|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-00237S (01/2019) | | **STATE OF WISCONSIN**  Wis. Stats. § 46.287(2)(c) | | | | | | |
| **Solicitud de apelación – 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)** | | | | | | | | |
| No es obligatorio completar este formulario. La información de identificación personal recopilada en este formulario se utiliza únicamente para identificar su caso y procesar su solicitud. | | | | | | | | |
| Nombre del miembro | | | | | | | Fecha de hoy | |
| Dirección postal | | | | | | | | |
| Población | | | Estado  WI | | | Código postal | | |
| Marque esta casilla si desea apelar la decisión de Community Care, Inc. mediante la solicitud de una reunión con Community Care, Inc. Grievance and Appeal Committee (Comité de quejas y apelaciones de Community Care, Inc.). | | | | | | | | |
| **Continuación de sus servicios durante una apelación de reducción, suspensión o finalización de un servicio**  **Para miembros de Family Care y Partnership:**  Si está recibiendo beneficios y solicita una apelación antes de que se modifiquen sus beneficios, podrá seguir recibiendo los mismos beneficios hasta que se haya tomado una decisión con respecto a su apelación. Si desea mantener sus beneficios durante su apelación, deberá sellar su solicitud y enviarla por correo postal o fax ***el mismo día (o antes)* de la fecha efectiva de la acción prevista**. Si Grievance and Appeal Committee determina que la decisión de Community Care, Inc. fue correcta, es posible que tenga que reembolsar los beneficios adicionales que recibió desde el momento en el que solicitó la apelación y hasta el momento en el que Grievance and Appeal Committee tome una decisión. No obstante, si esto le provocase una elevada carga financiera, existiría la posibilidad de que no tuviera que devolver este dinero.  **Marque esta casilla si es miembro de Family Care o Partnership y desea solicitar la continuación de los mismos servicios durante su apelación.**  **Para los miembros de Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) (Programa de atención inclusiva para personas mayores):**  Community Care, Inc. continuará proporcionando la misma cantidad de servicios de **Medicaid** hasta que se haya tomado una decisión con respecto a su apelación si solicita la continuación ***el mismo día (o antes)* de la fecha efectiva de la acción prevista**. Si Grievance and Appeal Committee determina que la decisión de Community Care, Inc.’s fue correcta, es posible que tenga que reembolsar los beneficios adicionales que recibió desde el momento en el que solicitó la apelación y hasta el momento en el que Grievance and Appeal Committee tome una decisión. No obstante, si esto le provocase una elevada carga financiera, existiría la posibilidad de que no tuviera que devolver este dinero.  **Marque esta casilla si es miembro de Family Care o Partnership y desea solicitar la continuación de los mismos servicios durante su apelación.** | | | | | | | | |
| **Para todos los programas**  Usted tiene derecho a recibir una copia gratuita de la información del expediente de su caso en relación con su apelación. El concepto de información hace referencia a documentos, registros y otros materiales relacionados, incluida cualquier información nueva o adicional que Community Care, Inc. recopile durante su apelación.  **Marque esta casilla si desea recibir información del expediente de su caso de Community Care, Inc. relacionada con su apelación.** | | | | | | | | |
|  |  | | |  |  | | |  |
|  | **FIRMA** del miembro | | |  | Fecha de firma | | |  |
| Envíe por correo postal o por fax este formulario a:  Community Care, Inc.  205 Bishops Way  Brookfield WI 53005  Fax: 262-827-4044  Usted debe sellar y enviar por correo postal su solicitud durante los **60 días naturales** posteriores a la fecha de Notice of Adverse Benefit Determination (Aviso de determinación adversa de beneficios). | | | | | | | | |
| Community Care, Inc:  Proporciona dispositivos y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera efectiva, tales como:   * Intérpretes cualificados de lengua de signos * Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)   Proporciona servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:   * Intérpretes cualificados * Información escrita en otros idiomas   Si necesita estos servicios, llame a Community Care, Inc. gratis al 866-992-6600, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4:30 p.m. Los usuarios de TTY (teletipo) deben llamar a Wisconsin Relay al 711. | | | | | | | | |