**Required Grievance and Appeal Template Language**

**Issued by the Department of Health Services (DHS) for**

**use by Managed Care Organizations (MCOs)**

As directed by the DHS-MCO contract, MCOs are required to use DHS-issued template language in certain correspondence to members regarding grievances and appeals. MCOs should copy the applicable language below and paste it into the required communication.

**Acknowledgement of grievance receipt:** MCOs are required to send an acknowledgement of receipt letter when they receive a grievance from a member. DHS does not have a template letter for this notice. DHS does require MCOs to include the following language in their notice.

**Required Language**

<<MCO name>> ໄດ້ຮັບການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານໃນ <<date>>. ພວກເຮົາມີເວລາເຖິງ 90 ວັນເພື່ອແກ້ໄຂການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ ແລະ ພວກເຮົາຈະສົ່ງຄຳຕັດສິນຂອງພວກເຮົາໃຫ້ທ່ານໃນ <<date the MCO received the grievance + 90 calendar days>>. ຖ້າຫາກພວກເຮົາຕ້ອງການຫຼາຍກວ່າ 90 ວັນໃນການຕັດສິນ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານເປັນລາຍລັກອັກສອນ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບຄຳຕັດສິນຂອງພວກເຮົາທີ່ສົ່ງໃຫ້ໂດຍມີກາຈ້ຳໄປສະນີພາຍໃນ <<date the MCO received the grievance + 90 calendar days>> ຫຼື ແຈ້ງການຈາກພວກເຮົາບອກທ່ານວ່າພວກເຮົາຕ້ອງການເວລາເພີ່ມເຕີມ, ທ່ານສາມາດຂໍການກວດສອບຈາກ Department of Health Services (DHS) ກ່ຽວກັບການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ. DHS ເຮັດສັນຍາກັບ MetaStar ທີ່ເປັນອົງການກວດສອບຄຸນນະພາບພາຍນອກເພື່ອເຮັດການກວດສອບໃຫ້ສຳເລັດ. ຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບວິທີການຮ້ອງຂໍເພື່ອການກວດສອບແມ່ນຢູ່ທາງທ້າຍຂອງໜັງສືສະບັບນີ້.

**End of letter**:

ຖ້າຫາກພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ໃຫ້ຄຳຕັດສິນເປັນລາຍລັກອັກສອນກ່ຽວກັບການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານທີ່ສົ່ງທາງໄປສະນີໂດຍມີກາຈ້ຳພາຍໃນ ຫຼື ກ່ອນ <<date the MCO received the grievance + 90 calendar days>> ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍ MetaStar ໃຫ້ກວດສອບການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານເລີ່ມຕັ້ງແຕ່ <<date the MCO received the grievance + 91 calendar days>>. ຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານສຳລັບການກວດສອບຕ້ອງສົ່ງທາງໄປສະນີມີກາຈ້ຳ, ສົ່ງແຟັກ ຫຼື ສົ່ງອີເມວຫາ MetaStar **ພາຍໃນ ຫຼື ກ່ອນ** <<date the MCO received the grievance + 90 calendar days + 45 calendar days>>.

ເພື່ອຂໍໃຫ້ MetaStar ກວດສອບການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ, ໂທ 888-203-8338. ນອກນັ້ນທ່ານອາດຈະຂໍໃຫ້ DHS ເຮັດການກວດກາໂດຍທາງໄປສະນີ, ແຟັກ ຫຼື ອີເມວໄດ້.

DHS Family Care Grievances

MetaStar

2909 Landmark Place

Madison, WI 53713

ແຟັກ: 608-274-8340  
ອີເມວ: [dhsfamcare@dhs.wisconsin.gov](file:///\\pi-nas01\Prisma\Client%20Files\S\State%20of%20Wisconsin\39xxx\39008_F-02619_Template%20Lang%20Managed%20Care%20Organizations\1_Incoming\vendor\01_14May2020\ສົ່ງອີເມວຫາ:%20dhsfamcare@dhs.wisconsin.gov)

ລວມເຖິງສຳເນົາແຈ້ງການສະບັບນີ້ກັບຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ.

**ການຊ່ວຍເຫຼືອ: ໃຜສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃຫ້ເຂົ້າໃຈແຈ້ງການນີ້ ແລະ ສິດທິຂອງທ່ານ?**

a. ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດທິຂອງສະມາຊິກຂອງ <<MCO name>> ສາມາດແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ກ່ຽວກັບສິດຂອງທ່ານ ແລະ ຊ່ວຍທ່ານໃນການຍື່ນຄຳຮ້ອງສຳລັບການກວດສອບ DHS ກັບ MetaStar. ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດທິຂອງສະມາຊິກບໍ່ສາມາດເປັນຕົວແທນໃຫ້ທ່ານໃນຂັ້ນຕອນການກວດສອບ. ເພື່ອຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດທິຂອງສະມາຊິກ, ໂທ <<Member Rights Specialist phone number>>.

b. ຜູ້ໃດກໍຕາມທີ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການໂຄງການ Family Care, Family Care Partnership ຫຼື PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) ສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອລ້າຈາກ  **ombudsman ເອກະລາດ**. ອົງການຕໍ່ໄປນີ້ໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນສະມາຊິກໂຄງການ Family Care, Family Care Partnership ຫຼື PACE ຄື:

**ສຳລັບສະມາຊິກອາຍຸ 18 ຫາ 59 ປີ:**

Disability Rights Wisconsin

ໂທບໍ່ເສຍຄ່າ: 800-928-8778

TTY: 711

**ສຳລັບສະມາຊິກອາຍຸ 60 ປີຂຶ້ນໄປ:**

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care

ໂທບໍ່ເສຍຄ່າ: 800-815-0015

TTY 711

**Notice of extension of time to decide grievance**: MCOs are required to send a notice to a member when the MCO determines that they need more than the standard amount of time (90 calendar days) to make a decision on the member’s grievance. DHS does not have a template for this notice. DHS does require MCOs to include the following language in their notice.

**Required Language**

ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບຄຳຕັດສິນຂອງພວກເຮົາທີ່ສົ່ງໃຫ້ໂດຍມີກາຈ້ຳໄປສະນີພາຍໃນ <<date the MCO received the grievance + 90 calendar days + number of additional extension days>>, ທ່ານສາມາດຂໍການກວດສອບຈາກ Department of Health Service (DHS) ກ່ຽວກັບການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ. DHS ເຮັດສັນຍາກັບ MetaStar, ອົງການກວດສອບຄຸນນະພາບພາຍນອກ, ເພື່ອເຮັດການກວດສອບໃຫ້ສຳເລັດ. ຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບວິທີການຮ້ອງຂໍເພື່ອການກວດສອບແມ່ນຢູ່ທາງທ້າຍຂອງໜັງສືສະບັບນີ້.

**End of letter**:

ຖ້າຫາກພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ໃຫ້ຄຳຕັດສິນເປັນລາຍລັກອັກສອນກ່ຽວກັບການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານທີ່ສົ່ງທາງໄປສະນີໂດຍມີກາຈ້ຳພາຍໃນ ຫຼື ກ່ອນ <<date the MCO received the grievance + 90 calendar days + number of additional extension days>> ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍ MetaStar ໃຫ້ກວດສອບການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານເລີ່ມຕັ້ງແຕ່ <<date the MCO received the grievance + 90 calendar days + number of additional extension days +1 calendar day>>. ຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານສຳລັບການກວດສອບຕ້ອງສົ່ງທາງໄປສະນີມີກາຈ້ຳ, ສົ່ງແຟັກ ຫຼື ສົ່ງອີເມວຫາ MetaStar **ພາຍໃນ ຫຼື ກ່ອນ** <<date the MCO received the grievance + 90 calendar days + number of additional extension days + 45 calendar days>>.

ເພື່ອຂໍໃຫ້ MetaStar ກວດສອບການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ, ໂທ 888-203-8338. ນອກນັ້ນທ່ານອາດຈະຂໍໃຫ້ເຮັດການກວດກາໂດຍທາງໄປສະນີ, ແຟັກ ຫຼື ອີເມວໄດ້.

DHS Family Care Grievances

MetaStar

2909 Landmark Place

Madison, WI 53713

ແຟັກ: 608-274-8340  
ອີເມວ: [dhsfamcare@dhs.wisconsin.gov](file:///\\pi-nas01\Prisma\Client%20Files\S\State%20of%20Wisconsin\39xxx\39008_F-02619_Template%20Lang%20Managed%20Care%20Organizations\1_Incoming\vendor\01_14May2020\ສົ່ງອີເມວຫາ:%20dhsfamcare@dhs.wisconsin.gov)

ລວມເຖິງສຳເນົາແຈ້ງການສະບັບນີ້ກັບຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ.

**ການຊ່ວຍເຫຼືອ: ໃຜສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃຫ້ເຂົ້າໃຈແຈ້ງການນີ້ ແລະ ສິດທິຂອງທ່ານ?**

a. ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດທິຂອງສະມາຊິກຂອງ <<MCO name>> ສາມາດແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ກ່ຽວກັບສິດຂອງທ່ານ ແລະ ຊ່ວຍທ່ານໃນການຍື່ນຄຳຮ້ອງສຳລັບການກວດສອບ DHS ກັບ MetaStar. ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດທິຂອງສະມາຊິກບໍ່ສາມາດເປັນຕົວແທນໃຫ້ທ່ານໃນຂັ້ນຕອນການກວດສອບ. ເພື່ອຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດທິຂອງສະມາຊິກ, ໂທ <<Member Rights Specialist phone number>>.

b. ຜູ້ໃດກໍຕາມທີ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການໂຄງການ Family Care, Family Care Partnership ຫຼື PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) ສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອລ້າຈາກ  **ombudsman ເອກະລາດ**. ອົງການຕໍ່ໄປນີ້ໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນສະມາຊິກໂຄງການ Family Care, Family Care Partnership ຫຼື PACE ຄື:

**ສຳລັບສະມາຊິກອາຍຸ 18 ຫາ 59 ປີ:**

Disability Rights Wisconsin

ໂທບໍ່ເສຍຄ່າ: 800-928-8778

TTY: 711

**ສຳລັບສະມາຊິກອາຍຸ 60 ປີຂຶ້ນໄປ:**

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care

ໂທບໍ່ເສຍຄ່າ: 800-815-0015

TTY 711

**Grievance decision letter:** MCOs are required to make a decision on a member’s grievance and send notice to the member explaining the decision. DHS does not have a template letter for this notice. DHS does require MCOs to include the following language in their grievance decision letter.

**Required Language**

**End of letter**:

ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບຄຳຕັດສິນຂອງພວກເຮົາໃນການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດຂໍການກວດສອບຈາກ Department of Health Service (DHS) ໄດ້. DHS ເຮັດສັນຍາກັບ MetaStar, ອົງການກວດສອບຄຸນນະພາບພາຍນອກ, ເພື່ອເຮັດການກວດສອບໃຫ້ສຳເລັດ. MetaStar ຈະເປັນຜູ້ຕັດສິນຂັ້ນສຸດທ້າຍ.

ຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານສຳລັບການກວດສອບຂອງຄຳຕັດສິນການຮ້ອງທຸກຂອງພວກເຮົາຕ້ອງສົ່ງທາງໄປສະນີມີກາຈ້ຳ, ແຟັກ ຫຼື ສົ່ງອີເມວຫາ MetaStar **ບໍ່ເກີນ 45 ວັນຕາມປະຕິທິນ**ຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບແຈ້ງການສະບັບນີ້.

ເພື່ອຂໍໃຫ້ MetaStar ກວດສອບການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ, ໂທ 888-203-8338. ນອກນັ້ນທ່ານອາດຈະຂໍໃຫ້ເຮັດການກວດກາໂດຍທາງໄປສະນີ, ແຟັກ ຫຼື ອີເມວໄດ້.

DHS Family Care Grievances

MetaStar

2909 Landmark Place

Madison, WI 53713

ແຟັກ: 608-274-8340

ອີເມວ: [dhsfamcare@dhs.wisconsin.gov](file:///\\pi-nas01\Prisma\Client%20Files\S\State%20of%20Wisconsin\39xxx\39008_F-02619_Template%20Lang%20Managed%20Care%20Organizations\1_Incoming\vendor\01_14May2020\ສົ່ງອີເມວຫາ:%20dhsfamcare@dhs.wisconsin.gov)

ລວມເຖິງສຳເນົາແຈ້ງການສະບັບນີ້ກັບຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ.

**ການຊ່ວຍເຫຼືອ: ໃຜສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃຫ້ເຂົ້າໃຈແຈ້ງການນີ້ ແລະ ສິດທິຂອງທ່ານ?**

a. ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດທິຂອງສະມາຊິກຂອງ <<MCO name>> ສາມາດແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ກ່ຽວກັບສິດຂອງທ່ານ ແລະ ຊ່ວຍທ່ານໃນການຍື່ນຄຳຮ້ອງສຳລັບການກວດສອບ DHS ກັບ MetaStar. ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດທິຂອງສະມາຊິກບໍ່ສາມາດເປັນຕົວແທນໃຫ້ທ່ານໃນຂັ້ນຕອນການກວດສອບ. ເພື່ອຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດທິຂອງສະມາຊິກ, ໂທ <<Member Rights Specialist phone number>>.

b. ຜູ້ໃດກໍ່ຕາມທີ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການໂຄງການ Family Care, Family Care Partnership ຫຼື PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) ສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອລ້າຈາກ  **ombudsman ເອກະລາດ**. ອົງການຕໍ່ໄປນີ້ໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນສະມາຊິກໂຄງການ Family Care, Family Care Partnership ຫຼື PACE ຄື:

**ສຳລັບສະມາຊິກອາຍຸ 18 ຫາ 59 ປີ:**

Disability Rights Wisconsin

ໂທບໍ່ເສຍຄ່າ: 800-928-8778

TTY: 711

**ສຳລັບສະມາຊິກອາຍຸ 60 ປີຂຶ້ນໄປ:**

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care

ໂທບໍ່ເສຍຄ່າ: 800-815-0015

TTY 711

**Acknowledgement of appeal receipt:** MCOs are required to send out an acknowledgement of receipt letter when they receive an appeal from a member. DHS does not have a template for this notice. DHS does require MCOs to include the following language in their notice.

**Required Language**

<<MCO name>> ໄດ້ຮັບຄຳອຸທອນຂອງທ່ານໃນວັນທີ <<date>>.

ພວກເຮົາມີເວລາເຖິງ 30 ວັນເພື່ອແກ້ໄຂຄຳອຸທອນຂອງທ່ານ ແລະ ພວກເຮົາຈະສົ່ງຄຳຕັດສິນຂອງພວກເຮົາໃຫ້ທ່ານໃນ <<date the MCO received the appeal + 30 calendar days>>. ຖ້າຫາກພວກເຮົາຕ້ອງການຫຼາຍກວ່າ 30 ວັນໃນການຕັດສິນ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານເປັນລາຍລັກອັກສອນ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບຄຳຕັດສິນຂອງພວກເຮົາທີ່ສົ່ງທາງໄປສະນີມີກາຈ້ຳພາຍໃນ <<date the MCO received the appeal + 30 calendar days>> ຫຼື ແຈ້ງການຈາກພວກເຮົາບອກທ່ານວ່າພວກເຮົາຕ້ອງການເວລາເພີ່ມເຕີມ, ທ່ານສາມາດຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດໄດ້. ຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບວິທີການຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດແມ່ນຢູ່ທາງທ້າຍຂອງໜັງສືສະບັບນີ້.

**End of letter**:

ຖ້າຫາກພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ໃຫ້ຄຳຕັດສິນເປັນລາຍລັກອັກສອນຂອງພວກເຮົາໃຫ້ທ່ານກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງທ່ານທີ່ສົ່ງທາງໄປສະນີໂດຍມີກາຈ້ຳພາຍໃນ ຫຼື ກ່ອນ <<date the MCO received the appeal + 30 calendar days>> ທ່ານສາມາດຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດໄດ້ເລີ່ມຕັ້ງແຕ່ <<date the MCO received the appeal + 31 calendar days>>. ຄຳຂໍຮ້ອງຂອງທ່ານໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດຕ້ອງສົ່ງທາງໄປສະນີໂດຍມີກາຈ້ຳໄປສະນີ ຫຼື ແຟັກຫາ Wisconsin Division of Hearings and Appeals (DHA) **ພາຍໃນ ຫຼື ກ່ອນ** <<date the MCO received the appeal + 30 calendar days + 90 calendar days>>.

ຖ້າທ່ານຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດ, ທ່ານຈະມີການໄຕ່ສວນກັບຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍການປົກຄອງເອກະລາດ (Administrative Law Judge) (ALJ). ທ່ານອາດຈະເອົາທະນາຍຄວາມ, ໝູ່, ສະມາຊິກຄອບຄົວ ຫຼື ພະຍານມານຳ. ນອກນັ້ນທ່ານອາດຈະສະແດງຫຼັກຖານ ແລະ ຄຳໃຫ້ການຢູ່ໃນການໄຕ່ສວນໄດ້.

ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດທິຂອງສະມາຊິກຂອງ <<MCO name>> ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃນການສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃນການຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳໄດ້. ເພື່ອຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດທິຂອງສະມາຊິກ, ໂທ <<member rights specialist phone number>>. ນອກນັ້ນທ່ານຍັງສາມາດເອົາແບບຟອມການໄຕ່ສວນໄດ້ຈາກໜຶ່ງໃນ ombudsman ທີ່ມີລາຍຊື່ຢູ່ໃນທາງທ້າຍຂອງແຈ້ງການນີ້ ຫຼື ທາງອອນລາຍທີ່: [www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm).

ສົ່ງໃບຄຳຮ້ອງທີ່ປະກອບຄົບຖ້ວນແລ້ວ ຫຼື ໜັງສືຂໍການໄຕ່ສວນ ແລະ ສຳເນົາແຈ້ງການນີ້ໄປຫາ:

Family Care Request for Fair Hearing

Wisconsin Division of Hearings and Appeals

PO Box 7875

Madison, WI 53707-7875

ແຟັກ: 608-264-9885

**ການຊ່ວຍເຫຼືອ: ໃຜສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃຫ້ເຂົ້າໃຈແຈ້ງການນີ້ ແລະ ສິດທິຂອງທ່ານ?**

a. ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດທິຂອງສະມາຊິກຂອງ <<MCO name>> ສາມາດແຈ້ງໃຫ້ທ່ານກ່ຽວກັບສິດທິຂອງທ່ານ, ຊ່ວຍທ່ານໃນການປະກອບ ແລະ ສົ່ງຄຳຮ້ອງຂໍອຸທອນເປັນລາຍລັກອັກສອນຂອງທ່ານ ແລະ ຊ່ວຍທ່ານໃນການຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳ. ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດທິຂອງສະມາຊິກບໍ່ສາມາດເປັນຕົວແທນຂອງທ່ານຢູ່ໃນການປະຊຸມກັບຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ອຸທອນ (Grievance and Appeal Committee) ຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ຢູ່ໃນການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດໄດ້. ເພື່ອຕິດຕໍ່ກັບຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດທິຂອງສະມາຊິກ, ໂທ <<Member Rights Specialist phone number>>.

b. ຜູ້ໃດກໍຕາມທີ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການໂຄງການ Family Care, Family Care Partnership ຫຼື PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) ສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອລ້າຈາກ  **ombudsman ເອກະລາດ**. ອົງການຕໍ່ໄປນີ້ໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນສະມາຊິກໂຄງການ Family Care, Family Care Partnership ຫຼື PACE ຄື:

**ສຳລັບສະມາຊິກອາຍຸ 18 ຫາ 59 ປີ:**

Disability Rights Wisconsin

ໂທບໍ່ເສຍຄ່າ: 800-928-8778

TTY: 711

**ສຳລັບສະມາຊິກອາຍຸ 60 ປີຂຶ້ນໄປ:**

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care

ໂທບໍ່ເສຍຄ່າ: 800-815-0015

TTY 711

**Notice of extension of time to decide appeal:** MCOs are required to send a notice to a member when the MCO determines that they need more than the standard amount of time (30 calendar days) to make a decision on the member’s appeal. DHS does not have a template for this notice. DHS does require MCOs to include the following language in their notice.

**Required Language**

ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບຄຳຕັດສິນຂອງພວກເຮົາທີ່ສົ່ງທາງໄປສະນີມີກາຈ້ຳພາຍໃນ <<date the MCO received the appeal + 30 calendar days + number of additional extension days>>, ທ່ານສາມາດຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດໄດ້. ຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບວິທີການຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດແມ່ນຢູ່ທາງທ້າຍຂອງໜັງສືສະບັບນີ້.

**End of letter**:

ຖ້າຫາກພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ໃຫ້ຄຳຕັດສິນເປັນລາຍລັກອັກສອນຂອງພວກເຮົາໃຫ້ທ່ານກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງທ່ານທີ່ສົ່ງທາງໄປສະນີໂດຍມີກາຈ້ຳພາຍໃນ ຫຼື ກ່ອນ <<date the MCO received the appeal + 30 calendar days>> ທ່ານສາມາດຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດໄດ້ເລີ່ມຕັ້ງແຕ່ <<date the MCO received the appeal + 31 calendar days>>. ຄຳຂໍຮ້ອງຂອງທ່ານໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດຕ້ອງສົ່ງທາງໄປສະນີໂດຍມີກາຈ້ຳໄປສະນີ ຫຼື ແຟັກຫາ Wisconsin Division of Hearings and Appeals (DHA) **ພາຍໃນ ຫຼື ກ່ອນ** <<date the MCO received the appeal + 30 calendar days + 90 calendar days>>.

ຖ້າທ່ານຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດ, ທ່ານຈະມີການໄຕ່ສວນກັບຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍການປົກຄອງເອກະລາດ (Administrative Law Judge) (ALJ). ທ່ານອາດຈະເອົາທະນາຍຄວາມ, ໝູ່, ສະມາຊິກຄອບຄົວ ຫຼື ພະຍານມານຳ. ນອກນັ້ນທ່ານອາດຈະສະແດງຫຼັກຖານ ແລະ ຄຳໃຫ້ການຢູ່ໃນການໄຕ່ສວນໄດ້.

ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດທິຂອງສະມາຊິກຂອງ <<MCO name>> ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃນການສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃນການຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳໄດ້. ເພື່ອຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດທິຂອງສະມາຊິກ, ໂທ <<member rights specialist phone number>>. ນອກນັ້ນທ່ານຍັງສາມາດເອົາແບບຟອມການໄຕ່ສວນໄດ້ຈາກໜຶ່ງໃນ ombudsman ທີ່ມີລາຍຊື່ຢູ່ໃນທາງທ້າຍຂອງແຈ້ງການນີ້ ຫຼື ທາງອອນລາຍທີ່: [www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm).

ສົ່ງໃບຄຳຮ້ອງທີ່ປະກອບຄົບຖ້ວນແລ້ວ ຫຼື ໜັງສືຂໍການໄຕ່ສວນ ແລະ ສຳເນົາແຈ້ງການນີ້ໄປຫາ:

Family Care Request for Fair Hearing

Wisconsin Division of Hearings and Appeals

PO Box 7875

Madison, WI 53707-7875

ແຟັກ: 608-264-9885

**ການຊ່ວຍເຫຼືອ: ໃຜສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃຫ້ເຂົ້າໃຈແຈ້ງການນີ້ ແລະ ສິດທິຂອງທ່ານ?**

a. ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດທິຂອງສະມາຊິກຂອງ <<MCO name>> ສາມາດແຈ້ງໃຫ້ທ່ານກ່ຽວກັບສິດທິຂອງທ່ານ ແລະ ຊ່ວຍທ່ານໃນການຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳ. ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດທິຂອງສະມາຊິກບໍ່ສາມາດເປັນຕົວແທນຂອງທ່ານຢູ່ໃນການປະຊຸມກັບຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ອຸທອນຂອງພວກເຮົາ (Grievance and Appeal Committee) ຫຼື ຢູ່ໃນການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດໄດ້. ເພື່ອຕິດຕໍ່ກັບຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດທິຂອງສະມາຊິກ, ໂທ <<Member Rights Specialist phone number>>.

b. ຜູ້ໃດກໍຕາມທີ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການໂຄງການ Family Care, Family Care Partnership ຫຼື PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) ສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອລ້າຈາກ  **ombudsman ເອກະລາດ**. ອົງການຕໍ່ໄປນີ້ໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນສະມາຊິກໂຄງການ Family Care, Family Care Partnership ຫຼື PACE ຄື:

**ສຳລັບສະມາຊິກອາຍຸ 18 ຫາ 59 ປີ:**

Disability Rights Wisconsin

ໂທບໍ່ເສຍຄ່າ: 800-928-8778

TTY: 711

**ສຳລັບສະມາຊິກອາຍຸ 60 ປີຂຶ້ນໄປ:**

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care

ໂທບໍ່ເສຍຄ່າ: 800-815-0015

TTY 711