|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES** Division of Medicaid ServicesF-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 Hearingc/o Division of Hearings and AppealsPO Box 7875Madison 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。 |

 |