حل. أو، قد لا ترغب في العمل مع موظفي *[insert MCO name]*. في هذه الحالات، ستقوم لجنة التظلمات والاستئناف لدينا بمراجعة التظلم واتخاذ القرار. إليك كيف يسير الأمر:

* سنخبرك بالموعد الذي تخطط اللجنة للاجتماع فيه لمراجعة مظلمتك.
* الاجتماع سري.
* يحق لك المثول شخصيًا. ويمكنك إحضار محامي، 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.
* وستتخذ اللجنة القرار في غضون 90 يومًا من تاريخ استلامنا التظلم لأول مرة. وستقوم اللجنة بإرسال خطاب إليك يتضمن القرار.

### ماذا لو لم أوافق على قرار لجنة التظلمات والاستئنافات؟

يمكنك مطالبة DHS بمراجعة قرار لجنة التظلمات والاستئنافات بخصوص مظلمتك. اتصل بخط الشكاوى والتظلمات الساخن على الرقم 888-203-8338 أو أرسل بريد إلكتروني إلى [dhsfamcare@wisconsin.gov](mailto:dhsfamcare@wisconsin.gov).

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

يجب أن تقوم لجنة التظلمات والاستئنافات في *[insert MCO name]* بإرسال قرار التظلم الخاص بك إليك في غضون 90 يومًا من تاريخ تسلمنا للتظلم.

* ولديك 45 يومًا من تاريخ استلامك لقرار اللجنة للمطالبة بمراجعة من DHS.
* إذا لم يصلك قرار من اللجنة في غضون 90 يومًا، فلديك 45 يومًا بدءً من موعد استلامك للقرار للمطالبة بمراجعة من DHS.

على سبيل المثال، يوجد لدى *[insert MCO name]* وقت حتى 30 يوليو لإرسال القرار إليك. عند حلول 30 يوليو، لم يرسل *[insert MCO name]* القرار إليك. بدءً من 31 يوليو، يكون أمامك حتى 14 سبتمبر لمطالبة DHS بمراجعة تظلمك.

### ماذا يحدث بعد ذلك؟

وتعمل DHS مع منظمة خارجية تُسمى MetaStar لمراجعة التظلمات. وإذا طالبت بمراجعة من قبل DHS، فستقوم MetaStar بما يلي:

* الرد خطيًا لإخبارك باستلام طلبك.
* إكمال مراجعة تظلمك في غضون 30 يومًا من استلام طلبك.
* إرسال قرار *[insert MCO name]* النهائي بخصوص التظلم إليك في غضون سبعة أيام من إكمال المراجعة.

### ماذا لو لم أوافق على مراجعة DHS؟

قرار MetaStar نهائي. لا يمكنك المطالبة بجلسة استماع عادلة رسمية للتظلم.

## طلبات الاستئناف

### ما هو الاستئناف؟

الاستئناف هو عبارة عن طريقة لمطالبة شخص ما بإلقاء نظرة أدق على القرار الذي اتخذته *[insert MCO name]* بخصوص إيقاف أو تعليق أو تخفيض مساعداتك، أو مواقف أخرى واردة في القسم أدناه بعنوان "ما أنواع المشاكل التي يمكنني الاستئناف ضدها؟" يطلق على تلك القرارات اسم **عمليات تحديد المساعدات السلبية**.

### ما أنواع المشاكل التي يمكنني الاستئناف ضدها؟

يحق لك تقديم استئناف في الحالات التالية *[insert MCO name]*:

* رفض طلب حصولك على الخدمة.
* تقييد طلب حصولك على الخدمة.
* إنهاء أو تخفيض أو تعليق (الإيقاف المؤقت) الخدمة التي تحصل عليها.
* رفض السداد لموفر الخدمة مقابل الخدمة.
* مطالبتك بسداد مبلغ لا ترى أنك مدين به.
* عدم ترتيب أو توفير الخدمات في الوقت المناسب.
* رفض طلبك الحصول على الخدمة خارج شبكة موفري الخدمات.
* لا يلتزم بالمواعيد المحددة لتقديم التظلمات وطلبات الاستئناف.
* مطالبة DHS بإلغاء تسجيلك.

يمكنك أيضًا تقديم الاستئناف لدى *[insert MCO name]* في الحالات التالية:

* تغير أهليتك الوظيفية.
* ثبوت أنك عند مستوى رعاية خلاف دار المسنين.
* عدم رغبتك في خطة رعايتك للأسباب التالية:
  + عدم دعمها لعيشك في المكان الذي تريد العيش فيه.
  + عدم توفيرها الرعاية أو العلاج أو الدعم الكافين لتلبية احتياجاتك وتحقيق النتائج المحددة.
  + مطالبتها بقبول بنود رعاية وعلاج ودعم لا تريدها أو تعتقد أنها مقيدة للغاية.

إذا حدثت أي من هذه الحالات، فستقوم *[insert MCO name]* بإرسال **Notice of Adverse Benefit Determination** (إخطار تحديد المساعدات السلبية) الذي يتضمن حقوقك في الاستئناف. اقرأه بدقة - فقد يخبرك بالموعد النهائي لتقديم الاستئناف وغيرها من المعلومات الحساسة للوقت. إذا كانت لديك أسئلة، فاتصل بمتخصصي حقوق الأعضاء لدينا للمساعدة.

**Notice of Adverse Benefit Determination (إخطار تحديد المساعدات السلبية)**. ويتضمن الإخطار التاريخ الذي قررناه لإيقاف خدماتك أو تعليقها أو تخفيضها. لمعرفة ما يبدو عليه Notice of Adverse Benefit Determination (إخطار تحديد المساعدات السلبية)، يُرجى الذهاب إلى الملحق *[insert appx #]*.

### من الذي يمكنه تقديم استئناف؟

يمكن تقديم الاستئناف بواسطتك أو بواسطة:

* متخذ القرار القانوني الخاص بك. على سبيل المثال، الوصي القانوني أو توكيل عام رسمي للرعاية الصحية.
* شخص أو 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.

### كيف أقدم الاستئناف؟

يمكنك تقديم الاستئناف بأي طريقة تراها أسهل بالنسبة لك.

* **عن طريق الهاتف**. اتصل بـ *[Appropriate contact (for example, Member Rights Specialist, MCO Grievances, etc.)]* على الرقم *[Phone number]*(*TTY: [TTY number]*). قبل الاتصال، تأكد من استعدادك *[describe what they need]*.
* **عن طريق الهاتف، الفاكس، أو البريد الإلكتروني**. أرسل نموذج الطلب أو الخطاب إلى:

*[insert MCO name]*

*[Appropriate contact (e.g., Member Rights Specialist, MCO Grievances, etc.)]*

*[Address]*

*[Fax]*

*[Email]*

يمكنك الحصول على نموذج طلب الاستئناف من [dhs.wi.gov/familycare/mcoappeal.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm) أو من وكالتك.

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

يجب إرسال الاستئناف 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 المساعدات السلبية)**.

**هل يمكنني مواصلة الحصول على الخدمات أثناء الاستئناف؟**

إذا قامت *[insert MCO name]* بإيقاف أو تعليق أو تخفيض خدماتك، فيمكنك المطالبة بمواصلة الحصول على خدماتك أثناء الاستئناف. يجب أن تختم طلبك بختم البريد أو ترسله بالفاكس أو البريد الإلكتروني **في أو قبل** التاريخ الذي تحدده *[insert MCO name]* لتغيير خدماتك.

### ماذا يحدث بعد ذلك؟

إذا قدمت استئنافًا لدى *[insert MCO name]*، فسنقوم بإرسال خطاب إليك في غضون خمسة أيام عمل لإخطارك بأننا استلمناه. وسنحاول مساعدتك في علاج مخاوفك أو التوصل إلى حل يناسب *[insert MCO name]* ويناسبك. قد لا نتمكن من التوصل إلى حل، أو قد لا ترغب في العمل مع موظفي *[insert MCO name]* لعلاج مخاوفك. في هذه الحالة، ستجتمع لجنة التظلمات والاستئنافات لدينا لمراجعة استئنافك. إليك كيف يسير الأمر:

* سنخبرك بالموعد الذي تخطط اللجنة للاجتماع فيه لمراجعة الاستئناف.
* تجدر الإشارة إلى أن الاجتماع خاص.
* يحق لك المثول شخصيًا. ويمكنك إحضار محامي، 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 للاستئناف، ستقوم *[insert MCO name]* بإرسال خطاب القرار إليك في غضون 30 يومًا من تاريخ استلامنا لاستئنافك. 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. إذا كنا بحاجة لمزيد من الوقت، فسنقوم بإرسال خطاب إليك لإخطارك بسبب التأخير.

### تعجيل الاستئناف

يوجد لدى *[Insert MCO name]* 30يومًا لاتخاذ قرار بخصوص استئنافك. ويمكنك مطالبتنا بتعجيل الاستئناف. نُطلق على ذلك "استئناف عاجل". إذا كان الأمر كذلك، فسنقرر إذا ما كانت صحتك أو قدرتك على أداء الأنشطة اليومية تتطلب قرار أسرع أم لا. وسنخطرك في أقرب وقت ممكن إذا ما كنا سنعجل استئنافك أم لا.

وبتعجيل الاستئناف، سيصلك القرار في غضون 72 ساعة من طلبك. غير أن *[insert MCO name]* قد تمدد ذلك إلى 14 يوم إجمالاً في حال الحاجة لمزيدٍ من المعلومات وإذا كان التأخير لصالحك. إذا كانت لديك معلومات أكثر تريد منا مراعاتها، فيجب أن ترسلها بسرعة.

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

## جلسات الاستماع العادلة الرسمية

إذا لم توافق على قرار *[insert MCO name’s]*، فيمكنك المطالبة بجلسة استماع عادلة رسمية. تمنحك جلسة الاستماع العادلة الفرصة لإخبار قاضي القانون الإداري بأسباب اعتقادك بخطأ القرار المتعلق بطلبك أو مساعداتك.

### كيف أطلب جلسة استماع عادلة رسمية؟

* **إرسال نموذج الطلب إلى Division of Hearings and Appeals (قسم جلسات الاستماع والاستئنافات)**. يتوفر نموذج الطلب على الإنترنت على [dhs.wi.gov/library/f-00236.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm). يمكنك أيضًا الحصول على نسخة من متخصص حقوق الأعضاء التابع لـ *[insert MCO name]* أو من أحد المؤسسات المؤيدة الواردة في هذا الدليل (انظر صفحة 42). يوجد مثال للنموذج في الملحق *[insert appendix #]*.
* **إرسال خطاب بالبريد**. يتضمن اسمك ومعلومات الاتصال والتوقيع. مع شرح ما تستأنفه.

أرسل نموذج أو خطاب المطالبة بجلسة استماع عادلة إلى Division of Hearings and Appeals, PO Box 7875, Madison, WI 53707-7875. فاكس: 608-264-9885. أو البريد الإلكتروني [DHAMail@wisconsin.gov](mailto:DHAMail@wisconsin.gov).

تأكد من توقيع نموذج الطلب أو الخطاب وتضمين نسخة من قرار استئناف *[insert MCO name]*مع طلبك. وإذا لم تصدر *[insert MCO name]* قرار الاستئناف، فأدرج نسخة من خطاب *[insert MCO name]*المتضمن لإقرار استلام الاستئناف. لا ترسل نسختك الأصلية من أي خطاب.

### ما الموعد النهائي لطلب جلسة استماع عادلة رسمية؟

* يجب أن يكون طلب جلسة الاستماع العادية مختومًا بختم البريد في موعد أقصاه 90 يومًا من تاريخ استلامك لخطاب القرار من لجنة التظلمات والاستئنافات في *[insert MCO name]* .
* يمكنك أيضًا طلب جلسة الاستماع العادلة الرسمية إذا لم تزودك *[insert MCO name]* بقرارها في غضون 30 يومًا من تاريخ استلامها لاستئنافك. وفي هذه الحالة، يكون لديك 90 يومًا من تاريخ انتهاء الإطار الزمني لقرار *[insert MCO name]* لطلب جلسة استماع منصفة.

|  |
| --- |
| **متابعة خدماتك أثناء جلسة الاستماع العادلة الرسمية المتعلقة بتخفيض الخدمات أو تعليقها أو إنهائها**  إذا استمر حصولك على الخدمات أثناء الاستئناف في *[insert MCO name]*، فيمكنك الاستمرار في الحصول على نفس الخدمات حتى اتخاذ قاضي القانون الإداري قرارًا بشأن طلبك لجلسة الاستماع العادلة.  إذا كنت تريد الاحتفاظ بمزاياك أثناء جلسة الاستماع العادلة الرسمية، فيجب أن:   * تختم طلب جلسة الاستماع العادلة بختم البريد أو إرساله بالفاكس ***في أو قبل*** التاريخ الذي تحدده *[insert MCO name]* لإيقاف أو تعليق أو تخفيض خدماتك. * تطلب متابعة خدماتك طوال سير جلسة الاستماع العادلة الرسمية.   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 الاستئناف ووقت اتخاذ قاضي القانون الإداري للقرار.** إلا أنه إذا تسبب الرد في عبءٍ مالي كبير بالنسبة لك، فقد لا تُطالب برد هذه التكلفة. |

### ماذا يحدث بعد ذلك؟

* بعد أن ترسل طلبك لجلسة استماع عادلة رسمية، سيقوم Division of Hearings and Appeals (قسم جلسات الاستماع والاستئنافات) بإرسال خطاب لك يتضمن تاريخ ووقت ومكان جلسة الاستماع.
* ستُعقد جلسة الاستماع عبر الهاتف أو في مكتب بمقاطعتك.
* سيقوم أحد قضاة القانون الإداري بإدارة جلسة الاستماع.
* يحق لك المشاركة في جلسة الاستماع. ويمكنك إحضار محامي، صديق، أحد أعضاء الأسرة، أو شاهد.
* سيكون فريق رعايتك أو موظفي *[insert MCO name]* الآخرين حاضرين في جلسة الاستماع لشرح قرارهم.
* 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 استئناف ذي صلةٍ بقرارات أهليتك المالية لبرنامج Family Care**.

* إذا قررت وكالتك 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. وسيتضمن الخطاب معلومات عن حقك في طلب جلسة استماع عادلة.

|  |
| --- |
| يُعتبر تقديم استئناف لدى Division of Hearings and Appeals (قسم جلسات الاستماع والاستئنافات) الطريقة الوحيدة للاستئناف في 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 والاستئنافات) 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 تفيد بتعذر الحصول على جلسة الاستماع الأولى والحضور فيها

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 أوالاستئناف؟

يمكنك الاتصال بأحد متخصصي حقوق الأعضاء لدى *[insert MCO name]* في أي وقت تحتاج فيه للمساعدة بخصوص التظلم أو الاستئناف أو إذا كانت لديك أسئلة عن حقوقك. كما قد يتوفر محامون للرد على الأسئلة المتعلقة بعمليات التظلم والاستئناف. يمكن للمؤيد أيضًا إخبارك بالمزيد عن حقوقك ومساعدتك على التأكد من دعم *[insert MCO name]* لاحتياجاتك ونتائجك. يمكنك مطالبة أي شخص بالتصرف كمؤيد لك، بما في ذلك أفراد الأسرة، الأصدقاء، أحد المحامين، أو أي شخص يرغب في المساعدة.

### برامج Ombudsman (أمين المظالم)

Regional ombudsmen (أمين المظالم الإقليمي) كل أعضاء برنامج Family Care فيما يتعلق بالمظالم والاستئنافات، دون مقابل. وعادةً ما ستقوم برامج ombudsmen (أمين المظالم) بتسوية مشاكلك دون جلسة استماع. تساعد هذه الوكالات أعضاء برنامج Family Care في:

* إذا كان سنك **60 سنة فأكثر**، فاتصل بـ Board on Aging and Long Term Care:
  + تفضل بزيارة [longtermcare.wi.gov](https://longtermcare.wi.gov/Pages/Home.aspx)،
  + اتصل بالرقم 800-815-0015 (TTY: 711)،
  + أرسل بريد إلكتروني إلى [BOALTC@wisconsin.gov](mailto:BOALTC@wisconsin.gov)،
  + أرسل فاكس إلى 608-246-7001، أو
  + يرجى الكتابة إلى: Wisconsin Board on Aging and Long Term Care

1402 Pankratz Street, Suite 111

Madison, WI 53704-4001

* إذا كان سنك يتراوح بين **18 و** **59 سنة**، فاتصل بـ Disability Rights Wisconsin:
  + تفضل بزيارة [disabilityrightswi.org](https://disabilityrightswi.org/)،
  + اتصل بالرقم 800-928-8778 (TTY: 711)،
  + أرسل بريد إلكتروني إلى [info@drwi.org](mailto:info@drwi.org)،
  + أرسل فاكس إلى: 833-635-1968، أو
  + يرجى الكتابة إلى: Disability Rights Wisconsin

1502 West Broadway, Suite 201

Madison, WI 53713

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

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

هناك بعض الطرق التي يمكنك استخدامها لإنهاء عضويتك في *[insert MCO name]*:

* يمكنك اختيار إنهاء عضويتك في *[insert MCO name]* في أي وقت.
  + إذ كنت تريد إنهاء عضويتك في برنامج Family Care، فاتصل بأحد ADRCs في منطقة خدمات *[insert MCO name]*:

*[List ADRCs, Tribal ADRSs, and contact information]*

تفضل بزيارة [dhs.wi.gov/adrc](http://dhs.wisconsin.gov/adrc) لمعرفة المزيد من المعلومات عن ADRCs.

* يجب أن تبلغ *[Insert MCO name]* وكالتك بالمعلومات. في مواقف محدودة، ستنتهي فيها عضويتك حتى إذا لم يكن ذلك اختيارك:
  + إذا انتهت أهليتك.
  + تغير أمورك المالية، مما يفقدك الأهلية المالية لبرنامج Family Care.
  + لم تعد مؤهلاً وظيفيًا على النحو المحدد من قبل Wisconsin Adult Long Term Care Functional Screen (الفحص الوظيفي لرعاية الكبار على المدى الطويل بولاية).
  + عدم سدادك حصة التكلفة.
  + تعمدك إعطاء معلومات غير صحيحة تؤثر على أهليتك للبرنامج.
* بموافقة DHS
  + 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.

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

**يحق لك تقديم استئناف في حال إلغاء تسجيلك من برنامج Family Care أو إنهاء عضويتك في  
*[Insert MCO name]*.**

الملاحق

## ملحق 1. مسرد المصطلحات

***[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 العادلة لتسوية النزاع بينك وبين managed care organization (MCO) (مؤسسة الرعاية المدارة) الخاصة بك.

**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 في التأكد من معالجة MCO الخاصة بك لاحتياجاتك ونتائجك.

ويمكنه مساعدتك في تسوية النزاعات بطريقة غير رسمية وقد يتمكن من تمثيلك إذا قررت تقديم استئناف أو تظلم.

**Aging and disability resource center (ADRC) (مراكز موارد الشيخوخة والإعاقة):** مراكز خدمة توفر المعلومات والمساعدة فيما يتعلق بكل جوانب الحياة ذات الصلة بالشيخوخة أو التعايش مع الإعاقة. وADRCs مسؤولة عن التعامل مع التسجيل وإلغاء التسجيل في برنامج Family Care.

**الاستئناف**: طلب لـMCO الخاصة بك لمراجعة قرار رفض أو تخفيض أو تعليق الخدمة. على سبيل المثال، إذا رفض فريق رعايتك السداد مقابل خدمة أو أنهى الخدمة، فيحق لك تقديم استئناف.

**الأصول**: أشياء ذات قيمة تمتلكها، كالسيارات، النقد، الحسابات الجارية والادخارية، شهادات الإيداع، حسابات سوق المال، والقيمة النقدية للتأمين على الحياة.

**ممثل Medicaid المعتمد:** شخص أو مؤسسة تعينه(ا) لمساعدتك في الحصول والحفاظ على Medicaid باستخدام نموذج. استخدم F-10126A ([dhs.wi.gov/library/collection/f-10126a](file:///C:\Users\sabimanyu\OneDrive%20-%20RWS\Documents\My%20files\07May\145609_Update%20project\Target\dhs.wi.gov\library\collection\f-10126a)) للشخص أو F-10126B ([dhs.wi.gov/library/collection/f-10126b](file:///C:\Users\sabimanyu\OneDrive%20-%20RWS\Documents\My%20files\07May\145609_Update%20project\Target\dhs.wi.gov\library\collection\f-10126b)) للمؤسسة.

**المساعدات**: الخدمات المتوفرة لأعضاء برنامج Family Care. وتتضمن الرعاية الشخصية، الصحة المنزلية، المواصلات، المستلزمات الطبية، ورعاية المسنين.

**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 MCO الخاصة بك.

**فريق الرعاية**: يقوم كل عضو ببرنامج Family Care بتعيين فريق رعاية، يتضمن العضو وعامل اجتماعي على الأقل *[care manager or social services coordinatoror ]،* وممرضة مسجلة. وتقوم أنت وفريق رعايتك بتقييم احتياجاتك وتحدد نتائجك وإعداد خطة رعايتك. وسيقومون باعتماد وتنسيق ومراقبة خدماتك.

**السداد المشترك**: مبلغ ثابت تسدده مقابل خدمة الرعاية الصحية المغطاة.

**حصة التكلفة**: مبلغ شهري قد تسدده للبقاء في برنامج 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 ولاية Wisconsin التي تدير برامج Wisconsin’s Medicaid، بما في ذلك Family Care.

**إلغاء التسجيل**: عملية إنهاء عضويتك في برنامج Family Care.

**Division of Hearings and Appeals (قسم جلسات الاستماع والاستئنافات)**: وكالة ولاية Wisconsin المسؤولية عن جلسات الاستماع العادلة الرسمية.

**التسجيل**: عملية التقدم لأحد البرامج أو الاشتراك فيه.

**Estate recovery (استرداد المصاريف من قيمة الملكية)**: عملية تسعى فيها ولاية Wisconsin لرد تكاليف خدمات Medicaid التي يحصل عليها الفرد عن طريق رعاية على المدى الطويل تمولها Medicaid. وتسترد الولاية الأموال من ملكية الفرد بعد وفاته هو وزوجه أو زوجته.

**الاستئناف العاجل**: عملية يمكنك استخدامها لتعجيل الاستئناف الخاص بك إذا اعتقدت أن الانتظار حتى انتهاء المدة الزمنية القياسية قد يضر بصحتك أو قدرتك على أداء الأنشطة اليومية بشكل كبير.

**Family Care**: برنامج Medicaid للرعاية طويلة الأجل يساعد كبار السن والبالغين من ذوي الإعاقات الجسدية أو النمائية أو الفكرية. يحصل الأشخاص في البرنامج على خدمات لمساعدتهم على العيش في منزلهم متى أمكن ذلك.

**الأهلية المالية**: الأهلية المالية تعني الأهلية لـMedicaid. حيث تنظر الوكالة إلى دخلك وأصولك لتحديد إذا ما كنت مؤهلاً لـ Medicaid أم لا. ويجب أن تكون مؤهلاً لـMedicaid للمشاركة في برنامج Family Care.

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

**التظلم**: شكوى بخصوص الرعاية أو الخدمات أو الأمور العامة الأخرى. ويمكنك تقديم التظلم في حال عدم الرضا عن جودة رعايتك، العلاقة بينك وبين فريق الرعاية، حقوق العضو الخاصة بك.

**الوصي**: قد تعين المحكمة وصيًا عليك إذا كنت غير قادر على اتخاذ قرارات بخصوص حياتك.

**Income Maintenance Agency (وكالة صيانة الدخل)**: تحدد وكالتك المحلية الأهلية المالية لـ Medicaid وFamily Care والمساعدات العامة الأخرى. تفضل بزيارة [dhs.wi.gov/im-agency](https://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm) للعثور على أقرب وكالة.

**متخذ القرار القانوني**: شخص لديه السلطة القانونية لاتخاذ القرارات بالنيابة عنك. وقد يكون متخذ القرار القانوني وصيًا عليك أو ملكيتك (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 care (الرعاية على المدى الطويل):** وسائل الدعم والخدمات التي قد تحتاج إليها بسبب الإعاقة، التقدم في السن، أو المعاناة من مرض مزمن يقيد من قدرتك على القيام بالأشياء التي تحتاج إلى القيام بها طوال اليوم. وذلك يتضمن أشياء مثل الاستحمام وارتداء الملابس وإعداد الوجبات والذهاب إلى العمل وسداد الفواتير.

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

**Managed care organization (MCO) (مؤسسة الرعاية المدارة)**: الوكالة التي تدير برنامج Family Care.

**Medicaid**: برنامج للرعاية الطبية وطويلة الأجل تديره Wisconsin Department of Health Services (DHS) (إدارة الخدمات الصحية بولاية). ويجب أن تلبي متطلبات الأهلية لـMedicaid لتكون عضوًا في برنامج 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). ويغطي برنامج 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 في MCO يمكنه مساعدتك على فهم حقوقك ومسؤولياتك. ويمكن لمتخصص حقوق الأعضاء المساعدة في المخاوف المتعلقة بالرعاية والخدمات ويمكنه المساعدة في تقديم تظلم أو استئناف.

**MetaStar**: الوكالة التي تعمل معها Wisconsin Department of Health Services (DHS) (إدارة الخدمات الطبية في ولاية) لمراجعة تظلمات الأعضاء واتخاذ قرار نهائي بشأنها.

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

**مستوى الرعاية في غير دار المسنين**: مقدار المساعدة الذي تحتاجه يتضمن بعض خدمات الرعاية طويلة الأجل، وليس الخدمات المقدمة في دار المسنين. تتوفر مجموعة محدودة من خدمات Family Care في مستوى الرعاية هذا.

**Notice of adverse benefit determination (إخطار تحديد المساعدات السلبية)**: إخطار خطي من MCO يشرح التغيير في الخدمة وسبب التغيير. وتقوم MCO بإرسال هذا الإخطار إليك في حال رفضها طلبك المتعلق بالحصول على خدمة مغطاة، رفضها السداد مقابل خدمة مغطاة، أو اتخاذها قرار بإيقاف أو تعليق أو تخفيض إحدى الخدمات.

**إخطار حقوق الاستئناف**: خطاب يشرح الخيارات المتاحة لك لتقديم استئناف. يجب أن ترسل MCOs خطاب حقوق الاستئناف في حال عدم توفيرها للخدمات في الوقت المناسب أو عدم وفائها بالمواعيد النهائية لمعالجة الاستئناف.

**مستوى الرعاية في دار المسنين**: مقدار المساعدة الذي تحتاجه كافٍ جدًا لتأهلك للحصول على الخدمات في دار المسنين. وتتوفر مجموعة كبيرة من خدمات بنرنامج Family Care في مستوى الرعاية هذا.

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

**النتائج الشخصية**: الأهداف التي تحددها في حياتك.

**توكيل عام للرعاية الصحية**: مستند قانوني يمكنك استخدامه لتفويض شخص ما باتخاذ قرارات الرعاية الصحية بالنيابة عنك في حال عجزك عن اتخاذ هذه القرارات بنفسك.

**الاعتماد المسبق (الموافقة المسبقة)** – يجب على فريق الرعاية اعتماد خدماتك قبل أن تحصل عليها (باستثناء حالات الطوارئ). وإذا حصلت على خدمة أو ذهبت إلى موفر خدمات من خارج الشبكة، فقد لا تسدد MCO مقابل الخدمة.

**شبكة موفري الخدمات**: وكالات وأفراد تتعاقد معهم MCO 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.

**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**: تكاليف الإيجار والطعام للعيش في بيئة رعاية سكنية. وستتحمل مسؤولية سداد نفقات الإقامة والمعيشة الخاصة بك.

**Self-directed supports (SDS) (وسائل الدعم الموجهة ذاتيًا)**: طريقة لك لترتيب وشراء وتوجيه بعض خدمات رعايتك على المدى الطويل. ويمكنك اختيار التحكم في ميزانية خدماتك. وقد تتحمل أيضًا مسؤولية موفري الخدمات، بما في ذلك مسؤولية 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 العادلة الرسمية**: جلسة تُعقد بواسطة قاضي القانون الإداري الذي يعمل لصالح  
Wisconsin Division of Hearing and Appeals (قسم جلسات الاستماع والاستئنافات في ولاية).

## ملحق *2.* طلب تخفيض حصة التكلفة

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

*Use the current version of the* [*Application for Reduction of Cost Share, F-01827*](https://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-01827.htm) *located on DHS website at* [*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.]*

## ملحق *3.* عينة Notice of Adverse Benefit Determination (إخطار تحديد المساعدات السلبية)

*[Insert sample Notice Adverse Benefit Determination]*

*Use the current version of the Notice of Adverse Benefit Determination (Notice of Action), F-00232 located on DHS website at* [dhs.wi.gov/library/f-00232.htm](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.]*

## ملحق *4.* [Insert MCO name] نموذج طلب الاستئناف

*[Insert MCO appeal request form.]*

*Use the current version of the Appeal Request-MCOs-[Insert MCO name], F-00237 on DHS website at* [*dhs.wi.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.]*

## ملحق *5.* نموذج طلب جلسة استماع عادلة رسمية

*[Insert State fair hearing request form.]*

*Use the current version of the Request for a State Fair Hearing, F-00236 located on DHS website at:*[dhs.wi.gov/library/f-00236.htm](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.]*

## ملحق *6.* إخطار ممارسات الخصوصية

*[Insert notice of privacy practices]*