|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-00221R (02/2024) |  | **STATE OF WISCONSIN** |
| **Член или участник программы Family care (Семейный уход) или IRIS запросил ИНСТРУКЦИИ для отчисления или перевода**  **(FAMILY CARE OR IRIS MEMBER OR PARTICIPANT REQUESTED DISENROLLMENT OR TRANSFER INSTRUCTIONS)** | | |
| **Раздел A—Личная информация**  Этот раздел заполняется Aging and disability resource center (Центром ресурсов для пожилых и инвалидов) (ADRC) или Tribal aging and disability resource specialist (Специалистом по вопросам старения и инвалидности племени) (ADRS) в соответствии с личной информацией лица в программе ForwardHealth.  ADRC или ADRS племени должны проверить контактную информацию в этом разделе и внести любые необходимые исправления. Когда income maintenance (агентство по поддержанию доходов) (IM) получает форму с указанием исправлений, они обновляют информацию в CARES. Если лицо получает Supplemental Security Income (Дополнительный гарантированный доход) (SSI), ADRC или ADRS племени должны предложить ему обратиться в Social Security Administration (Администрацию социального обеспечения) (SSA) для обновления информации.  **Раздел B—Запрос об отчислении**  Эта часть формы заполняется ADRC или ADRS племени. Лицо указывает программу, из которой оно хочет отчислиться и желаемую дату отчисления. Во время консультирования по отчислению сотрудникам ADRC или ADRS племени важно предоставить лицу всю необходимую информацию, например, влияние на соответствие требованиям Medicaid, а также как дата влияет на распределение расходов, чтобы лицо было достаточно проинформировано для принятия решения.  Сотрудники ADRC или ADRS племени заполнят фактическую дату отчисления. Сотрудники ADRC или ADRS племени заполнят фактическую дату отчисления FHiC. ICA введет фактическую дату отчисления в WISITS. Лицо может быть отчислено из программы с фактической даты, отличной от той, которую оно пожелало, особенно это касается срочных запросов об отчислении. Если лицо хочет быть отчислено из программы в течение до трех рабочих дней со дня подписания формы, для ускорения процесса ADRC или ADRS племени свяжутся с MCO или ICA.  **Раздел C—Запрос о переводе**  Эта часть формы заполняется ADRC или ADRS племени. Лицо указывает программу и MCO или ICA, на которую оно хочет перевестись. Если запрос связан с недавним переездом, необходимо указать новый адрес, номер телефона и фактическую дату переезда. Если лицо выбирает перевод на новую программу, MCO или ICA, необходимо заполнить новую форму о зачислении или форму о направлении. При регистрации в новой программе или агентстве в результате переезда дата регистрации сначала будет оставлена пустой и будет заполнена, когда дата регистрации будет определена агентствами программы долгосрочного ухода.  Если лицо решает зарегистрироваться в программе Family Care, PACE или Partnership, то ADRC или ADRS племени введет в форме новую дату регистрации, которая выбрана лицом. Сотрудники ADRC или ADRS племени заполнят фактическую дату отчисления в FHiC.  Если лицо выбрало IRIS, то сотрудники ADRC или ADRS племени укажут в форме дату направления в IRIS. Дата начала участия в IRIS определяется ICA и вводится в WISITS. Если лицо переводится из Family Care, PACE или Partnership в IRIS, дату отчисления не следует вводить в форму или в FHiC до тех пор, пока начальная дата не будет получена от ICA. Если участник IRIS выбрал перевод из ICA в ICA, то участник может выбрать остаться с текущим FEA или выбрать нового FEA. Если участник желает выбрать нового FEA, заполните форму [F-02764](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/f02764.docx).  Эта информация определяет конкретную организацию, которую нужно проинформировать о переводе, а также необходимость заполнения соответствующих форм зачисления в Family Care Program, PACE, Partnership или форму авторизации IRIS.  **Раздел D—Причина запроса отчисления или перевода**  В данном разделе лицо может добровольно назвать ADRC или ADRS племени основную причину, по которой оно хочет покинуть свою текущую программу, ICA или MCO.  **Раздел E—Жалоба или апелляция**  Важной частью консультирования по вопросам отчисления является разъяснение лицу его прав как члена и участника программы и возможности воспользоваться ими. В зависимости от причины для отчисления из программы, лицо может иметь право подать апелляцию. Все лица имеют право подать жалобу. Сотрудники ADRC или ADRS племени могут оказать помощь любому лицу, желающему подать апелляцию или жалобу. ADRC или ADRS племени должны объяснить лицу, пожелавшему участвовать в апелляционном процессе, последствия отчисления до подачи апелляции. Во всех MCO есть специалисты по правам членов программы, которые помогают в подаче апелляций и жалоб. Более подробную информацию по подаче апелляции или жалобы лица могут найти в справочнике члена MCO или справочнике IRIS.  **Раздел F—Разрешение на раскрытие информации**  Заполните данную форму при запросе лица о переводе в новое агентство или на новую программу по долгосрочному уходу. Этот раздел (1) информирует лицо, что его (ее) информация Long Term Care Functional Screen (Проверка выполнения функциональных требований для долгосрочного ухода) может быть передана новому агентству без информированного согласия лица в соответствии с законом Wis. Stat. § 46.284(7); и (2) подтверждает разрешение лицом для текущего агентства или программы долгосрочного ухода на распространение определенной конфиденциальной информации в рамках новой программы или агентства. Подпись лица, его законного опекуна, доверительного управляющего или поверенного (должна быть действующая нотариальная доверенность) разрешает раскрытие информации, указанной в разделе F данной формы.  **Раздел G—Подпись**  Члены MCO и участники программы IRIS должны поставить подпись в данном разделе формы, чтобы отчислиться из программы долгосрочного ухода или перевестись на другую программу долгосрочного ухода, MCO или ICA, даже если они не заполняли остальные разделы. Если лицо, получающее услуги, недееспособно и не может подписать форму об отчислении, то вместо него это должен сделать его законный опекун, доверительный управляющий или поверенный (должна быть действующая нотариальная доверенность). Если лицо подписывается пометкой, требуются две подписи свидетелей. Если человек физически не может подписаться, он может поручить взрослому подписать форму в присутствии двух свидетелей. Лицо, которое подписывается должно указать, что оно подписывается по указанию заявителя или члена.  **Раздел H—Лицо, заполняющее форму**  Этот раздел заполняется ADRC или ADRS племени, чтобы обозначить лицо, заполняющее форму, и предоставить лицу контакты ADRC или ADRS племени.  **Раздел I—использование ICA**  Этот раздел заполняется ICA, когда участник переводится из IRIS в Family Care, Partnership или PACE. ICA должна проверить дату отчисления, указанную в этой форме, и ввести дату отчисления, которая была введена в WISITS. После заполнения ICA эта форма должна быть возвращена в ADRC или ADRS племени.  **Распространение формы и маршрутная информация**  Когда все страницы данной формы подписаны, сотрудники ADRC или ADRS племени должны направить форму следующим сторонам:   * Член/Участник * Текущая и запрошенная ICA или MCO * Племя, если применимо * IM – Форма направляется в IM в следующих случаях, когда лицо:   + Переводится из-за недавнего переезда, и его новый адрес не отображается в FHiC, если член или участник открыт в CARES.   + Отчисляется из Family Care или IRIS и получает MA в соответствии с программой MAPP или правом на MA в рамках Community Waiver (Отказ сообщества)   ADRC или ADRS племени должен сохранять оригинал формы об отчислении с подписью члена/участника или электронную скан-копию подписанной формы в течение десяти лет на тот случай, если документы будут запрашиваться. | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STATE OF WISCONSIN**  **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-00221R (02/2024) | | | | | | | | **CIP** | | | | | | | | | | | |
| **Член или участник программы Family care или IRIS**  **запросил отчисление или перевод** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Подлежит заполнению Aging and Disability Resource Center (Центром ресурсов для пожилых и инвалидов) (ADRC) или Tribal Aging and Disability Resource Specialist (Специалистом по вопросам старения и инвалидности племени) (ADRS) для использования local income maintenance (местным агентством по поддержанию доходов) (IM), managed care organization (организацией медицинского обслуживания) (MCO) и IRIS consultant agency (консультационным агентством IRIS) (ICA). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A. ЛИЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Имя | | | | | | Средний инициал | | | | Фамилия | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | |
| Адрес, улица | | | | | | | | | | Город | | | | | | | Почтовый индекс | | |
| Округ постоянного проживания | | | | | | | | | | Ответственный округ | | | | | | | | | |
| Американский индеец или уроженец Аляски  Да  Нет | | | | | | | | | | Принадлежность к Американским индейцам/уроженцам Аляски | | | | | | | | | |
| Номер телефона | | | | | | | | | | Номер мобильного телефона | | | | | | | | | |
| Дата рождения | | Индивидуальный идентификационный номер члена (в соответствии с ForwardHealth) | | | | | | | | | | Индивидуальная целевая группа  FE  ID или DD  PD | | | | | | | |
| Опекун  Супруг(-а)  Доверительный управляющий  POA (Поверенный)  Другое: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Имя и фамилия контактного лица | | | | | | | | | | Номер телефона | | | | | Номер мобильного телефона | | | | |
| Адрес, улица | | | | | | | | | | Город | | | | | | | Почтовый индекс | | |
| Текущая Long-Term Care (программа по долгосрочному уходу) (LTC)  Family Care  IRIS | | | | | Название MCO или ICA    Название FEA | | | | | | | | | | | | | | |
| **B. ЗАПРОС ОБ ОТЧИСЛЕНИИ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Лицо запросило остановить участие в программе долгосрочного ухода (отметить программу):  Family Care  IRIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Лицо запросило остановить участие в программе со следующей даты:  (Может не быть фактической датой отчисления) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Фактическая дата отчисления: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **C. ЗАПРОС О ПЕРЕВОДЕ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Лицо выбирает перевод в новую программу долгосрочного ухода или выбирает новую MCO или ICA, укажите выбранную программу ниже:  Family Care  IRIS  Partnership  PACE  Другая MCO  Другая ICA  Запрашиваемая MCO или ICA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Фактическая дата отчисления: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Фактическая дата новой регистрации в программах Family Care, PACE или Partnershiр:  или дата направления в IRIS (начальная дата определена ICA):  Новая форма регистрации или направления также должна быть заполнена. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Если запрос о переводе связан с переездом, пожалуйста, заполните следующую информацию о новом месте жительства: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Адрес, улица | | | | | | | | | | | Город | | | | | | | Почтовый индекс | |
| Округ постоянного проживания | | | Номер телефона | | | | | | | | | | Фактическая дата переезда | | | | | | |
| **D. ПРИЧИНА ЗАПРОСА ОБ ОТЧИСЛЕНИИ ИЛИ ПЕРЕВОДЕ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Выберите основную причину, по которой член или участник выбирает отчисление или перевод на другую программу по долгосрочному уходу, MCO или ICA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7E Недоволен распределением затрат | | | | | | | | | 7M Нахожусь в поиске дома престарелых или услуг хосписа | | | | | | | | | | |
| 7A Сложности с поиском или сохранением исполнителей | | | | | | | | | 7D Перехожу на сдельный способ оплаты Medicaid | | | | | | | | | | |
| 7B Нужна дополнительная помощь в согласовании услуг и (или) мер поддержки | | | | | | | | | 70 Переехал в другой регион оказания услуг | | | | | | | | | | |
| 7B Нет возможности обеспечить все необходимые услуги или часы работы | | | | | | | | | Переехал за пределы штата | | | | | | | | | | |
| 7A Не могу использовать выбранного исполнителя | | | | | | | | | 7B Услуги не оправдали мои ожидания | | | | | | | | | | |
| 7L Проблемы обслуживания с MCO или IRIS Consultant Agency (консультационным агентством) или Fiscal Employer Agency (финансовым агентством работодателя) IRIS | | | | | | | | | 72 Предпочитаю не указывать причину | | | | | | | | | | |
| Услуги больше не нужны | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **E. ЖАЛОБА ИЛИ АПЕЛЛЯЦИЯ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Подал ли член или участник жалобу или апелляцию в ревизионную комиссию MCO или IRIS или другой стороне, имеющей отношение к Вашему отчислению?  Да  Нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **F. РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Я понимаю, что закон Wis. Stat. §46.284(7) позволяет передать мою информацию Long Term Care Functional Screen (Проверка выполнения функциональных требований для долгосрочного ухода) (LTCFS) в выбранное выше агентство без моего информированного согласия.**  Я разрешаю выбранному выше агентству получить доступ к указанной ниже информации для того, чтобы помочь мне в зачислении на новую программу или в агентство:   * Мой текущий Individual Support and Service Plan (Индивидуальный план поддержки и предоставления услуг) (ISSP) или Member Centered Plan (Членский план) (MCP) * Мой Behavior Support Plan (План внешней поддержки) и/или Restrictive Measure (Ограничительные меры), при необходимости * Документы, подтверждающие полномочия моего законного опекуна, доверительного управляющего или поверенного, при необходимости * Постановления суда, при необходимости * План выхода из кризиса, при необходимости   Другое – указать: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ПОДПИСЬ** – Член / Участник | | | | | | | | | | | | | | | Дата подписания | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **ПОДПИСЬ –** Легальный опекун, Доверительный управляющий, или Поверенный (при действующей нотариальной доверенности) | | | | | | | | | | | | | | | Дата подписания | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **ПОДПИСЬ** – Свидетель (Если необходимо) | | | | | | | | | | | | | | | Дата подписания | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **ПОДПИСЬ** – Свидетель (Если необходимо) | | | | | | | | | | | | | | | Дата подписания | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **G. ЗАЯВЛЕНИЕ О НАМЕРЕНИЯХ—Для отчисления или перевода, Вам необходимо подписать данное заявление о намерениях** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Я, нижеподписавшийся, подал запрос об отчислении и о прекращении участия в программе по долгосрочному уходу, или запрос о переводе на другую программу, MCO или ICA. Я осознаю, что если я подаю запрос о зачислении на программу IRIS, то отчисление из текущей программы не произойдет до тех пор, пока не будет подтвержден мой план услуг по программе IRIS. **Ваш запрос об отчислении или переводе не будет обработан, пока Вы не поставите подпись ниже**. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ПОДПИСЬ** – Член / Участник | | | | | | | | | | | | | | | Дата подписания | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **ПОДПИСЬ –** Легальный опекун, Доверительный управляющий, или Поверенный (при действующей нотариальной доверенности) | | | | | | | | | | | | | | | Дата подписания | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **ПОДПИСЬ** – Свидетель (Если необходимо) | | | | | | | | | | | | | | | Дата подписания | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **ПОДПИСЬ** – Свидетель (Если необходимо) | | | | | | | | | | | | | | | Дата подписания | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **H. ЛИЦО, ЗАПОЛНЯЮЩЕЕ ФОРМУ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Название ADRC или племени | | | | | | | | | | | | | | Округ | | | | | |
| Почтовый адрес ADRC или ADRS племени | | | | | | | Город | | | | | | | Почтовый индекс | | | | | |
| Имя - Сотрудник ADRC или ADRS племени | | | | | | | | | | | | | | Номер телефона | | | | | |
| Адрес электронной почты | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Сотрудники ADRC или ADRS племени должны отправить все страницы заполненной формы, даже если консультации по прекращению участия не предоставляются.**  ADRC или ADRS племени должен сохранять оригинал формы об отчислении с подписью члена или участника или электронную скан-копию подписанной формы в течение десяти лет на тот случай, если документы будут запрашиваться.  Распространение заполненной формы:  Лицо, его законный опекун, доверительный   управляющий или поверенный (должна быть   действующая нотариальная доверенность)  Текущая и запрашиваемая MCO или ICA  IM (смотри инструкции)  Племя, если применимо | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **I. Только для использования ICА**  **Этот раздел заполняется ICA, если участник переводится из IRIS в Family Care, Partnership или PACE. Эта форма после заполнения должна быть возвращена в ADRC.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Имя и фамилия – ICA | | | | Имя и фамилия – штатный работник | | | | | | | | | | | | | | | Дата |
| Дата отчисления из IRIS: | | | | | | Дата отчисления введена в WISITS: | | | | | | | | | | | | | |