|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-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 | | | | | | Программа  IRIS | | |
| 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 Hearing  Wisconsin Division of Hearings and Appeals  P.O. Box 7875  Madison, WI 53707-7875 | | | | | ИЛИ | | По факсу: 608-264-9885 | |