|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-00236BR (03/2024) | **STATE OF WISCONSIN**Wisconsin Statutes§ 46.287 (2) (c) |
| **запрос о беспристрастном слушании - IRIS** **(REQUEST FOR A STATE FAIR HEARING – IRIS)** |
| **ИНСТРУКЦИИ:** | Заполнение этой формы является добровольным. Личная информация, собранная в этой форме, используется только для идентификации дела и обработки вашего запроса. |
| Имя участника (фамилия, имя)      | Номер телефона      | Идентификационный номер Medicaid       |
| Почтовый адрес      | ПрограммаIRIS |
| Город      | Почтовый индекс      | Consultant Agency (Консультвционное Агентство) IRIS      |
| Сегодняшняя дата | Фактическая дата вступления в силу |
| Кратко опишите причину апелляции:  |
|       |
| [ ]  Да | [ ]  Нет | Получили ли Вы Уведомление о решении от Вашего Consultant Agency (Консультационного агентства) IRIS или Департамента?Если Вы ответили "да", Вы должны приложить копию уведомления при отправке этой формы. |
| **Продолжение Ваших услуг во время апелляции на сокращение, приостановку или прекращение обслуживания**.Во время апелляционного процесса Вы имеете право запросить продолжение обслуживания до тех пор, пока не будет вынесено решение слушания. Запросы на продолжение оказания услуг должны быть получены (с почтовым штемпелем) **не позднее даты вступления в силу предполагаемого действия**. Вы можете нести ответственность за возмещение стоимости этих услуг, если проиграете апелляцию. Однако по усмотрению Department of Health Services (Департамента здравоохранения) от Вас может не потребоваться возмещение этих расходов.[ ]  Сделайте отметку в этой клетке, если вы желаете запроситьпродолжение тех же услуг во время Вашей апелляции.Вы или Ваш законный представитель имеете право на бесплатную копию Ваших записей, имеющих отношение к Вашей апелляции. Чтобы запросить копию, пожалуйста, свяжитесь с Вашим Consultant Agency (Консультационным агентством) IRIS или телефонным центром IRIS по номеру1-888-515-4747. Если вам нужна эта форма на другом языке, шрифтом Брайля или крупным шрифтом, пожалуйста, свяжитесь с Вашим Consultant Agency (Консультационным агентством) IRIS или телефонным центром IRIS по номеру 1-888-515-4747. Услуги устного и письменного перевода предоставляются бесплатно. |
| **ПОДПИСЬ** – Участник | Дата подписания |
|  |  |
| **ПОДПИСЬ** – Законный представитель (если применимо) | Дата подписания |
| Отправьте по почте или по факсу этот бланк **А ТАКЖЕ** копию Уведомления об письма о действии/решении по адресу: |
| IRIS Request for Fair HearingWisconsin Division of Hearings and AppealsP.O. Box 7875Madison, WI 53707-7875 | ИЛИ | По факсу: 608-264-9885 |