|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-00236CM (02/2020) | | | | | | **STATE OF WISCONSIN**  Wis. Stats. § 46.287(2)(c) | | | | | |
| **请求召开公平听证会 request for a state fair hearing** | | | | | | | | | | | |
| **A 部分 – 必填** | | | | | | | | | | | |
| 填写此表格完全自愿。本表格所收集的个人身份资料仅用于识别案件和处理您的请求。 | | | | | | | | | | | |
| 姓名 – 会员 | | | | | 电话 | | | | | Medicaid ID # | |
| 邮寄地址 | | | | | 项目  Family Care  Partnership  PACE | | | | | | |
| 城市 | | | | 邮政编码 | Managed Care Organization (MCO) | | | | | | |
| 今天日期 | | | | | 有害利益确定的生效日期 | | | | | | |
| **继续服务：**若有害利益确定影响了您的服务，并且如果我们在生效日期之前收到您的请求，大多数情况下都不会停止或减少您的服务。（如果法官认为 MCO’s 决定正确，在听证会期间以及法官做决定期间产生的额外服务费用，可能需要您支付。但如果这会给您造成较重的财政负担，可能不会要求您支付该笔费用。）  **您是否希望继续提供服务？** 是  否 | | | | | | | | | | | |
| **B 部分** | | | | | | | | | | | |
| **仅当公平听证会与以下其中一项相关时，才完成**:  资格  费用分成 | | | | | | | 请求听证会的理由是什么？  （如有需要，请附页。） | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **C 部分** | | | | | | | | | | | |
| **仅当公平听证会要求与以下其中一项相关时，才完成。如想请求与以下其中一项相关的公平听证会，您必须先完成** MCO’s **上诉程序。** | | | | | | | | | | | |
| 功能资格筛选由 MCO进行  减少、暂停或终止服务/支持  拒绝或限制授权请求服务  拒绝为服务支付费用  护理计划 | | | | | | | 未能及时提供服务/支持  来自MCO的非自愿退出  拒绝对金融责任的辩论申请  拒绝获取 MCO 网络之外服务的请求  MCO 未能在规定的时间内做出上诉决定 | | | | |
| 请求听证会的理由是什么？（如有需要，请附页。） | | | | | | | | | | | |
| 是 | | 否 | 1. 您是否向 MCO’s 申诉与上诉委员会提出上诉？   您提出上诉的日期： | | | | | | | | |
| 是 | | 否 | 1. 在向 MCO提出上诉期间，您是否请求继续提供相同服务？ | | | | | | | | |
| 是 | | 否 | 1. 您是否收到来自 MCO 申诉与上诉委员会的书面决定？请在本表中附上决定的副本 **或** 在下方简要描述决定：   决定摘要： | | | | | | | | |
| 是 | | 否 | 1. 如果您对问题 3 的回答为“否”，请问 MCO 申诉与上诉委员会的决定日期是：      . （如果可以，请附上MCO 告知您收到决定日期的信件副本。）   注意： MCO 申诉与上诉委员会最多会用 30 天的时间对您的上诉做出决定。在您提出公平听证会请求之前必须等待，查看 MCO 是否会在信中所提出的日期前向您发送上诉的书面决定。 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **D 部分 — 必填** | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | |  |  | |  |
|  | **签名** – 会员 | | | | | | |  | 签署日期 | |  |
| 邮寄或传真此表格 **以及** MCO’s 上诉决定信（如果 MCO 未向您提供上诉决定信， MCO 将会发送信件以告知您做出决定的日期）至：  Family Care Request for Fair Hearing  c/o Division of Hearings and Appeals  PO Box 7875  Madison WI 53707-7875  传真： 608-264-9885 | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | 您的 managed care organization（管理式医疗机构）：  为残疾人士提供免费的帮助及服务，以有效地与我们沟通，例如：   * 合格的手语翻译员 * 其他格式的书面信息   （大字体、音频、可访问的电子格式、其他格式）  为非英语母语者提供免费的语言服务，例如：   * 合格的口译员 * 其他语言的书面信息   如果您需要这些服务，请联系您的医疗经理或会员权利专员。 | |