|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Public HealthF-02484SE (02/2024) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **PACE****UPUTSTVA za slučaj kad je član zatražio ispis ili prijelaz****(PACE member requested disenrollment or Transfer InSTRUCTIONS)** |
| **Odjeljak A—Lični podaci**Ovaj odjeljak popunjava aging and disability resource center (resursni centar za starenje i invalidnost - ADRC) ili tribal aging and disability resource specialist (resursni stručnjak za starenje i invalidnost plemena - ADRS) na osnovu podataka o osobi u sistemu ForwardHealth.ADRC ili ADRS plemena treba provjeriti kontakt podatke u ovom odjeljku i izvršiti sve potrebne ispravke. Kada income maintenance (služba za održavanje prihoda, IM) primi obrazac s izmjenama, ažuriraće podatke u sistemu CARES. Ako osoba prima Supplemental Security Income (dodatni sigurnosni prihod, SSI), ADRC ili ADRS plemena treba zatražiti od osobe da kontaktira Social Security Administration (uprava za socijalnu sigurnost, SSA) da ažurira podatke. **Odjeljak B— Zahtjev za ispis**Ovaj dio obrasca popunjava ADRC ili ADRS plemena. Osoba navodi program koji želi napustiti i željeni datum ispisa. Bitno je da tokom savjetovanja o ispisu ADRC ili ADRS plemena osobi da sve potrebne podatke, kao što je uticaj na pravo na Medicaid i o načinu na koji datum utiče na raspodjelu troškova, kako bi osoba mogla donijeti informisanu odluku.ADRC-a ili ADRS plemena će unijeti datum stupanja na snagu ispisa u obrazac. Osoblje ADRC-a ili ADRS plemena će unijeti datum stupanja na snagu ispisa FHiC-a. Datum koji osoba želi za ispis iz programa možda neće uvijek biti stvarni datum isključenja, naročito kod zahtjeva za trenutno iščlanjenje. Ako se osoba želi iščlaniti iz programa za manje od tri radna dana od datuma potpisivanja obrasca, ADRC ili ADRS plemena će kontaktirati MCO u svrhu ubrzanja postupka. Osoba može nastaviti primati Medicare beneficije iz svog trenutnog PACE plana za period do tri mjeseca od dana zahtjeva za iščlanjenje ili prijelaza. Početni datum novog pokrića osiguranja zavisi od ispunjavanja uslova za Special Election Period (poseban period odabira osiguranja, SEP). Osobe koje se iščlanjuju iz programa PACE mogu odabrati upis u novi Medicare Advantage plan ili samostalni Medicare Part D plan. Ako osoba ne preduzme nikakvu radnju za upis u neki drugi Medicare plan prije nego što se osiguranje iz plana PACE završi, automatski će biti upisana u Original Medicare i može rizikovati da bude bez osiguranja za lijekove na recept. Osoba treba kontaktirati svoj trenutni Medicare plan kako bi dobila više informacija o podobnosti za SEP. Za pomoć o mogućnostima Medicare plana, osobe mogu zakazati sastanak sa stručnjakom za beneficije u okviru ADRC-a, specijalistom za beneficije plemena ili nazvati Wisconsin Medigap Helpline na 1-800-242-1060.**Odjeljak C—Zahtjev za prijelaz**Ovaj dio obrasca popunjava ADRC ili ADRS plemena. Osoba navodi program, MCO ili ICA u koji želi prijeći. Ako se zahtjev podnosi zbog preseljenja, osoba treba navesti svoju novu adresu, telefonski broj i datum preseljenja. Novi upis ili preporuka potrebna je kada se korisnik odluči prebaciti na novi program, MCO ili ICA. Ako se upisuje u novi program ili agenciju kao rezultat preseljenja, datum upisa će inicijalno ostati prazan i bit će popunjen kada datum upisa odrede agencije za program dugotrajne njege.Ako se osoba želi upisati u program Family Care ili Partnership, ADRC ili ADRS plemena će upisati novi datum upisa, datum upisa bira pojedinac. Osoblje ADRC-a ili ADRS plemena će unijeti datum novog upisa u FHiC. Osoba bira IRIS, a ADRC ili ADRS plemena će unijeti datum IRIS preporuke u obrazac. Datum početka IRIS-a određuje ICA i unijeće ga u WISITS. Ako osoba prelazi sa programa PACE na IRIS, datum ispisa ne treba upisati u obrazac ili u FHiC sve dok se ne dobije datum početka od ICA. Ta informacija će odrediti koje tijelo treba obavijestiti o prijelazu i treba li popuniti obrazac za upis u program Family Care, obrazac za upis u program Partnership ili obrazac za IRIS odobrenje.Osoba može nastaviti primati Medicare beneficije iz svog trenutnog plana PACE do posljednjeg dana u mjesecu u kojem je osoba tražila ispis ili prijelaz. Osobe koje se iščlanjuju iz programa PACE mogu odabrati upis u novi Medicare Advantage plan ili samostalni Medicare Part D plan. Ako osoba ne preduzme nikakvu radnju za upis u neki drugi Medicare plan prije nego što se osiguranje iz plana PACE završi, automatski će biti upisana u Original Medicare i može rizikovati da bude bez osiguranja za lijekove na recept. Za pomoć o mogućnostima Medicare plana, osobe mogu zakazati sastanak sa stručnjakom za beneficije u okviru ADRC-a, specijalistom za beneficije plemena ili nazvati Wisconsin Medigap Helpline na 1-800-242-1060.**Odjeljak D—Razlog zahtjeva za ispis ili prijelaz**U ovom odjeljku osoba može dobrovoljno navesti primarni razlog zbog kojeg želi napustiti sadašnji program ADRC-u ili ADRS-u plemena.**Odjeljak E—Prigovor ili žalba**Bitan dio savjetovanja o ispisu je pomaganje osobi da razumije i ostvari svoja prava koja joj pripadaju kao članu ili učesniku u programu. Zavisno od razloga zbog kojeg osoba želi napustiti program, osoba možda ima pravo uložiti žalbu. Sve osobe imaju pravo uložiti prigovor. ADRC-i ili ADRS-i plemena mogu pomoć svima koji žele uložiti žalbu ili prigovor. ADRC-i ili ADRS plemena bi trebao objasniti osobama koje su možda u postupku žalbe posljedice ispisa prije završetka postupka žalbe. Sve MCO imaju stručnjake za prava članova koji pomažu članovima kod ulaganja žalbi i prigovora. Više informacija o ulaganju žalbe ili prigovora, osobe mogu potražiti u MCO priručniku za članove.**Odjeljak F—Saglasnost za objavljivanje podataka** Popunite ovaj odeljak kad osoba traži prijelaz u novi program dugotrajne njege. U ovom se odjeljku (1) obavještava osoba da se njeni podaci iz Long-Term Care Functional Screen (funkcionalni pregled dugotrajne njege) mogu prenijeti novoj agenciji bez informisanog pristanka osobe na osnovu odredbe Statuta države Wisconsin. § 46.284(7); i (2) dokumentira suglasnost osobe da sadašnja agencija ili program dugotrajne njege može podijeliti navedene povjerljive podatke s novoodabranim programom ili agencijom. Potpisom osobe, zakonskog staratelja, skrbnika ili opunomoćenika dopušta se objavljivanje podataka navedenih u odjeljku F obrasca. **Odjeljak G—Potpis**Članovi organizacije PACE moraju potpisati ovaj dio obrasca da bi se ispisali iz dugotrajne njege ili prešli u drugi program dugotrajne njege, MCO ili ICA čak i ako ne popune nijedan drugi odjeljak. Ako je osoba primatelj usluga nesposobna, ona ne može potpisati obrazac za ispis; umjesto nje, obrazac mora potpisati njen zakonski staratelj, skrbnik ili opunomoćenik. Ako osoba potpiše oznakom, potrebna su dva potpisa svjedoka. Ako osoba fizički nije u mogućnosti da potpiše, osoba može uputiti odraslu osobu da potpiše obrazac pred dva svjedoka. Osoba koja potpisuje treba naznačiti da potpisuje po uputstvu podnosioca zahtjeva ili člana.**Odjeljak H—Podatke popunjava**Ovaj odjeljak popunjava ADRC ili ADRS plemena kako bi se utvrdilo ko je popunio obrazac te kako bi se osobi dali podaci o kontaktu ADRC-a ili ADRS-a plemena.**Informacije o dostavi i upućivanju obrasca**Nakon popunjavanja svih stranica obrasca, ADRC ili ADRS plemena mora uputiti obrazac sljedećim stranama:* Članu
* Trenutnoj organizaciji PACE ili traženoj ICA ili MCO
* Plemenu, ako je primjenjivo
* IM – Uputiti IM-u u sljedećim situacijama kad:
	+ Osoba prelazi na novi plan zbog nedavnog preseljenja, a nova adresa se ne prikazuje u FHiC-u ako je član otvoren u CARES-u.
	+ Se osoba iščlanjuje iz program PACE i dobiva MA preko programa za podobnost za Community Waiver MA (odricanje zajednice MA) ili MAPP.

ADRC ili ADRS plemena moraju čuvati obrazac zahtjeva člana ili učesnika za ispis sa originalnim potpisom ili elektronski skenirani primjerak potpisanog obrasca, deset godina za slučaj zahtjeva za uvid u evidenciju**.** |

|  |
| --- |
| **pace****CIP****zahtjev člana za ispis ILI PRIJELAZ** |
| Popunjavaju ga aging and disability resource center (resursni centar za starenje i invalidnost) (ADRC) ili ADRS Plemena za upotrebu od strane lokalnih income maintenance (služba za održavanje prihoda, IM) i PACE organizacije  |
| **A. LIČNI PODACI**  |
| Ime | Inicijal srednjeg imena | Prezime |
|       |       |       |
| Adresa      | Grad      | Poštanski broj      |
| Okrug prebivališta      | Okrug nadležnosti      |
| Američki Indijanac ili Aljaški domorodac [ ]  Da [ ]  Ne | Pripadnik američkih Indijanaca/Aljaških domorodaca      |
| Broj telefona      | Broj mobilnog telefona      |
| Datum rođenja      | ID broj člana (kako je navedeno u sistemu ForwardHealth)      | Ciljna grupa osobe[ ]  FE [ ]  ID ili DD [ ]  PD |
| Ime i prezime osobe za kontakt      | Broj telefona      | Broj mobilnog telefona      |
| [ ]  Staratelj [ ]  Supružnik [ ]  Skrbnik [ ]  POA (Opunomoćenik) [ ]  Drugo:        |
| Adresa      | Grad      | Poštanski broj      |
| Naziv PACE organizacije      |
| **B. ZAHTJEV ZA ISPIS** |
| Osoba zahtjeva prestanak učešća u PACE programu (provjerite program):[ ]  Community Care Health Plan, Inc. |
| Osoba zahtjeva prestanak učešća sljedećeg datuma:     (možda neće biti stvarni datum ispisa) |
| Datum stupanja ispisa na snagu:        |
| **C. ZAHTJEV ZA PRIJELAZ**  |
| Osoba je odabrala da pređe u novi program dugotrajne njege, program navesti u nastavku:[ ]  Family Care [ ]  IRIS [ ]  PartnershipTražena MCO, PO ili ICA:        |
| Datum stupanja ispisa na snagu:        |
| Datum stupanja na snagu novog upisa u program Family Care ili Partnership,ili datum IRIS preporuke (datum početka određuje ICA):       Mora se popuniti obrazac za novi upis ili preporuka  |
| Ako se prijelaz traži zbog preseljenja, unesite informacije o novoj adresi ispod: |
| Adresa      | Grad      | Poštanski broj      |
| Okrug prebivališta      | Broj telefona      | Datum stupanja preseljenja na snagu      |
| **D. RAZLOG ZA ZAHTJEV ZA ISPIS ILI PRIJELAZ**  |
| Odaberite osnovni razlog osobe za zahtijevanje ispisa ili prijelaza na drugi program dugotrajne njege, MCO ili ICA: |
| [ ]  7E Nisam zadovoljan/na udjelom troškova ili premijom za PACE plan | [ ]  7M Bira starački dom ili dom za nemoćne |
| [ ]  7A Ima problema da pronađe ili zadrži pružaoca usluga | [ ]  7D Želim preći na Medicaid program plaćanja naknade za uslugu |
| [ ]  7B Potrebna mi je dodatna podrška prilikom koordiniranja usluga/podrške | [ ]  70 Preselio/la se u drugu regiju |
| [ ]  7B Nije u mogućnosti obezbijediti sve potrebne usluge ili sate usluge | [ ]  Iselio/la iz države |
| [ ]  7A Nisam u mogućnosti koristiti pružaoca usluga po izboru | [ ]  7B Usluge nisu ispunile očekivanja |
| [ ]  7L Problemi korisničke službe sa MCO  | [ ]  72 Biram opciju da ne navodim razlog |
| [ ]  Usluge više nisu potrebne |
| **E. ŽALBA ILI PRIGOVOR** |
| Je li član uložio žalbu ili prigovor odboru za reviziju organizacije PACE ili drugoj stranci u vezi želje za iščlanjenjem? [ ]  Da [ ]  Ne |
| **F. Objavljivanje informacija****Razumijem da država Wisconsin Stat. §46.284(7) dozvoljava da prethodno odabrana agencija bez mog informisanog pristanka može dobiti moje informacije iz Long Term Care Functional Screen (funkcionalni pregled dugotrajne njege, LTCFS).** Dajem dozvolu da prethodno odabrana agencija ima pristup sljedećim informacijama radi pružanja pomoći prilikom upisa u moj novi program ili agenciju:* Moj trenutni Individual Support and Service Plan (Individualni plan pružanja podrške i usluga, ISSP) / Member Centered Plan (Plan usmjeren na članove, MCP)
* Moj Behavior Support Plan (Plan pružanja podrške u vezi problema s ponašanjem)/Restrictive Measure (restriktivne mjere), ako je primjenjivo
* Dokumenti koji potvrđuju ovlaštenje mog zakonskog staratelja, skrbnika ili opunomoćenika, ako je primjenjivo
* Sudski nalozi, ako je primjenjivo
* Krizni plan, ako je primjenjivo
* Drugo – Navedite:
 |
| **POTPIS** – Član | Datum potpisa |
|  |  |
| **POTPIS –** Zakonski staratelj, čuvar ili aktivirano punomoćje | Datum potpisa |
|  |  |
| **POTPIS** – Svjedok (ako je primjenjivo) | Datum potpisa |
|  |  |
| **POTPIS** – Svjedok (ako je primjenjivo) | Datum potpisa |
|  |  |
| **G. IZJAVA NAMJERE — \*Morate potpisati ovu izjavu namjere za iščlanjenje ili transfer.** |
| Ja, dolje potpisani/a, sam zatražio/la da više ne učestvujem u programu dugotrajne njege i zahtijevam da me ispišete ili sam zatražio/la prijelaz u drugi program dugotrajne njege. Shvatam da ako zahtijevam upis u IRIS program da se iz svog trenutnog programa ne mogu ispisati dok se ne odobri moj plan pružanja usluga iz IRIS programa.Osoba može nastaviti primati Medicare beneficije iz svog trenutnog plana PACE do posljednjeg dana u mjesecu u kojem je osoba tražila ispis ili prijelaz. Početni datum novog pokrića osiguranja zavisi od ispunjavanja uslova za Special Election Period (posebni period odabira osiguranja, SEP). Kada se ispišete iz programa PACE možete odabrati upis u novi Medicare Advantage plan ili samostalni Medicare Part D plan. Ako ne preduzmete nikakvu radnju za upis u neki drugi Medicare plan prije nego što se osiguranje iz plana Partnership završi, automatski ćete biti upisani u original Medicare i možete rizikovati da budete bez osiguranja za lijekove na recept. Za više informacija o ispunjavanju uslova za SEP, kontaktirajte svoj sadašnji Medicare plan. Za pomoć o mogućnostima Medicare plana, osobe mogu zakazati sastanak sa stručnjakom za beneficije u okviru ADRC-a, specijalistom za beneficije plemena ili nazvati Wisconsin Medigap Helpline na 1-800-242-1060.**Važna napomena:** Ako zatražite ispis, morate nastaviti primati svu medicinsku njegu iz svog plana do datuma stupanja na snagu ispisa iz Medicare plana. Prije nego zatražite medicinske usluge izvan mreže svog plana, kontaktirajte svoj lokalni ADRC ili ADRS plemena kako biste provjerili jeste li iščlanjeni. Vaš Medicare plan će vas obavijestiti o datumu stupanja iščlanjenja na snagu nakon prijema kopije ovog obrasca. |
| **POTPIS** – Član | Datum potpisa |
|  |  |
| **POTPIS –** Zakonski staratelj, čuvar ili aktivirano punomoćje | Datum potpisa |
|  |  |
| **POTPIS** – Svjedok (ako je primjenjivo) | Datum potpisa |
|  |  |
| **POTPIS** – Svjedok (ako je primjenjivo) | Datum potpisa |
|  |  |
| **H. PODATKE POPUNJAVA** |
| ADRC ili plemenski       | Okrug      |
| Poštanska adresa ADRC/plemena      | Grad      | Poštanski broj      |
| Ime - radnik ADRC-a ili radnik ADRS-a plemena       | Broj telefona      |
| Adresa e-pošte      |
| **ADRC-a ili ADRS plemena treba poslati sve stranice ispunjenog obrasca, čak i ako nije obavljeno savjetovanje o ispisu.**ADRC ili ADRS plemena moraju čuvati u evidenciji obrazac zahtjeva člana za ispis sa originalnim potpisom ili elektronski skenirani primjerak potpisanog obrasca, deset godina za slučaj zahtjeva za uvid u evidenciju.Slanje ispunjenog obrasca:[ ]  Pojedincu, staratelju, skrbniku ili aktiviranom opunomoćeniku[ ]  Trenutnoj i traženoj organizaciji MCO, PO ili ICA[ ]  IM (vidjeti uputstva)*[ ]*  Plemenu, ako je primjenjivo |