|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-02484R (02/2024) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **PACE**  **Инструкции члена программы по запросу об отчислении или переводе**  **(PACE member requested disenrollment or Transfer InSTRUCTIONS)** | |
| **Раздел A—Личная информация**  Этот раздел заполняется Aging and disability resource center (Центр ресурсов для пожилых и инвалидов) (ADRC) или Tribal aging and disability resource specialist (Специалист по вопросам старения и инвалидности Вашего 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 TADRS 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 в форме. Сотрудники ADRC или ADRS племени заполнят фактическую дату отчисления FHiC. 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.  Льготы по программе Medicare в соответствии с текущим планом PACE данного лица будут действовать в течение периода до трех месяцев после запроса на прекращение участия или перевод. Дата начала нового покрытия зависит от права участия в Special Election Period (Специальном периоде выбора) (SEP). Лица, отчисляющиеся из PACE, могут выбрать регистрацию в новом плане Medicare Advantage (план Medicare с преимущественным покрытием) или отдельном плане Medicare Часть D. Если лицо не предпринимает никаких действий для регистрации в другом плане Medicare до окончания действия покрытия PACE, оно будет зарегистрировано в Original Medicarе (оригинальный Medicare) автоматически, и рискует остаться без страхового покрытия для рецептурных лекарственных средств. Лицо должно связаться с представителем своего текущего плана Medicare, чтобы получить больше информации о праве на SEP. Чтобы получить помощь с вариантами Medicare, назначьте встречу со специалистом по пособиям в ADRC или позвоните на горячую линию Wisconsin Medigap по телефону 1-800-242-1060.  **Раздел C—Запрос о переводе**  Эта часть формы заполняется ADRC или ADRS племени. Лицо указывает программу, MCO или ICA, на которую оно хочет перевестись. Если запрос связан с недавним переездом, необходимо указать новый адрес, номер телефона и фактическую дату переезда. Новая регистрация или направление требуется, когда клиент решает перейти на новую программу, MCO или ICA. Если регистрация в новой программе или агентстве - результат переезда, дата регистрации сначала останется пустой и будет заполнена. когда дата регистрации определяется агентствами программы долгосрочного ухода.  Если лицо решает зарегистрироваться в программе Family Care или Partnership, то ADRC или ADRS племени введет в форму новую дату регистрации, выбранную лицом. Сотрудники ADRC или ADRS племени также заполнят новую дату зачисления 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 PACE в IRIS, дату отчисления не следует вводить в форму или в FHiC до тех пор, пока начальная дата не будет получена от ICA.  Предоставленная информация будет определять, какое учреждение должно быть проинформировано о переводе, и будет ли необходимо заполнять регистрационную форму программы Family Care, регистрационную форму программы Partnership или форму авторизации IRIS.  Льготы по программе Medicare в соответствии с текущим планом PACE данного лица будут действовать в течение периода до трех месяцев после запроса на прекращение участия или перевод. Лица, отчисляющиеся из PACE, могут выбрать регистрацию в новом плане Medicare Advantage (с преимущественным покрытием) или отдельном плане Medicare Часть D. Если лицо не предпринимает никаких действий для регистрации в другом плане Medicare до окончания действия покрытия PACE, оно будет зарегистрировано в Original Medicarе (оригинальный Medicare) автоматически, и рискует остаться без страхового покрытия для рецептурных лекарственных средств. Чтобы получить помощь с вариантами Medicare, назначьте встречу со специалистом по пособиям в ADRC или позвоните на горячую линию Wisconsin Medigap по телефону 1-800-242-1060.  **Раздел D—Причина для отчисления или перевода**  В данном разделе лицо может добровольно назвать ADRC или ADRS племени основную причину, по которой оно хочет покинуть свою текущую программу.  **Раздел E—Жалоба или апелляция**  Важной частью консультирования по вопросам отчисления является разъяснение лицу его прав как члена или участника программы и предоставление 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. В ADRC или ADRS племени могут 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.  **Раздел F—Разрешение на раскрытие информации**  Заполните данную форму при запросе лица о переводе 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 лица, действующее в текущем агентстве или программе, 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 PACE 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. Человек, который подписывается от вашего имени, должен указать, что он подписывается по указанию заявителя.  **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.  **Распространение формы и маршрутная информация**  Когда все страницы данной формы подписаны, сотрудники ADRC или ADRS племени должны направить форму следующим сторонам:   * Член * Текущая организация PACE и запрошенная MCO или ICA * 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 открыт в CARES.   + Отчисляется из PACE и получает MA медицинское обслуживание в соответствии с программой MAPP или правом на MA в рамках Community Waiver MA (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**.** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PACE**  **CIP**  **ОТЧИСЛЕНИЕ ИЛИ ПЕРЕВОД ПО ЗАПРОСУ ЧЛЕНА** | | | | | | | | | | | | | | |
| Подлежит заполнению aging and disability resource center (Центр ресурсов для пожилых и инвалидов) (ADRC) или ADRS племени для использования местным income maintenance (агентство по поддержанию доходов) (IM) и организацией PACE. | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 | | | | | | Мобильный номер | | | | | | | | | |
| Дата рождения | | Индивидуальный идентификационный номер члена (как указано в ForwardHealth) | | | | | | | Индивидуальная целевая группа  FE  ID или DD  PD | | | | | | |
| Имя контактного лица | | | | | | Номер телефона | | | | | | Мобильный номер | | | |
| Опекун  Супруг(-а)  Доверительный управляющий  POA (Поверенный)  Другое: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Улица и номер дома | | | | | | Город | | | | | | | | Почтовый индекс | |
| Название организации PACE | | | | | | | | | | | | | | | |
| **B. ЗАПРОС ОБ ОТЧИСЛЕНИИ** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Лицо запросило остановить участие в программе PACE (отметить программу):  Community Care Health Plan, Inc. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Лицо запросило остановить участие в программе со следующей даты:  (указанная дата может не быть фактической датой отчисления) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Фактическая дата отчисления: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **C. ЗАПРОС О ПЕРЕВОДЕ** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Лицо выбирает перевод в новую программу долгосрочного ухода, укажите выбранную программу ниже:  Family Care  IRIS  Partnership  Запрашиваемая MCO, PO или ICA: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Фактическая дата отчисления: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Фактическая дата новой регистрации в программах Family Care или Partnership:  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 ДЛЯ ОТЧИСЛЕНИЯ ИЛИ ПЕРЕВОДА** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Выберите основную причину, по которой член выбирает отчисление или перевод на другую программу по долгосрочному уходу, MCO или ICA: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7E Недоволен распределением затрат или страховой премией PACE | | | | | | | 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 службы клиентов с MCO | | | | | | | 72 Решил не указывать причину | | | | | | | | | |
| Услуги больше не нужны | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **E. ЖАЛОБА ИЛИ АПЕЛЛЯЦИЯ** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Подал ли член жалобу или апелляцию в ревизионную комиссию организации PACE или другой стороне, имеющей отношение к его отчислению?  Да  Нет | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **F. Разрешение на разглашение 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) / Member Centered Plan (Членский план - MCP) - если доступно и применимо * 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 | | | | | | | | | | | | 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 по долгосрочному уходу. 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.  Льготы по программе Medicare в соответствии с текущим планом PACE данного лица будут действовать в течение периода до трех месяцев после запроса на прекращение участия или перевод. Дата начала нового покрытия зависит от права участия в Special Election Period (Специальном периоде выбора) (SEP). Лица, отчисляющиеся из PACE, могут выбрать регистрацию в новом плане Medicare Advantage или отдельном плане Medicare Часть D. Если Вы не предпринимаете никаких действий для регистрации в другом плане Medicare до окончания действия покрытия Partnership, вы будете зарегистрированы в оригинальном Medicarе автоматически, и рискуете остаться без страхового покрытия для рецептурных лекарственных средств. Свяжитесь с вашим текущим планом Medicare для получения дополнительной информации о праве на SEP. Чтобы получить помощь с вариантами Medicare, назначьте встречу со специалистом по пособиям в ADRC или позвоните на горячую линию Wisconsin Medigap по телефону 1-800-242-1060.  **Важное примечание:** Если Вы запрашиваете отчисление из программы, Вы должны продолжать получать все медицинские услуги из своего плана до даты вступления в силу прекращения участия в плане Medicare. Обратитесь в местное отделение ADRC или ADRS племени, чтобы подтвердить свое отчисление, прежде чем обращаться за медицинскими услугами вне сети вашего плана. Ваш план Medicare уведомит Вас о дате вашего фактического отчисления после получения копии данной формы. | | | | | | | | | | | | | |
| **ПОДПИСЬ** – Член | | | | | | | | | | | | 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** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADRC или племя | | | | | | | | | | | Округ | | | | | |
| Почтовый адрес ADRC/ племени | | | | | Город | | | | | | Почтовый индекс | | | | | |
| Имя - Сотрудник ADRC или ADRS племени: | | | | | | | | | | | Номер телефона | | | | | |
| Адрес электронной почты | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ADRC или ADRS племени должны отправить все страницы заполненной формы, даже если консультации по прекращению участия не предоставляются.**  ADRC или ADRS племени должны сохранять оригинал формы об отчислении с подписью члена 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 запрошенная MCO, PO или ICA  IM (смотрите инструкции)  Племя, если применимо | | | | | | | | | | | | | | | | |