|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-00237S (02/2021) | **STATE OF WISCONSIN**Wis. Stats. § 46.287(2)(c) |
| **Solicitud de apelación – My Choice Wisconsinappeal request – My Choice Wisconsin** |
| 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      | EstadoWI | Código postal      |
| [ ]  | Marque esta casilla si desea apelar la decisión de My Choice Wisconsin’s mediante la solicitud de una reunión con My Choice Wisconsin Grievance and Appeal Committee (Comité de quejas y apelaciones de My Choice Wisconsin). |
| **Continuación de sus servicios durante una apelación de reducción, suspensión o finalización de un servicio**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 My Choice Wisconsin 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 desea solicitar la continuación los mismos servicios durante su apelación.****Copia del expediente del caso**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 My Choice Wisconsin recopile durante su apelación.[ ]  **Marque esta casilla si desea recibir información del expediente de su caso de My Choice Wisconsin relacionada con su apelación.** |
|  |  |  |  |  |
|  | **FIRMA** del miembro |  | Fecha de firma |  |
|  |  |  |  |  |
| Envíe por correo postal o por fax este formulario a:My Choice WisconsinAttn: Member Rights10201 W Innovation Dr. Suite 100Wauwatosa WI 53226-4822Fax: 608-245-3821Para iniciar su apelación lo antes posible, usted puede llamarme a My Choice Wisconsin al 1-800-963-0035 o al 608-245-3448 antes de enviar este formulario. Los usuarios de TTY (teletipo) deben llamar al 711. Usted debe sellar y enviar por correo postal o fax su solicitud durante los **60 días naturales** posteriores a la fecha de Notice of Adverse Benefit Determination (Aviso de determinación adversa de beneficios). |
| My Choice Wisconsin: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 usted necesita estos servicios, llame a My Choice Wisconsin al 1-800-963-0035, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4:30 p.m. Los usuarios de TTY (teletipo) deben llamar al 711.  |