

PARTNERSHIP

تعليمات إلغاء التسجيل أو النقل المطلوبة من العضو

(PARTNERSHIP MEMBER REQUESTED DISENROLLMENT OR TRANSFER INSTRUCTIONS)

القسم أ — معلومات شخصية

يجب استكمال هذا القسم بمعرفة aging and disability resource center (مركز موارد المسنين وذوي الإعاقة) (ADRC) أو aging and disability resource specialist (متخصص موارد المسنين وذوي الإعاقة القبلي) (ADRS) بناء على معلومات الشخص في ForwardHealth.

يجب على ADRC التحقق من معلومات الاتصال المضمنة في هذا القسم وإجراء أي تصحيحات ضرورية. عندما تتلقى وكالة income maintenance (صيانة الدخل) (IM) النموذج به التصحيحات، فسوف تقوم بتحديث المعلومات في CARES. وإذا تلقى الشخص Supplemental Security Income (دخل تأميني إضافي) (SSI)، فسوف توجه ADRC أو ADRS القبلي الشخص إلى الاتصال بـ Social Security Administration (إدارة الضمان الاجتماعي) (SSA) لتحديث المعلومات.

القسم ب — طلب إلغاء التسجيل

هذا الجزء من النموذج يجب إكماله بمعرفة ADRC أو ADRS القبلي. يشير الشخص إلى البرنامج الذي يرغب في مغادرته، وتاريخ إلغاء التسجيل الذي يفضل. من المهم أن يتولى ADRC أو ADRS القبلي تزويد الشخص بكافة المعلومات ذات الصلة أثناء جلسة الاستشارة الخاصة بإلغاء التسجيل مثل تأثير الإلغاء على استحقاق برنامج Medicaid وكيف يمكن للتاريخ أن يؤثر في حصة التكلفة وذلك للسماح للشخص باتخاذ قرار واع.

سيملأ موظفو ADRC أو ADRS القبلي effective date of disenrollment (تاريخ سريان إلغاء التسجيل). وسيدخل ADRC أو ADRS القبلي effective date of disenrollment (تاريخ سريان إلغاء التسجيل) في نظام FHiC. قد لا يكون التاريخ الذي يريده الشخص لإلغاء التسجيل في البرنامج التاريخ الفعلي للإلغاء على الدوام وخصوصًا لطلبات الإلغاء الفورية. إذا رغب الشخص في إلغاء التسجيل بأي برنامج في غضون أقل من ثلاثة أيام من تاريخ توقيع النموذج، فسيقوم ADRC أو ADRS بالاتصال بـ Partnership Organization (مؤسسة الشراكة) لتسريع العملية.

قد تستمر فوائد Medicare بموجب خطة Partnership (الشراكة) الحالية للشخص لمدة تصل إلى ثلاثة أشهر عقب طلب إلغاء التسجيل أو النقل. يعتمد تاريخ بدء التغطية الجديدة على الأهلية Special Election Period (فترة الاختيار الخاصة) (SEP). يجوز للأشخاص الذين يقومون بإلغاء التسجيل من Partnership اختيار التسجيل في خطة Medicare Advantage جديدة أو خطة Medicare الجزء د قائمة بذاتها. إذا لم يتخذ الشخص قرارًا بالتسجيل في خطة Medicare أخرى قبل انتهاء تغطية Partnership (الشراكة)، فسيتم تسجيله تلقائيًا في خطة Medicare الأصلية وقد يخاطر بالمغادرة دون تغطية لأدوية الوصفة الطبية. يتعين على الشخص الاتصال بخطة Medicare الحالية الخاصة به للحصول على مزيد من المعلومات عن الأهلية لفترة الاختيار الخاصة (SEP). للمساعدة في خيارات Medicare، يمكن للشخص تحديد موعد مع متخصص المساعدات في ADRC أو متخصص المساعدات القبلي أو الاتصال بخط مساعدة Wisconsin Medigap على الرقم 1-800-242-1060.

القسم ج — طلب النقل

هذا الجزء من النموذج يجب إكماله بمعرفة ADRC أو ADRS القبلي. يحدد الشخص البرنامج وMCO أو ICA التي يرغب في الانتقال إليها. إذا كان الطلب بسبب نقل السكن حديثًا، فسيطلب من الشخص عنوانه الجديد ورقم هاتفه وتاريخ سريان نقل السكن هذا. يتطلب الأمر تسجيل جديد أو إحالة عند اختيار العميل الانتقال إلى برنامج جديد أو MCO أو ICA جديدة. في حال التسجيل ببرنامج جديد أو وكالة جديدة نتيجة للانتقال، فسيترك تاريخ التسجيل فارغًا في البداية ثم سيستكمل عند تحديد تاريخ التسجيل من قبل وكالات برنامج الرعاية طويلة الأجل.

إذا اختار الشخص التسجيل في برنامج Family Care أو PACE أو Partnership، فسيقوم ADRC أو ADRS القبلي بإدخال تاريخ التسجيل الجديد في النموذج، ويقوم الشخص بتحديد تاريخ التسجيل. كما سيدخل ADRC أو ADRS القبلي تاريخ التسجيل الجديد في نظام FHiC. إذا اختار الشخص IRIS، فسيقوم ADRC أو ADRS القبلي بإدخال تاريخ الإحالة إلى IRIS في النموذج. يُحدد تاريخ بدء IRIS بواسطة ICA وسيتم إدخاله في نظام WISITS. وإذا كان الفرد ينتقل من برنامج Family Care (الرعاية الأسرية) أو PACE أو Partnership (الشراكة) إلى IRIS، فلن يتم إدخال تاريخ إلغاء التسجيل في النموذج أو نظام FHiC حتى الحصول على تاريخ البدء من ICA.

ستحدد المعلومات التي يجب إخبارها بالنقل، وما إذا كان نموذج Family Care Program Enrollment (التسجيل في برنامج الرعاية الأسرية) أو نموذج PACE، أو نموذج Partnership، التسجيل في برنامج أو نموذج IRIS تفويض بحاجة إلى استكمال.

قد تستمر فوائد Medicare بموجب خطة Partnership (الشراكة) الحالية للشخص لمدة تصل إلى ثلاثة أشهر عقب طلب إلغاء التسجيل أو النقل. يعتمد تاريخ بدء التغطية الجديدة على الأهلية Special Election Period (فترة الاختيار الخاصة) (SEP). يجوز للأشخاص الذين يقومون بإلغاء التسجيل من Partnership اختيار التسجيل في خطة Medicare Advantage جديدة أو خطة Medicare الجزء

د قائمة بذاتها. إذا لم يتخذ الشخص قرارًا بالتسجيل في خطة Medicare أخرى قبل انتهاء تغطية Partnership (الشراكة)، فسيتم تسجيله تلقائيًا في خطة Medicare الأصلية وقد يخاطر بالمغادرة دون تغطية لأدوية الوصفة الطبية. يتعين على الشخص الاتصال بخطة Medicare الحالية الخاصة به للحصول على مزيد من المعلومات عن الأهلية لفترة الاختيار الخاصة (SEP). للمساعدة في خيارات Medicare، يمكن للشخص تحديد موعد مع متخصص المساعدات في ADRC أو الاتصال بخط مساعدة Wisconsin Medigap على الرقم 1-800-242-1060.

القسم د — أسباب إلغاء التسجيل أو طلب النقل

في هذا القسم، قد يحدد الشخص باختياره لـ ADRC أو ADRS القبلي السبب الرئيسي لرغبته في ترك برنامجه/برنامجها الحالي أو PO.

القسم هـ — التظلم أو الاستئناف

هناك جزء مهم من الاستشارة الخاصة بإلغاء التسجيل وهو مساعدة الشخص على فهم وممارسة جميع حقوقه أو حقوقها بصفتهم أعضاء ومشاركين في البرنامج. استنادًا إلى سبب الأشخاص في رغبتهم لمغادرة البرنامج، قد يكون لديهم الحق في تقديم استئناف. ولكل الأشخاص الحق في تقديم تظلم. يمكن لـ ADRC أو ADRS القبلي تقديم المساعدة لكل من يرغب في تقديم استئناف أو تظلم. يجب لـ ADRC أو ADRS القبلي تقديم شرح للأشخاص الذين قد يكونون في عملية الاستئناف بخصوص عواقب الإلغاء قبل استكمال الاستئناف. جميع POs لديها Member Rights Specialists (متخصصون في حقوق الأعضاء) الذين يساعدون الأعضاء في تقديم الاستئنافات والتظلمات. لمزيد من المعلومات حول تقديم الاستئناف أو التظلم، يمكن للأشخاص مراجعة دليل أعضاء برنامج Partnership (الشراكة).

القسم و — التفويض بإتاحة المعلومات

أكمل هذا القسم عندما يطلب الشخص الانتقال إلى وكالة جديدة أو برنامج long-term care (رعاية طويلة الأجل). يبلغ هذا القسم (1) الشخص بأنه يمكن نقل معلومات Long-Term Care Functional Screen (الفحص الوظيفي للرعاية طويلة الأجل) إلى الوكالة الجديدة دون موافقة الشخص عن علم بموجب تشريع ولاية Wis. Stat. § 46.284(7)؛ و (2) المستندات التي يفوض الشخص بموجبها الوكالة الحالية أو برنامج long-term care (الرعاية طويلة الأجل) بمشاركة معلومات سرية محددة مع البرنامج الجديد أو الوكالة الجديدة التي تم اختيارها. ويخول توقيع الشخص أو ولي الأمر أو الوصي أو التوكيل المفوض إتاحة المعلومات المحددة في القسم (و) من النموذج.

القسم ز — التوقيع

يجب على أعضاء برنامج Partnership (الشراكة) التوقيع على هذا القسم من النموذج لإلغاء تسجيلهم في برنامج long-term care (الرعاية طويلة الأجل) أو تحويلهم إلى برنامج long-term care (رعاية طويلة الأجل) آخر أو MCO أو ICA أخرى حتى لو لم يكملوا أي قسم آخر. إذا كان الشخص الذي يتلقى الخدمات عاجزًا، فلا يمكن للشخص التوقيع على نموذج إلغاء التسجيل؛ بدلاً من ذلك، يجب على ولي أمر الشخص أو الوصي عليه أو حامل الوكالة السارية توقيع النموذج. إذا كان الشخص يوقع بعلامة، فسيلازم توقيع شاهدين. إذا كان هناك ما يعيق الشخص جسديًا على التوقيع، يمكنه أن يطلب من شخص بالغ أن يوقع على النموذج في حضور شاهدين. يجب أن يوضح الشخص الذي يوقع أنه يقوم بالتوقيع بناءً على توجيهات مقدم الطلب أو العضو.

القسم ح — يجب استكمال المعلومات بمعرفة

يتم تعبئة هذا القسم من قبل ADRC أو ADRS القبلي لتحديد من أكمل النموذج وتزويد الأشخاص بمعلومات الاتصال الخاصة بـ ADRC أو ADRS القبلي.

توزيع النموذج ومسار المعلومات

عند استكمال جميع صفحات النموذج، يجب أن يتولى ADRC أو ADRS القبلي توجيه النموذج إلى ما يلي:

- العضو
- PO أو MCO أو ICA الحالية والمطلوبة
- القبيلة، إن أمكن
- IM (صيانة الدخل) - التوجيه لـ IM (صيانة الدخل) في المواقع التالية عند:
 - انتقال الشخص بسبب نقل سكن حديث وعنوانه الجديد لا يظهر في FHiC، إذا كان العضو مفتوح في CARES.
 - الشخص يلغي الاشتراك في PACE ويتلقى MA من خلال أهلية Community Waiver MA (التنازل عن خدمات MA المجتمعية) أو MAPP

يجب على ADRC أو ADRS القبلي الاحتفاظ بنموذج إلغاء التسجيل الأصلي الموقع من العضو أو المشارك، أو نسخة إلكترونية ممسوحة ضوئيًا من النموذج الموقع في ملف وذلك لمدة عشر سنوات من تاريخ طلب أي سجلات.

PARTNERSHIP

إلغاء التسجيل أو النقل المطلوب من العضو

هذا الجزء من النموذج يستكمله ADRC أو ADRS القبلي للاستخدام بواسطة IM أو PO المحلية.

أ. معلومات شخصية

الاسم - الأول		الأوسط	العائلة
عنوان الشارع		المدينة	الرمز البريدي
مقاطعة السكن		مقاطعة المسؤولية	
أمريكي من السكان الأصليين / من سكان ألاسكا الأصليين <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		أمريكي من السكان الأصليين / منتسب إلى سكان ألاسكا الأصليين	
رقم الهاتف		رقم الهاتف الخليوي	
تاريخ الميلاد	رقم هوية الشخص (كما هو موضح في ForwardHealth)	مجموعة هدف الشخص PD <input type="checkbox"/> DD <input type="checkbox"/> أو ID <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/>	
اسم جهة الاتصال	رقم الهاتف	رقم الهاتف الخليوي	

الوصي الزوج ولي الأمر POA (وكيل قانوني) أخرى: _____

عنوان الشارع		المدينة	الرمز البريدي
اسم MCO			

ب. طلب إلغاء التسجيل

يطلب الشخص إيقاف المشاركة في برنامج Partnership (الشراكة) (اختر البرنامج)؛

My Choice Wisconsin Health Plan, Inc.

Community Care Health Plan, Inc.

Independent Care Health Plan

يطلب الشخص وقف المشاركة اعتبارًا من التاريخ التالي: _____

(قد لا يكون التاريخ الفعلي لإلغاء التسجيل)

تاريخ سريان إلغاء التسجيل: _____

ج. طلب النقل

يختار الشخص الانتقال إلى برنامج long-term care (رعاية طويلة الأجل) جديد أو التغيير إلى PO جديدة، أشر إلى البرنامج المحدد أدناه:

Family Care IRIS PACE PO مختلفة

MCO أو PO أو ICA المطلوبة: _____

تاريخ سريان إلغاء التسجيل: _____

تاريخ سريان التسجيل الجديد في برنامج Family Care (الرعاية الأسرية) أو Partnership (الشراكة) أو PACE،

أو تاريخ الإحالة إلى IRIS (يُحدد تاريخ البدء بمعرفة ICA): _____

يجب استكمال نموذج التسجيل الجديد أو نموذج الإحالة

إذا كان طلب النقل هذا نتيجة نقل السكن، يرجى إكمال المعلومات أدناه للعنوان الجديد:

عنوان الشارع	المدينة	الرمز البريدي
مقاطعة السكن	رقم الهاتف	تاريخ سريان نقل السكن

تاريخ اختيار خطة Medicare

- غير متوفر: الشخص غير مؤهل لـ Medicare.
- SEP: الشخص مؤهل لـ Special Election Period (فترة اختيار خاصة).
- تاريخ سريان تغيير اختيار خطة Medicare: _____
- لا يوجد SEP: الشخص غير مؤهل لـ Special Election Period (فترة اختيار خاصة).
- تاريخ سريان تغيير اختيار خطة Medicare: _____

د. أسباب إلغاء التسجيل أو طلب النقل

حدد السبب الرئيسي لاختيار العضو أو المشارك الإلغاء أو النقل إلى برنامج long-term care (رعاية طويلة الأجل) مختلف، أو PO أو MCO أو ICA مختلفة:

- 7E غير راض عن حصة التكلفة
- 7A صعوبة العثور على مزودي الخدمة أو الاحتفاظ بهم
- 7B احتجت دعم إضافي في تنسيق الخدمات و/أو الدعم
- 7B غير قادر على تأمين الخدمات المطلوبة أو الساعات أو الخدمات
- 7M اختيار دار رعاية أو خدمات مأوى الفقراء
- 7D الانتقال إلى خدمة Medicaid ذات الرسوم
- 70 انتقلت إلى منطقة خدمة أخرى
- انتقلت إلى خارج الولاية
- 7A غير قادر على استخدام المزود المختار
- 7B الخدمة لا تفي بتوقعاتي
- 7L مشاكل في خدمة العملاء مع مؤسسة الشراكة
- 72 أختار عدم ذكر السبب
- لم تعد الخدمات مطلوبة

هـ. التظلم أو الاستئناف

هل سبق للعضو تقديم تظلم أو استئناف مع لجنة مراجعة PO أو أي طرف آخر ذي صلة برغبته في إلغاء التسجيل؟ نعم لا

و. إتاحة المعلومات

- أفهم أن تشريع ولاية ويسكونسن رقم §46.284(7) يسمح للوكالة المحددة أعلاه الحصول على معلومات Long-Term Care Functional Screen (الفحص الوظيفي للرعاية طويلة الأجل) (LTCFS) دون موافقتي عن علم.
- أوافق على منح الوكالة المحددة أعلاه حق الوصول إلى المعلومات التالية لمساعدتي في التسجيل في برنامجي الجديد أو وكالتي الجديدة:
- Individual Support and Service Plan (خطة الدعم والخدمة الفردية) (ISSP) الحالية الخاصة أو
 - Member Centered Plan (الخطة المرتكزة على العضو) (MCP)
 - Behavior Support Plan/Restrictive Measure (خطة دعم السلوك الخاصة بي و / أو التدبير التقييدي)، إن وجدت
 - المستندات التي تثبت سلطة ولي الأمر أو الوصي أو حامل الوكالة السارية، إذا انطبقت
 - أوامر المحكمة، إذا انطبقت
 - خطة الأزمات، إذا انطبقت
 - أخرى - يُرجى التحديد: _____

تاريخ التوقيع	توقيع – العضو
تاريخ التوقيع	توقيع – ولي الأمر، أو الوصي أو حامل الوكالة السارية
تاريخ التوقيع	التوقيع – الشاهد (إذا انطبق)
تاريخ التوقيع	التوقيع – الشاهد (إذا انطبق)

ز. بيان النية*يجب عليك توقيع بيان نية لإلغاء التسجيل أو النقل

أنا، الموقع أدناه، إما طلبت إلغاء المشاركة في برنامج رعاية طويل الأجل، وأطلب أن يتم إلغاء التسجيل أو طلبت التحويل إلى برنامج رعاية طويل الأجل آخر، أو منظمة إدارة رعاية صحية (MCO). أفهم أنني إذا طلبت التسجيل في IRIS، فإن إلغاء التسجيل في برنامجي الحالي لن يحدث حتى تتم الموافقة على خطة خدمة IRIS الخاصة بي.

ملاحظة هامة: إذا طلبت إلغاء التسجيل، فيجب عليك الاستمرار في الحصول على جميع الرعاية الطبية من خطتك حتى تاريخ سريان الإلغاء من خطة Medicare. ستستمر فوائد Medicare بموجب خطة Partnership الحالية الخاصة بك لمدة تصل إلى ثلاثة أشهر عقب طلب إلغاء التسجيل أو النقل. يعتمد تاريخ بدء التغطية الجديدة على الأهلية Special Election Period (فترة الاختيار الخاصة) (SEP). عندما تقوم بإلغاء اشتراكك في Partnership، يجوز لك اختيار التسجيل في خطة Medicare Advantage جديدة أو خطة Medicare الجزء د قائمة بذاتها. إذا لم تتخذ قرارًا بالتسجيل في خطة Medicare أخرى قبل انتهاء تغطية Partnership، فسيتم تسجيلك تلقائيًا في خطة Medicare الأصلية وقد يخاطر بالمغادرة دون تغطية لأدوية الوصفة الطبية. اتصل بخطة Medicare الحالية الخاصة بك للحصول على مزيد من المعلومات عن الأهلية لفترة الاختيار الخاصة (SEP). للمساعدة في خيارات Medicare، يمكن للشخص تحديد موعد مع متخصص المساعدات في ADRC أو متخصص المساعدات القبلي أو الاتصال بخط مساعدة Wisconsin Medigap على الرقم 1-800-242-1060.

تاريخ التوقيع	توقيع – العضو
تاريخ التوقيع	توقيع – ولي الأمر، أو الوصي أو حامل الوكالة السارية
تاريخ التوقيع	التوقيع – الشاهد (إذا انطبق)
تاريخ التوقيع	التوقيع – الشاهد (إذا انطبق)

ح. يجب استكمال المعلومات بمعرفة

المقاطعة	ADRC أو القبيلة	
الرمز البريدي	المدينة	عنوان بريد ADRC/القبيلة
رقم الهاتف	الاسم – ADRC أو عامل ADRS القبلي	

البريد الإلكتروني

ينبغي على موظفي ADRC أو ADRS القبلي إرسال كل صفحات النموذج المستكمل حتى في حال عدم توفر استشارات إلغاء التسجيل.

يجب على ADRC أو ADRS القبلي الاحتفاظ بنموذج إلغاء التسجيل الأصلي الموقع من العضو، أو نسخة إلكترونية ممسوحة ضوئياً من النموذج الموقع في ملف وذلك لمدة عشر سنوات من تاريخ طلب أي سجلات.

توزيع النموذج المستكمل:

الشخص أو ولي الأمر القانوني أو الوصي، أو حامل الوكالة السارية

PO أو MCO أو ICA الحالية والمطلوبة

IM (انظر التعليمات)

القبلي، إن أمكن