**[MCO Letterhead]**

**[Template for Notice of Change in Level of Care]**

<<Date mailed>>

<<Member’s name>>

<<Street address>>

<<City>> <<State>> <<Zip Code>>

الموضوع: تغيير مستوى الرعاية الخاص بك

السيد/السيدة <<Member’s name>>:

يخطرك هذا الخطاب بحدوث تغيير في مستوى رعايتك. يتم تقييم مستوى رعايتك طبقا لمدى المساعدة التي تحتاجها للقيام ببعض الأنشطة الحياتية اليومية. يستخدم <<MCO Name>> أداة يطلق عليها Long Term Care Functional Screen لتقييم مستوى رعايتك مرة واحدة كل عام أو كلما تغيرت حالتك الصحية.

**تم تغيير مستوى الرعاية الخاص بك من المستوى الذي يستوجب المكوث في دار للرعاية الصحية إلى المستوى الذي لا يتضمن المكوث في تلك الدور.**

لقد تحققنا من مستوى الرعاية الخاص بك في <<Insert determination date>>، وقررنا أن حالتك الصحية لم تعد تستوفي مستوى الرعاية الذي يتضمن المكوث في دار للرعاية الصحية، إلا أنك ما زلت مؤهل لتلقي مستوى رعاية Family Care Program والذي لا يتضمن المكوث في دار للرعاية الصحية.

هذ التغيير ساري المفعول بتاريخ <<effective date>>، ستتمكن من الوصول لمستوى الرعاية الخاص بـ Family Care Program’s والذي لا يتضمن المكوث بدور الرعاية الصحية. يُرجى الرجوع إلى الصفحة رقم <<insert page number>> في دليل الأعضاء الخاص بك للاطلاع على قائمة الخدمات المتوفرة للأعضاء المدرجين في مستوى الرعاية الذي لا يتضمن المكوث في دور الرعاية الصحية.

**مراجعة أهليتك لبرنامج Medicaid**

سيؤدي التغيير في مستوى رعايتك إلى مراجعة تلقائية لأهليتك لبرنامج Medicaid طبقا لـ (MA, Title 19). قد تؤدي هذه المراجعة إلى تغيير في أهليتك. إذا كان لديك بعض التساؤلات بخصوص Medicaid، فيرجى الاتصال بوكالة حفظ الدخل التابع لها على رقم <<Insert Telephone Number>>.

**ماذا تفعل إذا كنت تعترض على هذا التغيير**

إذا كنت تعتقد أن نتائج Long Term Care Functional Screen خاطئة، فيمكنك طلب فحص وظيفي جديد. لطلب فحص جديد، يرجى الاتصال بـ<<Screen Lead Name>>، مسئول الـ Long Term Care Functional Screen الخاص بـ <<MCO Name>> على الهاتف رقم <<Insert Telephone Number>>.

إذا حددت نتائج الفحص الجديد أن مستوى الرعاية الخاص بك لا يستوجب المكوث في دار للرعاية الصحية، أو إذا لم تطلب القيام بفحص جديد، فلديك الحق في طلب استئناف. يمكنك الاطلاع على التعليمات المتعلقة بكيفية الطعن على هذا القرار بداية من الصفحة الثالثة.

سنقوم بإخطارك إذا طرأ أي تغيير في الخدمات التي تتلقاها نتيجة لتغيير مستوى رعايتك. وستتاح لك الفرصة لتقديم استئناف ضد أي من هذه التغييرات.

إذا طرأ أي تغيير على صحتك أو حالتك الصحية في المستقبل، فيًرجى الاتصال على <<Enter name and phone number of contact>> لطلب فحص جديد. وسيقوم <<Enter name/title>> بالتحدث معك عن أي آثار مترتبة على هذا التغيير.

**هل لديك أسئلة تتعلق بهذا الخطاب؟**

إذا كانت لديك أسئلة تتعلق بهذا الخطاب، فيُرجى الاتصال بـ <<Enter name of contacts>> على الأرقام الواردة أدناه.

فريق الرعاية

<<Nurse Name>>

<<Nurse Title>>

<<Nurse Phone Number>>

<<SW Name>>

<<SW Title>>

<<SW Phone Number>>

**حقوق الاستئناف**

1. **كيفية الطعن على هذا القرار**

في حالة اعتراضك على هذا القرار، فيمكنك مراسلتنا، الاتصال بنا، إرسال فاكس أو رسالة إلكترونية لنا:

<<MCO Name>>

MCO address

appropriate contact phone number

appropriate fax number

appropriate email address

يمكنك الحصول على نموذج طلب الاستئناف على الإنترنت من خلال [www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm)، أو عن طريق الاتصال بإحدى وكالات ombudsman المستقلة المدرجة في نهاية هذا الإشعار.

**قم بإرفاق نسخة من هذا الإخطار مع نموذج الطلب المكتمل أو الخطاب.**

1. **لجنة التظلمات والاستئناف**

بعد أن يتلقى <<MCO Name>> طلبك، سنقوم بتنظيم اجتماع مع لجنة التظلمات والاستئناف الخاصة بنا. تتكون اللجنة من ممثلين تابعين لـ<<MCO Name>> وشخص واحد على الأقل ممن يتلقون خدمتنا (أو من ينوب عنه).

لديك الحق في الحضور شخصيًا إذا أردت. يمكنك إحضار محامي، أو صديق أو أحد أفراد الأسرة أو شاهد معك. كما يمكنك تقديم أدلة وشهادات لهذه اللجنة.

ستتلقى قرارًا كتابيًا بشأن استئنافك. إذا كنت لا توافق على قرار لجنة التظلمات والاستئناف، فيمكنك طلب جلسة تظلُّم رسمية. اطلع على القسم 6 لمزيد من المعلومات.

1. **استمرار الخدمات**

إذا كنت تحصل على مزايا التأمين الصحي وقمت بطلب استئناف قبل تغيير المزايا الخاصة بك، فيمكنك الاستمرار في الحصول على نفس المزايا حتى تتخذ لجنة التظلمات والاستئناف قرارًا بشأن الاستئناف الخاص بك.

إذا كنت ترغب في الاحتفاظ بمزايا تأمينك الصحي أثناء الاستئناف، **فيجب إرسال طلبك بالبريد، الفاكس أو البريد الإلكتروني في [insert effective date of intended action]** أو قبله.

إذا أقرت لجنة التظلمات والاستئناف بصحة قرار <<MCO Name>>، قد يتطلب ذلك سداد الرسوم الإضافية للرعاية الصحية التي تلقيتها بين الوقت الذي طلبت فيه الاستئناف ووقت اتخاذ لجنة التظلمات والاستئناف قرارها. ومع ذلك، إذا كان سداد تلك الرسوم قد يمثل عبئًأ ماليًا كبيرًا عليك، فلن يتوجب عليك إعادة دفع هذا المبلغ.

1. **الموعد النهائي لتقديم الاستئناف لدى <<MCO Name>>**

يجب عليك تقديم طلب الاستئناف في أقرب وقت ممكن.

يجب إرسال طلب استئنافك لـ<<MCO Name>> بالبريد، الفاكس أو البريد الإلكتروني في **insert date that is the mailing date + 60 calendar days** أو قبله. **هام**: إذا كنت ترغب في استمرار مزايا تأمينك الصحي أثناء الاستئناف، فيجب إرسال طلب الاستئناف بالبريد، الفاكس أو البريد الإلكتروني **في** **insert effective date of intended action** أو قبله**.**

1. **تعجيل النظر في طلب استئنافك لدى <<MCO Name>>**

يمكنك أن تطلب من <<MCO Name>> تعجيل النظر في طلب استئنافك. إذا وجد <<MCO Name>>أن مرور الوقت القياسي لطلبات الاستئناف قد يضر بصحتك أو قدرتك على القيام بأنشطتك اليومية بشكل خطر، فسنمنحك استئنافًا أسرع يسمى "الاستئناف العاجل". هذا يعني أنك ستتلقى قرارًا بشأن قضيتك في غضون 72 ساعة من طلبك. إذا كنت ترغب بمعرفة المزيد عن الاستئناف العاجل، فيرجى الاتصال بـ<<MCO Name>> على هاتف MCO phone number.

1. **جلسة التظلُّم الرسمية**

لديك الحق في طلب جلسة تظلًّم رسمية إذا كنت لا توافق على قرار لجنة التظلمات والاستئناف بشأن الاستئناف الخاص بك.

إذا طلبت جلسـة تَظَـلُّم رسـميّة، فستُعقد جلسة استماع لك مع (Administrative Law Judge (ALJ مستقل. يمكنك إحضار محامي، أو صديق أو أحد أفراد الأسرة أو شاهد لمساعدتك. كما يمكنك تقديم أدلة وشهادات في جلسة الاستماع.

يمكن لأخصائي حقوق أعضاء <<MCO Name>> مساعدتك في تقديم طلب جلسـة التظَـلُّم الرسـميّة. للتواصل مع أخصائي حقوق الأعضاء، يرجى الاتصال على هاتف Member Rights Specialist phone number. كما يمكنك الحصول على نموذج جلسـة التَظَـلُّم الرسـميّة من إحدى وكالات ombudsman المستقلة المدرجة في نهاية هذا الإشعار أو عبر الإنترنت من خلال [www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm).

أرسل نموذج الطلب الكامل أو الخطاب المطالب بجلسة الاستماع ونسخة من هذا الإخطار إلى:

Family Care Request for Fair Hearing

Wisconsin Division of Hearings and Appeals

PO Box 7875

Madison, WI 53707-7875

فاكس: 608-264-9885

**ملاحظة هامة:** لا يمكنك طلب جلسـة تَظَـلُّم رسـميّة إلا بعد تلقيك قرار لجنة التظلمات والاستئناف بشأن طلب استئنافك أو فشل <<MCO Name>>في إرسال قرار كتابي لك في غضون 30 يوم من استلام طلب استئنافك.

لديك 90 يومًا من تاريخ تلقيك للقرار الكتابي الخاص بلجنة التظلم والاستئناف بشأن طلب الاستئناف الخاص بك من أجل طلب جلسة تظلُّم رسمية. إذا لم يرسل لك <<MCO Name>>قرارًا كتابيًا في غضون 30 يوم من استلام طلب استئنافك، فإن الـ 90 يوم تبدأ في اليوم التالي لانتهاء فترة الـ 30 يوم.

1. **من يمكنه مساعدتك في فهم هذا الإخطار والحقوق التي تتمتع بها؟**

يمكن لأخصائي حقوق أعضاء <<MCO Name>>إبلاغك بحقوقك، محاولة حل مخاوفك بشكل غير رسمي، ومساعدتك في تقديم الاستئناف. **لا يمكن** لأخصائي حقوق الأعضاء تمثيلك في اجتماع مع لجنة التظلمات والاستئناف الخاصة بنا أو في جلسة التظلُّم الرسمية. للتواصل مع أخصائي حقوق الأعضاء، يرجى الاتصال على MCO phone number.

يمكن لأي شخص يتلقى خدمات Family Care الحصول على مساعدة مجانية من **ombudsman** **مستقل**. تدافع الوكالات التالية عن أعضاء Family Care:

**الأعضاء الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و59 سنة:**

Disability Rights Wisconsin

الرقم المجاني: 800-928-8778

711 :TTY

**الأعضاء البالغين من العمر 60 سنة فما فوق:**

Wisconsin Board on Aging and Long-Term Care

الرقم المجاني: 800-815-0015

711 :TTY

1. **نسخة من ملف قضيتك**

يحق لك الحصول على نسخة مجانية من المعلومات الموجودة في ملف قضيتك المتعلقة بهذا القرار. المعلومات تعني جميع الوثائق، السجلات الطبية، والمواد الأخرى المتعلقة بهذا القرار. إذا قررت الطعن على هذا القرار، فلديك الحق في الحصول على أي معلومات جديدة أو إضافية تم جمعها عن طريق <<MCO Name>>خلال استئنافك. لطلب نسخة من ملف قضيتك، يرجى الاتصال بـ appropriate contact على هاتف phone number.