|  |
| --- |
| MCO Appeal Decision (Upheld)  Insert MCO logo |

Date Decision ltr mailed

Member's Name Member's ID/MCI Number

Member/Legal Decision Maker's Street Address Select program

City State Zip Code

亲爱的Member's Name:

就您的申诉MCO name for committee，我们做出了以下决定。describe the appeal 听证会 Choose an item 将于 <<date>>，Choose an item举行.MCO name for committee 仔细审查了您的团队的决定以及您和/或其他人在 的行为 Choose an item。他们决定 describe the decision。

做出决定的原因是 include the reason for upholding the team's decision。

如果您不同意此项决定，您可以要求召开州级公平听证会。有关如何申举行请州公平听证会的说明见本信下一页。

感谢您使用我们的申诉和上诉程序。如果您有任何后续问题或需要帮助，请联系member rights specialist在这封信的结尾列出的member rights specialist phone number组织。您的护理团队会尽快与您联系，讨论此项决定

此致

Staff Name

Title

Telephone Number

**召开州级公平听证会的权利**

1. **州级公平听证会**

如果您要求举行州级公平听证会，将有一名独立的 Administrative Law Judge (ALJ)参加您的听证会。您可以随带一名辩护人、朋友、家人或证人。您还可以在听证会上出示证据并提供证词。

MCO name’s 会员权益专家可协助您提出公平听证请求。要联系会员权益专家，请致电Member Rights Specialist phone number。您也可以从本通知文末所列的ombudsman其中一家独立申诉机构或通过以下网站获取听证会表格： [www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm)。

请将填妥的申请表或听证会申请函及本通知的副本寄至：

Family Care Request for Fair Hearing

Wisconsin Division of Hearings and Appeals

PO Box 7875

Madison, WI 53707-7875

传真： 608-264-9885

您对州级听证会的请求必须在收到此通知后**90日**内盖上邮戳或进行传真。

1. **在听证会上继续您的服务**

**[Directions to MCO: Decide on the appropriate paragraph below and then delete the paragraph not used and this comment. If appeal doesn’t relate to a reduction, suspension, or termination of a service, then delete BOTH paragraphs and the heading above.]**

(1. 持续福利)

MCO name申诉期间，您仍享受持续服务。如欲在公平聆讯期间保持其各项利益，必须在**insert effective date of intended action当日或之前**以邮寄或传真形式，发出您的要求。如果法官判定 MCO name 名称正确，可能需要您偿付您在向 MCO name申诉上诉委员会申请申诉期间及法官判决期间所获利益。但是，如果您因此承担了沉重经济负担，则可能无需偿付此项费用。

(2. 将停止的福利)

MCO name上诉期间，您的服务没有继续；因此，它们不能在州公平听证会过程中  
提供。

1. **谁能帮您了解本通知和您的权利？**
   1. MCO name会员权益专家可将您的权益告知于您，并协助您要求举行公平听证会。会员权利专家**不能**在申诉和上诉委员会召开的会议上上代表您。要联系会员权益专家，请致电member rights specialist phone number。
   2. 任何接受服务的人都可以获得**独立的ombudsman** Family Care, Family Care Partnership, or PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly)的免费帮助。以下机构为Family Care, Family Care Partnership, and PACE会员提供维权服务：

**18 至 59 岁的会员：**

Disability Rights Wisconsin

免费电话： 800-928-8778

电传打字机： 711

**60 岁及以上的会员：**

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care

免费电话： 800-815-0015

电传打字机： 711

**您的案件文件的副本**

您有权免费索取一份您的案件文件中与此项决定相关的信息副本。信息是指与此决定相关的所有文件、医疗记录和其他资料。如果您决定申请公平听证会，您有权在上诉期MCO name获得任何新的或额外的信息。如欲索取你的个案档案副本，请拨打 phone number联系appropriate contact。