|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-00237L (01/2019) | | **STATE OF WISCONSIN**  Wis. Stats. § 46.287(2)(c) | | | | | | |
| **ໃບສະເໜີຂໍອຸທອນ – Community Care, Inc/Community Care HEALTH Plan, Inc.**  **(HMO SNP) (Community Care)  appeal request – Community Care, Inc/Community Care HEALTH Plan, Inc.**  **(HMO SNP) (Community Care)** | | | | | | | | |
| ການປະກອບແບບຟອມນີ້ແມ່ນເປັນຄວາມສະໝັກໃຈ. ຂໍ້ມູນສາມາດລະບຸຕົວຕົນໄດ້ທີ່ໄດ້ເກັບເອົາຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້ແມ່ນຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອລະບຸກໍລະນີຂອງທ່ານ ແລະ ດຳເນີນການຄຳຂໍຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນ. | | | | | | | | |
| ຊື່ – ສະມາຊິກ | | | | | | | ວັນທີມື້ນີ້ | |
| ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ | | | | | | | | |
| ເມືອງ | | | ລັດ  WI | | | ລະຫັດ Zip | | |
| ໃຫ້ໝາຍຕິກໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານຢາກຈະອຸທອນຄຳຕັດສິນຂອງ Community Care, Inc. ໂດຍການຂໍປະຊຸມກັບ Community Care, Inc. Grievance and Appeal Committee (ຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ການອຸທອນ). | | | | | | | | |
| **ການສືບຕໍ່ການບໍລິການຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງການອຸທອນການຫຼຸດ, ການງົດ ຫຼື ການສິ້ນສຸດການບໍລິການ**  **ສຳລັບສະມາຊິກ Family Care ແລະ Partnership:**  ຖ້າທ່ານກຳລັງໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຢູ່ ແລະ ທ່ານຂໍການອຸທອນກ່ອນການປ່ຽນແປງຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດຮັກສາການໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດດຽວກັນນີ້ໄວ້ຈົນກວ່າໄດ້ມີການການຕັດສິນກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງ ທ່ານ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຮັກສາຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານໄວ້ໃນລະຫວ່າງການອຸທອນຂອງທ່ານ, ຄຳສະເໜີຂໍຂອງ ທ່ານຕ້ອງມີເຄື່ອງໝາຍໄປສະນີ ຫຼື ແຟັກ***ໃນ ຫຼື ກ່ອນ*ວັນທີມີຜົນນຳໃຊ້ຂອງການດຳເນີນການທີ່ຕັ້ງໃຈໄວ້**. ຖ້າ Grievance and Appeal Committee (ຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ການອຸທອນ) ຕັດສິນວ່າ ຄຳຕັດສິນຂອງ Community Care, Inc. ຖືກຕ້ອງ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍຄ່າຜົນປະໂຫຍດສ່ວນເກີນທີ່ ທ່ານໄດ້ຮັບໃນລະຫວ່າງເວລາທີ່ທ່ານຂໍໃຫ້ມີການອຸທອນຂອງທ່ານ ແລະ ເວລາທີ່ຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ອຸທອນເຮັດການຕັດສິນນັ້ນຄືນ. ເຖິງແນວໃດກໍ່ຕາມ, ຖ້າມັນຈະເຮັດໃຫ້ທ່ານມີພາລະທາງດ້ານການເງິນຫຼາຍ, ທ່ານອາດຈະບໍ່ຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍນີ້ຄືນ.  **ໃຫ້ໝາຍຕິກໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານເປັນສະມາຊິກ Family Care ຫຼື Partnership ແລະ ຖ້າທ່ານຢາກຈະຂໍການບໍລິການລະດັບດຽວກັນນີ້ ເພື່ອສືບຕໍ່ໃນລະຫວ່າງການອຸທອນຂອງທ່ານ.**  **ສຳລັບສະມາຊິກ Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE):**  Community Care, Inc. ຈະສືບຕໍ່ໃຫ້ລະດັບການບໍລິການ **Medicaid** ປັດຈຸບັນຈົນກວ່າການຕັດສິນຄຳອຸທອນ ຂອງທ່ານໄດ້ຖືກຕັດສິນ ຖ້າທ່ານຂໍການສືບຕໍ່***ໃນ ຫຼື ກ່ອນ*ວັນທີມີຜົນນຳໃຊ້ການດຳເນີນການທີ່ຕັ້ງໃຈໄວ້**. ຖ້າ Grievance and Appeal Committee (ຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ການອຸທອນ) ຕັດສິນວ່າ ຄຳຕັດສິນ ຂອງ Community Care, Inc. ຖືກຕ້ອງ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍຄ່າຜົນປະໂຫຍດສ່ວນເກີນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໃນ ລະຫວ່າງເວລາທີ່ທ່ານຂໍໃຫ້ມີການອຸທອນຂອງທ່ານ ແລະ ເວລາທີ່ຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ອຸທອນເຮັດ ການຕັດສິນນັ້ນຄືນ. ເຖິງແນວໃດກໍ່ຕາມ, ຖ້າມັນຈະເຮັດໃຫ້ທ່ານມີພາລະທາງດ້ານການເງິນຫຼາຍ, ທ່ານອາດຈະບໍ່ ຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍນີ້ຄືນ.  **ໃຫ້ໝາຍຕິກໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານເປັນສະມາຊິກ PACE ແລະ ຖ້າທ່ານຢາກຈະຂໍການບໍລິການ Medicaid ລະດັບດຽວກັນນີ້ ເພື່ອສືບຕໍ່ໃນລະຫວ່າງການອຸທອນຂອງທ່ານ.** | | | | | | | | |
| **ສຳລັບທຸກໂຄງການ**  ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບສຳເນົາຂໍ້ມູນໃນສຳນວນຄະດີຂອງທ່ານກ່ຽວຂ້ອງກັບການອຸທອນຂອງທ່ານຟຣີ. ຂໍ້ມູນໝາຍເຖິງ ເອກະສານ, ບັນທຶກ ແລະ ເອກະສານອື່ນໆກ່ຽວຂ້ອງ ລວມທັງຂໍ້ມູນໃໝ່ ຫຼື ເພີ່ມເຕີມໃດໜຶ່ງທີ່ Community Care, Inc. ເກັບເອົາໃນລະຫວ່າງການອຸທອນຂອງທ່ານ.  **ໃຫ້ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານຢາກຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຢູ່ໃນສຳນວນຄະດີຂອງທ່ານຈາກ Community Care, Inc. ກ່ຽວຂ້ອງກັບການອຸທອນຂອງທ່ານ.** | | | | | | | | |
|  |  | | |  |  | | |  |
|  | **ລາຍເຊັນ** – ສະມາຊິກ | | |  | ວັນທີເຊັນ | | |  |
| ສົ່ງແບບຟອມນີ້ທາງໄປສະນີ ຫຼື ແຟັກຫາ:  Community Care, Inc.  205 Bishops Way  Brookfield WI 53005  ແຟັກ: 262-827-4044  ຄຳອຸທອນຂອງທ່ານຕ້ອງໄດ້ມີກາໝາຍໄປສະນີ ຫຼື ແຟັກບໍ່ຊ້າກວ່າ **60 ວັນຕາມປະຕິທິນ**ຈາກວັນທີຢູ່ໃນແຈ້ງການ ການກຳນົດຜົນປະໂຫຍດທີ່ເປັນຜົນເສຍ. | | | | | | | | |
| Community Care, Inc:  ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການຟຣີແກ່ຄົນພິການ ເພື່ອສື່ສານກັບ ພວກເຮົາໄດ້ຢ່າງມີປະສິດທິພາບເຊັ່ນ:   * ລ່າມແປພາສາມືທີ່ມີຄຸນວຸດທິ * ຂໍ້ມູນເປັນລາຍລັກອັກສອນຢູ່ໃນຮູບແບບອື່ນ (ສິ່ງພິມຂະໜາດໃຫຍ່, ສຽງ, ຮູບແບບທາງອີເລັກໂທຣນິກທີ່ເຂົ້າເຖິງໄດ້, ຮູບແບບອື່ນໆ)   ໃຫ້ການບໍລິການພາສາຟຣີແກ່ຄົນທີ່ໃຊ້ພາສາຕົ້ນຕໍບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດເຊັ່ນ:   * ລ່າມແປພາສາທີ່ມີຄຸນວຸດທິ * ຂໍ້ມູນທີ່ຂຽນເປັນພາສາອື່ນ   ຖ້າທ່ານຕ້ອງການການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້, ໃຫ້ໂທຫາເບີໂທຟຣີຂອງ Community Care, Inc. ທີ່ເບີ 866-992-6600, ວັນຈັນຫາວັນສຸກ, 8 ໂມງເຊົ້າຫາ 4:30 ໂມງແລງ. ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ Wisconsin Relay ທີ່ເບີ 711. | | | | | | | | |