

طلب جلسة استماع عادلة رسمية
REQUEST FOR A STATE FAIR HEARING

القسم أ - مطلوب

استكمال هذا النموذج أمر طوعي. تُستخدم معلومات التعريف الشخصية التي يتم جمعها في هذا النموذج لتحديد حالتك ومعالجة طلبك فقط.		
الاسم - العضو	الهاتف	رقم Medicaid التعريفي
العنوان البريدي	برنامج	<input type="checkbox"/> Family Care <input type="checkbox"/> Partnership <input type="checkbox"/> PACE
المدينة	الرمز البريدي	مؤسسة إدارة الرعاية الصحية (MCO)
تاريخ اليوم	تاريخ سريان إيقاف أو تخفيض مزايا الرعاية الصحية	

استمرار خدماتك: إذا أثر قرار إيقاف أو تخفيض مزايا الرعاية الصحية على الخدمات التي تتلقاها وتم استلام طلبك قبل تاريخ سريان القرار، فعلى الأرجح لن يتم إيقاف أو تخفيض خدماتك (إذا قرر القاضي أن القرار الذي اتخذته MCO كان صحيحًا، فقد يتطلب ذلك سداد الرسوم الإضافية للخدمات التي تلقيتها بين الوقت الذي طلبت فيه جلسة استماع عادلة والوقت الذي أقر فيه القاضي بحكمه. ومع ذلك، إذا كان سداد تلك الرسوم قد يمثل عبئًا ماليًا كبيرًا عليك، فقد لا يتوجب عليك إعادة دفع هذا المبلغ).

هل ترغب في استمرار خدماتك؟ نعم لا

القسم ب

أكمل هذا القسم إذا كان طلب جلسة الاستماع متعلقًا بما يلي فقط: <input type="checkbox"/> الأهلية <input type="checkbox"/> مشاركة التكلفة	لماذا ترغب في عقد جلسة استماع؟ (أرفق ورقة إضافية إذا لزم الأمر.)
---	--

القسم ج

أكمل هذا القسم إذا كان طلب جلسة الاستماع متعلقًا بأحد الأمور الموضحة أدناه فقط. لطلب جلسة استماع لأحد الأسباب الموضحة أدناه، يجب عليك تنفيذ إجراءات الاستئناف الخاصة بالـ MCO أولاً.	
<input type="checkbox"/> الفحص الوظيفي لأهليتك والذي تم بواسطة MCO	<input type="checkbox"/> التخلف عن تقديم الخدمات/الدعم في الوقت الملائم
<input type="checkbox"/> تخفيض، تعليق أو إيقاف الخدمة/الدعم	<input type="checkbox"/> إلغاء التسجيل من خدمة MCO بشكل تلقائي
<input type="checkbox"/> رفض أو تفويض محدود للخدمة المطلوبة	<input type="checkbox"/> رفض طلب النزاع على التزام مالي
<input type="checkbox"/> رفض دفع رسوم الخدمة	<input type="checkbox"/> رفض طلب تلقي الخدمات الصحية خارج شبكة الـ MCO
<input type="checkbox"/> خطة الرعاية	<input type="checkbox"/> فشل الـ MCO في اتخاذ قرار بخصوص الاستئناف في الوقت اللازم
لماذا ترغب في عقد جلسة استماع؟ (أرفق ورقة إضافية إذا لزم الأمر.)	

1. هل تقدمت باستئناف للجنة التظلمات والاستئناف الخاصة بـ MCO؟ تاريخ تقديم الاستئناف:	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
2. هل تقدمت بطلب لاستمرار نفس الخدمات أثناء الاستئناف لدى MCO؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
3. هل تلقيت قرارًا كتابيًا من لجنة التظلمات والاستئناف الخاصة بـ MCO؟ أرفق نسخة من ذلك القرار بهذا النموذج، أو قم بوصف القرار أدناه بإيجاز: ملخص القرار:	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
4. إذا أجبت بـ "لا" على السؤال الثالث، فمتى كان ينبغي لقرار لجنة التظلمات والاستئناف الخاصة بـ MCO أن يصدر: (إن أمكن، أرفق نسخة من خطاب الـ MCO الذي أخبرك بموعد تلقيك لقرار الاستئناف.)	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا

ملاحظة: يحق للجنة التظلمات والاستئناف الخاصة بـ MCO أن تتخذ قرارًا بخصوص استئنافك خلال 30 يومًا. ولذلك يتوجب عليك الانتظار لمعرفة إذا كان الـ MCO سيرسل لك قرارًا بشأن استئنافك بحلول التاريخ الوارد في رسالته قبل أن تتمكن من طلب جلسة استماع.

القسم د - مطلوب

تاريخ التوقيع

التوقيع - العضو

أرسل هذا النموذج و نسخة من خطاب قرار الـ MCO بخصوص الاستئناف بالفاكس أو البريد (أو، إذا لم يرسل لك الـ MCO خطابًا عن قرارهم بشأن الاستئناف، خطاب الـ MCO الذي يعلمك بتاريخ اتخاذ قرارهم) إلى:

Family Care Request for Fair Hearing
c/o Division of Hearings and Appeals
PO Box 7875
Madison WI 53707-7875
فاكس: 608.264.9885

منظمة إدارة الرعاية الصحية:

- تقدم وسائل مساعدة وخدمات مجانية للأشخاص ذوي الإعاقات حتى يتواصلون بشكل فعال معنا، مثل:
- مترجمو لغة إشارة مؤهلون
 - معلومات خطية بتنسيقات أخرى (مطبوعات كبيرة، صوت، تنسيقات إلكترونية يسهل الوصول إليها، تنسيقات أخرى)

- تقدم خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين لا تُعتبر الإنجليزية لغتهم الرئيسية، مثل:
- مترجمون مؤهلون
 - معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت في حاجة لهذه الخدمات، فيرجى الاتصال بمدير الرعاية الصحية الخاص بك أو أحد المختصين في حقوق الأعضاء.