|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-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      | ລັດWI | 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: 262-827-4044ຄຳອຸທອນຂອງທ່ານຕ້ອງໄດ້ມີກາໝາຍໄປສະນີ 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. |