**[MCO Letterhead]**

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

<<Date mailed>>

<<Member’s name>>

<<Street address>>

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

标题：您的护理级别已变更

亲爱的<<Member’s name>>:

本信件旨在通知您，您的护理级别已发生变化。您的护理级别是对于您需要多少协助才能进行某些日常生活活动进行评估的结果。<<MCO Name>> 使用一种称为 Long Term Care Functional Screen 的工具检查您的护理级别，每年检查一次或随您的情况变化进行检查。

**您的护理级别已从家庭护理变更为非家庭护理**

我们在 <<Insert determination date>>检查了您的护理级别，判定您已经不再符合家庭护理级别，但是仍然有资格享受 Family Care Program 的非家庭护理级别的服务。

自 <<effective date>>起，您将有权享受 Family Care Program’s的非家庭护理级别服务。请参见 <<insert page number>> ，在您的会员手册中列出了非家庭护理级别的会员可享受的服务。

**Medicaid 资格审查**

当您的护理级别变更时，我们将自动审查您的 Medicaid (MA, Title 19) 资格。这次审查可能会变更您的资格。如果您对 Medicaid有任何疑问, 请联系您的收入维持代理：<<Insert Telephone Number>>。

**如果您不同意应当如何做**

如果您认为 Long Term Care Functional Screen 结果是错误的，您可以请求重新进行功能筛选。如需请求重新筛选，请联系 <<Screen Lead Name>>,<<MCO Name>> 的 Long Term Care Functional Screen 领导：<<Insert Telephone Number>>。

如果新的功能筛查结果也确认您为非家庭护理级别，或者如果您不请求重新进行功能筛查，您有权进行上诉。关于如何针对此决定进行上诉的说明始于第三页。

如果您所接受的服务因您护理级别的变更而发生任何变化，我们将向您发出通知。您可以对这些任何变更提出上诉。

如果您的健康状况在未来发生变化，请联系 <<Enter name and phone number of contact>> 要求进行新的筛选。 <<Enter name/title>> 将与您说明这些变化的所有影响。

**对这封信件有疑问？**

如果您对这封信件有疑问，请按照下述列表中的号码联系 <<Enter name of contacts>>：

护理团队

<<Nurse Name>>

<<Nurse Title>>

<<Nurse Phone Number>>

<<SW Name>>

<<SW Title>>

<<SW Phone Number>>

**上诉权**

1. **如何对此决定提起上诉**

如果您对此决定有异议，可写信、致电、发送传真或发送电子邮件：

<<MCO Name>>

MCO address

appropriate contact phone number

appropriate fax number

appropriate email address

您可以访问以下网站，获取上诉申请表：[www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm)，或者您也可以致电本通知文末所列的其中一家独立 ombudsman 机构。

**请在填妥的申请表或申请函中纳入本通知副本。**

1. **申诉和上诉委员会**

我们将在 <<MCO Name>> 收到您的申请后，与申诉和上诉委员会召开会议。委员会由多名<<MCO Name>>代表以及至少一名同样接受我方服务的人士（或该名人士的代表）组成。

您有权亲自出席（可自行选择）。您可以随带一名辩护人、朋友、家人或证人。您还可以向委员会出示证据并提供证词。

您将收到一份对您的上诉的书面决定。如果您对申诉和上诉委员会的决定有异议，可申请举行州级公平听证会。如需了解更多信息，参见第 6 节。

1. **继续享受服务**

如果您正在享受福利，且在福利变更前提出上诉申请，则可以继续享受相同福利，直至申诉和上诉委员会就您的上诉作出决定。

如果您希望在上诉期间继续享受福利，**则在 [insert effective date of intended action]** **或之前**，**必须将您的申请盖上邮戳，并以传真或电子邮件形式发出。**

如果申诉和上诉委员会裁定 <<MCO Name>> 的决定正确，则您可能需要偿还您在提出上诉申请至申诉和上诉委员会作出决定期间获得的额外福利。但如果这样做会给您带来较重的财务负担，则可能不会要求您偿还该笔费用。

1. **向 <<MCO Name>>**

您应该尽快提起上诉。

您必须**在** **insert date that is the mailing date + 60 calendar days** **或之前**将您针对 <<MCO Name>> 的上诉申请盖上邮戳，并以传真或电子邮件形式发出。**重要提示**：如果您希望在上诉期间继续享受福利，则**在** **insert effective date of intended action或之前，**必须将您的上诉盖上邮戳，并以传真或电子邮件形式发出。

1. **加快处理您向 <<MCO Name>>**

您可以要求 <<MCO Name>> 加快处理您的上诉。如果 <<MCO Name>> 认为采用标准时长可能会严重损害您的健康或开展日常活动的能力，我们将同意对您应用更快速的上诉程序，即“快速上诉”。这意味着您将在申请后 72 小时内，收到对您的案件的决定。如果您想了解有关快速上诉的更多内容，请拨打 MCO phone number，联系<<MCO Name>>。

1. **州级公平听证会**

如果您对申诉和上诉委员会就您的上诉作出的决定有异议，您有权要求举行州级公平听证会。

如果您要求举行州级公平听证会，将有一名独立的Administrative Law Judge (ALJ) 参加您的听证会。您可以随带一名辩护人、朋友、家人或证人。您还可以在听证会上出示证据并提供证词。

<<MCO Name>> 的会员权益专家可协助您提交公平听证申请。如需联系会员权利专家，请拨打 Member Rights Specialist phone number。您也可以从本通知文末所列的其中一家独立 ombudsman 机构或通过以下网站获取听证会表格：[www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm)。

请将填妥的申请表或听证会申请函及本通知的副本寄至：

Family Care Request for Fair Hearing

Wisconsin Division of Hearings and Appeals

PO Box 7875

Madison, WI 53707-7875

传真： 608-264-9885

**重要提示：**除非您收到申诉和上诉委员会就您的上诉作出的决定，或者 <<MCO Name>> 未在收到您的上诉申请后 30 个历日内向您发送书面决定，否则您无法申请举行州级公平听证会。

在收到申诉和上诉委员会就您的上诉作出的书面决定之日起计 90 个历日内，您可申请举行州级公平听证会。如果 <<MCO Name>> 未在收到您的上诉申请后 30 个历日内向您发送书面决定，则上述 90 天期间将在此 30 个历日结束之日起计算。

1. **谁能帮您了解本通知和您的权利？**

<<MCO Name>> 的会员权利专家可向您说明您的权利，尝试以非正式的方式为您解决问题，并协助您提出上诉。会员权利专家**不能**代表您参加我们的申诉和上诉委员会会议或州级公平听证会。如需联系会员权力专员，请拨打 MCO phone number。

任何接受 Family Care 服务的人均可获得**独立ombudsman**的免费帮助。以下机构可为 Family Care 会员代辩：

**18 至 59 岁的会员：**

Disability Rights Wisconsin

免费电话： 800-928-8778

电传打字机： 711

**60 岁及以上的会员：**

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care

免费电话： 800-815-0015

电传打字机： 711

1. **您的案件文件的副本**

您有权免费索取一份您的案件文件中与此项决定相关的信息副本。信息是指与此决定相关的所有文件、医疗记录和其他资料。如果您决定对此决定提出上诉，您有权在上诉期间获取由 <<MCO Name>> 收集的新的或附加信息。如需获取您的案件文件副本，请拨打 phone number，联系 appropriate contact。