

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 <input type="checkbox"/> Family Care <input type="checkbox"/> Partnership <input type="checkbox"/> 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。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 功能资格筛选由 MCO 进行 | <input type="checkbox"/> 未能及时提供服务/支持 |
| <input type="checkbox"/> 减少、暂停或终止服务/支持 | <input type="checkbox"/> 来自 MCO 的非自愿退出 |
| <input type="checkbox"/> 拒绝或限制授权请求服务 | <input type="checkbox"/> 拒绝对金融责任的辩论申请 |
| <input type="checkbox"/> 拒绝为服务支付费用 | <input type="checkbox"/> 拒绝获取 MCO 网络之外服务的请求 |
| <input type="checkbox"/> 护理计划 | <input type="checkbox"/> 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。）

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。