|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-00236L (02/2020) | | | **STATE OF WISCONSIN**  Wis. Stats. § 46.287(2)(c) | | | |
| **ໃບສະເໜີຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດ request for a state fair hearing** | | | | | | |
| **ພາກ A – ຕ້ອງມີ** | | | | | | |
| ການປະກອບແບບຟອມນີ້ແມ່ນເປັນຄວາມສະໝັກໃຈ. ຂໍ້ມູນສາມາດລະບຸຕົວຕົນໄດ້ທີ່ໄດ້ເກັບເອົາຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້ແມ່ນຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອລະບຸກໍລະນີ ແລະ ດຳເນີນການຄຳຂໍຂອງ ທ່ານເທົ່ານັ້ນ. | | | | | | |
| ຊື່ – ສະມາຊິກ | | ໂທລະສັບ | | | ເລກ​ລະ​ຫັດ Medicaid |
| ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ | | ໂປຣແກຣມ  Family Care  Partnership  PACE | | | |
| ເມືອງ | ລະຫັດໄປສະນີ | ອົງການດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ (Managed Care Organization) (MCO) | | | |
| ວັນທີຂອງມື້ນີ້ | | ວັນທີທີ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ໃນການກຳນົດເງິນຊົດເຊີຍທີ່ເປັນຜົນເສຍ | | | |
| **ການສືບຕໍ່ການບໍລິການຂອງທ່ານ:** ຖ້າຫາກການກຳນົດເງິນຊົດເຊີຍທີ່ເປັນໄພກະທົບກັບການບໍລິການຂອງທ່ານ ແລະ ໄດ້ຮັບ ຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານໄກ່ອນມື້ທີ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້, ການບໍລິການຂອງທ່ານໃນເກືອບທຸກກໍລະນີຈະບໍ່ຢຸດ ຫຼື ຫຼຸດລົງ. (ຖ້າຫາກຜູ້ພິ ພາກສາຕັດສິນວ່າ ຄຳຕັດສິນຂອງ MCO ຖືກຕ້ອງ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າການບໍລິການເພີ່ມເຕີມທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໃນລະ ຫວ່າງທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນຍຸຕິທຳ ແລະ ໃນໄລຍະທີ່ຜູ້ພິພາກສາເຮັດການຕັດສິນນັ້ນຄືນ. ເຖິງແນວໃດກໍ່ຕາມ, ຖ້າມັນ ຈະເຮັດໃຫ້ທ່ານມີພາລະທາງດ້ານການເງິນຫຼາຍ, ທ່ານອາດຈະບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງຈ່າຍຄ່ານີ້ຄືນ.)  **ທ່ານຢາກຈະໃຫ້ມີການສືບຕໍ່ການບໍລິການຂອງທ່ານບໍ?**  ແມ່ນ  ບໍ່ | | | | | | |
| **ພາກ B** | | | | | | |
| **ຕື່ມໃສ່ພຽງແຕ່ຖ້າຫາກຄຳຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳທໍາແມ່ນກ່ຽວຂ້ອງກັບ**ເທົ່ານັ້ນ:  ການມີສິດໄດ້ຮັບ  ການອອກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຮ່ວມກັນ | | | | ເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນ? (ຕິດຂັດເອກະສານເພີ່ມເຕີມຖ້າຈຳເປັນ.) | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | |
| **ພາກ C** | | | | | | | | | |
| **ຕື່ມໃສ່ພຽງແຕ່ຖ້າຫາກຄຳຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍກ່ຽວຂ້ອງກັບໜຶ່ງໃນຂ້າງລຸ່ມນີ້. ເພື່ອຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບໜຶ່ງໃນຂ້າງລຸ່ມນີ້, ທຳອິດທ່ານຕ້ອງໄປຜ່ານຂັ້ນຕອນການອຸທອນຂອງ MCO ຂອງທ່ານ.** | | | | | | | | | |
| ການກວດຄັດກອງການມີສິດໄດ້ຮັບໄດ້ປະຕິບັດໂດຍ MCO  ການຫຼຸດຜ່ອນ, ການລະງັບ ຫຼື ການຍົກເລີກຂອງການບໍລິການ/ການຊ່ວຍເຫຼືອ  ການປະຕິເສດ ຫຼື ການອະນຸຍາດຈຳກັດຕໍ່ການບໍລິການທີ່ຮ້ອງຂໍ  ການປະຕິເສດການຈ່າຍເງິນສຳລັບການບໍລິການ  ແຜນການດູແລຮັກສາ | | | | | ຄວາມບໍ່ສຳເລັດໃນການໃຫ້ບໍລິການ/ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຢ່າງທັນການ  ການຕັດສິດໂດຍບໍ່ສະໝັກໃຈຈາກ MCO  ການປະຕິເສດການຮ້ອງຂໍເພື່ອໂຕ້ແຍ້ງຄວາມຮັບຜິດຊອບທາງການເງິນ.  ການປະຕິເສດການຮ້ອງຂໍເພື່ອໄດ້ຮັບການບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍຂອງ MCO  ຄວາມບໍ່ສຳເລັດຂອງ MCO ໃນການຕັດສິນຂັ້ນອຸທອນພາຍໃນໄລ ຍະເວລາທີ່ກຳນົດ | | | | |
| ເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນ? (ຕິດຂັດເອກະສານເພີ່ມເຕີມຖ້າຈຳເປັນ.) | | | | | | | | | |
| ແມ່ນ | | | ບໍ່ | 1. ທ່ານໄດ້ຍື່ນອຸທອນກັບຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ອຸທອນ (Grievance and Appeal Committee) ຂອງ MCO ຂອງທ່ານບໍ່ໍ່?   ວັນທີທ່ານຍື່ນອຸທອນ: | | | | | |
| ແມ່ນ | | | ບໍ່ | 1. ທ່ານໄດ້ຮ້ອງຂໍບໍລິການທີ່ຄືກັນເພື່ອສືບຕໍ່ລະຫວ່າງການອຸທອນຂອງທ່ານກັບ MCO ບໍ? | | | | | |
| ແມ່ນ | | | ບໍ່ | 1. ທ່ານໄດ້ຮັບຄຳຕັດສິນທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ອຸທອນ (Grievance and Appeal Committee) ຂອງ MCO ບໍ? ຕິດຂັດສຳເນົາຄຳຕັດສິນໃສ່ແບບຟອມນີ້ **ຫຼື** ອະທິບາຍຄຳຕັດສິນໂດຍຫຍໍ້ຢູ່ລຸ່ມນີ້:   ບົດສະຫຼຸບຄຳຕັດສິນ: | | | | | |
| ແມ່ນ | | | ບໍ່ | 1. ຖ້າຫາກທ່ານຕອບ “ບໍ່” ໃນຄຳຖາມທີ 3, ເມື່ອໃດຄຳຕັດສິນຂອງຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ອຸທອນຂອງ MCO ຮອດກຳນົດ:      .  (ຖ້າເປັນໄປໄດ້ຕິດຂັດສຳເນົາໜັງສືຂອງ MCO ທີ່ບອກທ່ານເວລາທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຄຳຕັດສິນ.)   ໝາຍເຫດ: ຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ອຸທອນຂອງ MCO ມີເວລາສູງສຸດເຖິງ 30 ວັນໃນການຕັດສິນການອຸທອນ ຂອງທ່ານ. ທ່ານຕ້ອງລໍຖ້າເພື່ອເບິ່ງວ່າ MCO ສົ່ງຄຳຕັດສິນການອຸທອນຂອງທ່ານຕາມວັນທີໃນໜັງສືກ່ອນທີ່ທ່ານຈະຮ້ອງຂໍ ການໄຕ່ສວນຍຸຕິທຳບໍ່. | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **ພາກ D – ຕ້ອງມີ** | | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  |  |  | |
|  | | **ລາຍເຊັນ** – ສະມາຊິກ | | | |  | ວັນທີລົງລາຍເຊັນ |  | |
| ສົ່ງໄປສະນີ ຫຼື ແຟັກແບບຟອມນີ້ **ແລະ** ໜັງສືຄຳຕັດສິນອຸທອນສະບັບສຳເນົາຂອງ MCO (ຫຼື ຖ້າຫາກ MCO ບໍ່ໄດ້ມີໜັງສືຄຳຕັດສິນການອຸທອນ, ໜັງສືຂອງ MCO ທີ່ແຈ້ງບອກວັນທີທີ່ຈະມີການແຈ້ງຄຳຕັດສິນໃຫ້ທ່ານ) ໄປທີ່:  Family Care Request for Fair Hearing  c/o Division of Hearings and Appeals  PO Box 7875  Madison WI 53707-7875  ແຟັກ: 608-264-9885 | | | | | | | | | |
| ອົງການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ:  ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການຟຣີແກ່ຄົນພິການ ເພື່ອສື່ສານກັບພວກເຮົາໄດ້ຢ່າງມີປະສິດທິພາບເຊັ່ນ:   * ລ່າມແປພາສາມືທີ່ມີຄຸນວຸດທິ * ຂໍ້ມູນເປັນລາຍລັກອັກສອນຢູ່ໃນຮູບແບບອື່ນ (ສິ່ງພິມຂະໜາດໃຫຍ່, ສຽງ, ຮູບແບບທາງອີເລັກໂທຣນິກທີ່ເຂົ້າເຖິງໄດ້, ຮູບແບບອື່ນໆ)   ໃຫ້ການບໍລິການພາສາຟຣີແກ່ຄົນທີ່ໃຊ້ພາສາຕົ້ນຕໍບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດເຊັ່ນ:   * ລ່າມແປພາສາທີ່ມີຄຸນວຸດທິ * ຂໍ້ມູນທີ່ຂຽນເປັນພາສາອື່ນ   ຖ້າທ່ານຕ້ອງການການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ຈັດການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ຊ່ຽວຊານສິດທິສະມາຊິກ. | | | | | | | |