my choice
WISCONSIN

My Choice Wisconsin

Family Care كتيّب عضو رعاية الأسرة

الهاتف: 414-287-7600 اتصال مجاني 800-963-0035 TTY:711 فاكس: 414-287-7704

www.mychoicewi.org

معتمد 08/10/2021 من قبل دائرة الخدمات الصحية DHS

my choice WISCONSIN

Caring Starts Here

www.mychoicewi.org

800-963-0035 هاتف نصي **711**

يتضمن فريق إدراة رعايتك ما يلي:

اسم مدير الرعاية **الهاتف**

اسم الممرضة المسجلة **الهاتف**

اسم المشرف **الهاتف**

الحالات التي يتوجب فيها الاتصال بفريق رعاية "FAMILY CARE" الخاص بك

- **أي حالات سقوط**
- **أي تغيير في الحالة الصحية العقلية أو البدنية**
- **في حالة الحصول على الرعاية الطارئة أو زيارة قسم الطوارئ**
- **في حالة دخول المستشفى**

إذا كنت تعاني من حالة طبية طارئة، اتصل بقسم الطوارئ على الرقم 911

P-00649 (04/2021)

Multi-language Interpreter Services

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-963-0035 (TTY users should call Wisconsin Relay System 711).

Spanish
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-963-0035 (TTY: 711).

Hmong
LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-963-0035 (TTY: 711).

Chinese
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-963-0035（TTY：711）。

German
ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-963-0035 (TTY: 711).

Arabic
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم—1-800-963-0035 (رقم هاتف الصم والبكم - TTY: 711).

Russian
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-963-0035 (телетайп: 711).

Korean
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-963-0035 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Vietnamese
CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-963-0035 (TTY: 711).

Pennsylvanian Dutch
Wann du Deitsch (Pennsylvania German / Dutch) schwetzscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-800-963-0035 (TTY: 711).

Laotian

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 1-800-963-0035 (TTY: 711).

French
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-963-0035 (TTY : 711).

Polish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-963-0035 (TTY: 711).

Hindi
ध्यान द▪: य▪द आप ▪हदी बोलते ह ▪तो आपके िलए मुफ्त म▪ भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह।▪ 1-800-963-0035 (TTY: 711) पर कॉल कर▪।

Albanian
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-963-0035 (TTY: 711).

Tagalog
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-963-0035 (TTY: 711).

My Choice Wisconsin الخاص بي:

- يقدم مساعدات وخدمات مجانية للأشخاص ذوي الإعاقة بحيث يتمكنوا من التواصل معنا بشكل فعال، مثل:
  - مترجمو لغة إشارة فوريون مؤهلون
  - معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى (حروف الطباعة الكبيرة، الصوت، تنسيقات إلكترونية يسهل استخدامها، وغيرها من التنسيقات)
  - مساعدات وخدمات تكميلية للأعضاء ممن لديهم ضعف في السمع والبصر
  - يقدم خدمات وصول لغوية مجانية للأشخاص ممن لغتهم الأساسية ليست الإنجليزية، مثل:
  - مترجمون فوريون مؤهلون
  - معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة لهذه الخدمات، اتصل بخدمة العملاء على الهاتف 1-800-963-0035.

جدول المحتويات

الفصل الأول. أرقام الهواتف الهامة والمصادر..... 7

معلومات الاتصال بـ My Choice Wisconsin.....7

جهات الاتصال الهامة الأخرى.....9

الفصل الثاني. الترحيب والمقدمة.....21

مرحبًا بكم في My Choice Wisconsin.....21

كيف يمكن لبرنامج Family Care أن يساعدني؟ 21

من سيساعدني؟ 22

ما معنى أن تكون عضوًا؟.....23

من يمكنه أن يكون عضوًا في My Choice Wisconsin؟ 23

كيف أصبح عضوًا؟.....25

الفصل الثالث. أشياء يجب معرفتها عن الحصول على الخدمات.....26

كيف يعمل برنامج Family Care؟.....26

ما الذي يجب أن تتضمنه خطة رعايتك؟ 27

كيف تُحدد الخدمات وتُعتمد؟.....28

ماذا لو تغيرت احتياجاتي؟ 29

كيف أستخدم شبكة موفري الخدمات؟ 29

كيف يساعدك برنامج Family Care على إدارة خدماتك؟ 30

ما وسائل الدعم الموجهة ذاتيًا؟.....30

ما الذي يتعين علي القيام به في حالة الطوارئ؟.....31

كيف أحصل على الرعاية بعد ساعات العمل الطبيعية؟.....31

ماذا إذا احتجت للرعاية أثناء تواجدي خارج المنطقة؟.....32

الفصل الرابع. حزمة مزايا برنامج Family Care 33

ما الخدمات المقدمة؟ 33

مخطط حزمة مزايا برنامج Family Care 34

ما الخدمات غير المقدمة؟ 37

الفصل الخامس. فهم من يسدد مقابل الخدمات وتنسيق المزايا الخاصة بك 39

هل سأسدد مقابل أي خدمات؟ 39

كيف أقوم بالسداد؟ 40

ماذا لو حصلت على فاتورة مقابل الخدمات؟ 40

هل يسدد برنامج Family Care مقابل الخدمات السكنية أو دور المسنين؟ 41

كيف يتم التنسيق بين Medicare ومزايا التأمين الأخرى الخاصة بي؟ 41

ما هو estate recovery (استرداد المصاريف من قيمة الملكية)؟ وكيف ينطبق علي؟ 42

الفصل السادس. حقوقك 43

الفصل السابع. مسؤولياتك 46

الفصل الثامن. المظالم والطعون 48

مقدمة 48

المظالم 49

الطعون 52

جلسات الاستماع العامة المنصفة 56

من يمكنه مساعدتي فيما يتعلق بالتظلم أو الطعن؟ 59

الفصل التاسع. إنهاء العضوية في My Choice Wisconsin 60

الملاحق 62

1. تعريفات الكلمات الهامة 62

2. تعريفات الخدمات في حزمة مزايا Family Care 66

3. طلب تخفيض حصة التكلفة 69

4. نموذج Notice of Adverse Benefit Determination (إخطار لتحديد المزايا السلبية) 73

5. نموذج طلب الطعن الخاص بـ My Choice Wisconsin 77

6. نموذج طلب جلسة استماع عامة منصفة 79

7. إخطار ممارسات الخصوصية 82

الفصل الأول. أرقام الهواتف الهامة والمصادر

معلومات الاتصال بـ My Choice Wisconsin

تقدّر My Choice Wisconsin، وهي منظمة رعاية مدارة (MCO)، ملاحظاتك واقتراحاتك وأسئلتك. اتصل بنا من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 5:00 مساءً، من يوم الاثنين إلى الجمعة، باستثناء أيام العطلات.

My Choice Wisconsin
المقر الرئيسي

West Innovation Drive, Suite 100, Wauwatosa, WI 53226 10201

الهاتف: 414-287-7600
اتصال مجاني: 800-963-0035
هاتف نصي: 711
فاكس: 414-287-7704

البريد الإلكتروني: info@mychoicewi.org
الموقع الإلكتروني: www.mychoicewi.org

Dane County Office
1617 Sherman Ave
Madison, WI 53704
Toll-Free: 800-963-0035
TTY: 711
Fax: 608-245-3077

Columbia County Office
1432 E Wisconsin St
Portage, WI 53901
Toll-Free: 800-963-0035
TTY: 711
Fax: 608-210-4759

Dodge County Office
1659 N Spring Suite 102
Beaver Dam, WI 53916
Toll-Free: 800-963-0035
TTY: 711
Fax: 608-210-4794

Eau Claire County Office
3430 Oakwood Mall Dr
Suite 300
Eau Claire, WI 54701
Toll-Free: 800-963-0035
TTY: 711
Fax: 715-598-5367

Iowa County Office
123 N Iowa St
Dodgeville, WI 53533
Toll-Free: 800-963-0035
TTY: 711
Fax: 608-383-6001

Jefferson County Office
37 S Water St East
Fort Atkinson, WI 53538
Toll-Free: 800-963-0035
TTY: 711
Fax: 608-210-4848

La Crosse County Office
700 3rd St. North, Suite LL8
La Crosse, WI 54601
Toll-Free: 800-963-0035
TTY: 711
Fax: 414-287-7704

Racine County Office
1111 Commerce Drive
Mount Pleasant, WI 53406
Toll-Free: 800-963-0035
TTY: 711
Fax: 414-287-7704

Sheboygan County Office
501 N. 8th Street, Suite 110
Sheboygan WI 53081
Toll-Free: 800-963-0035
TTY: 711
Fax: 414-287-7704

Walworth County Office
47 S Wisconsin St, Ste C
Elkhorn, WI 53121
Toll-Free: 800-963-0035
TTY: 711
Fax: 608-245-3419

Washington County Office
2364 W Washington St
West Bend, WI 53095
Toll-Free: 800-963-0035
TTY: 711
Fax: 608-210-4645

Waukesha County Office
N19 W24075 Riverwood Dr, Ste 110 & 150
Waukesha, WI 53188
Toll-Free: 800-963-0035
TTY: 711
Fax: 608-210-4708

Waushara County Office
203 S 16th Court
Wautoma, WI 54982
Toll-Free: 800-963-0035
TTY: 711
Fax: 608-210-4659

المساعدة بعد ساعات العمل

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة عاجلة خارج ساعات العمل الاعتيادية، فاتصل بخط الطوارئ المجاني الخاص بـ My Choice Wisconsin على الرقم **800-963-0035**. سيتم الرد على جميع المكالمات في غضون 30 دقيقة.

إذا كنت تواجه حالة طارئة، فاتصل بـ911

اختصاصيو حقوق الأعضاء

موظفو فريق حقوق الأعضاء هم متخصصون في شرح حقوق الأعضاء. إنهم متاحون للمساعدة إذا كانت لديك شكوى أو تظلّم. بإمكانهم تزويدك بالمعلومات أو المساعدة إذا كنت ترغب في استئناف قرار قام فريقك باتخاذه.

اختصاصي حقوق الأعضاء لدى My Choice Wisconsin:
الهاتف: 1-800-963-0035 خط داخلي 3448
فاكس: 608-245-3821
https://mychoicewi.org/contact/grievances-appeals/

إذا كنت تواجه حالة طارئة، فاتصل بـ911

جهات الاتصال الهامة الأخرى

الخدمات الوقائية للبالغين
يوجد بكل مقاطعة وكالة من شأنها البحث في حوادث إساءة المعاملة والإهمال والاستغلال المالي والإهمال الذاتي التي يتم الإبلاغ عنها. اتصل بخط المساعدة الخاص بمقاطعتك للتحدث إلى شخص ما عن إساءة معاملة مشتبه بها يتعرض لها أحد البالغين المعرضين للخطر (السن يتراوح بين 18 و59 سنة). وللإبلاغ عن إساءة معاملة أحد كبار السن المتجاوزين لسن الـ60 سنة، فاتصل بوكالة كبار السن المعرضين للخطر بمقاطعتك.

Adams County Aging and Disability Resource Center
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 877-883-5378
After Hours Phone: 608-339-3304

Buffalo County Department of Health and Human Services
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 608-685-4412
After Hours Phone: 608-685-4433

Chippewa County Department of Human Services
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 715-726-7788
After Hours Phone: 715-726-7788

Clark County Department of Social Services
Daytime Hours: 8:00 - 5:00 p.m.
Daytime Phone: 715-743-5233
After Hours Phone: 715-743-3157

Columbia County Aging and Disability Resource Center:
Daytime Hours: 8:00 - 5:00 p.m.
Daytime Phone: 888-742-9233
After Hours Phone: 888-742-9233

Crawford County Department of Human Services
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 608-326-0248
After Hours Phone: 608-326-8414

Dane County Department of Human Services - Area Agency on Aging
Daytime Hours: 7:45 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 608-261-9933
After Hours Phone: 911

Dodge County Department of Health and Human Services
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 800-924-6407
After Hours Phone: 920-386-3726

Dunn County Department of Human Services
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 715-232-1116
After Hours Phone: 911

Eau Claire County Human Services Department
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 715-839-2300
After Hours Phone: 911 or 715-839-4972 for non-emergency

Grant County Department of Social Services
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 608-723-2136
After Hours Phone: 608-723-2157

Green County Human Service Department
Hours: 24 hours
Phone: 608-328-9499
After Hours Phone: 608-328-9393

Green Lake County Aging and Disability Resource Center
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 877-883-5378
After Hours Phone: 920-294-4000

Iowa County Department of Social Services
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 608-930-9835
After Hours Phone: 608-935-3314

Jackson County Human Service Department
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 715-284-4301
Toll-Free: 877-498-6448
After Hours Phone: 800-500-3910

Jefferson County Human Services Department
24 Hour Hotline: 920-674-3105

Juneau County Department of Human Services
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 608-847-2400
After Hours Phone: 608-847-2400 or 608-847-6161

Kenosha County Center for Aging & Long-Term Care
Daytime Hours: 8:00 - 5:00 p.m.
Daytime Phone: 262-605-6646
After Hours Phone: 262-657-7188

La Crosse County Human Services
Hours: 24 Hours
Daytime Phone: 608-785-5700
After Hours Phone: 608-784-4357

Lafayette County Department of Human Services
Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Phone: 608-776-4960
After Hours Phone: 608-776-4848

Marquette County Aging and Disability Resource Center
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 877-883-5378
After Hours Phone: 608-297-2115

Milwaukee County Department of Health and Human Services
(Adults Aged 18-59)
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 414-289-6660
After Hours Phone: 414-289-6660

Milwaukee County Department on Aging
(Seniors aged 60 and older)
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 414-289-6874
After Hours Phone: 414-289-6874

Monroe County Human Service Department
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 608-269-8600
After Hours Phone: 888-552-6642

Ozaukee County Department of Human Services
Daytime Hours: 8:30 - 5:00 p.m.
Daytime Phone: 262-284-8200 or
Metro Phone: 262-238-8200
After Hours Phone: 911

Pepin County Department of Human Services
Daytime Hours: 8:30 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 715-672-8941
After Hours Phone: 715- 672-5944

Pierce County Aging and Disability Resource Center
Daytime Hours: 8:00 - 5:00 p.m.
Daytime Phone: 715-273-6780
After Hours Phone:715-273-5051 ext. 235

Racine County Human Service Department
Daytime Hours: 8:00 - 5:00 p.m.
Daytime Phone: 262-638-6800
After Hours Phone: 262-638-6321

Richland County Health and Human Services
Daytime Hours: 8:30 - 5:00 p.m.
Daytime Phone: 608-647-4616 or 608-647-2106
After Hours Phone: 608-647-2106

Rock County Aging and Disability Resource Center
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 855-741-3600
After Hours Phone: 855-741-3600

Sauk County Department of Human Services
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 608-355-4200
After Hours Phone: 800-533-5692

Sheboygan County Aging and Disability Resource Center
Daytime Hours: 8:00 - 5:00 p.m.
Daytime Phone: 920-467-4100
After Hours Phone: 911

St. Croix County Aging and Disability Resource Center
Daytime Hours: 8:00 - 5:00 p.m.
Daytime Phone: 715-381-4360
After Hours Phone: 911 or 715-651-4666

Taylor County Department of Human Services
Daytime Hours: 24 Hours
Daytime Phone: 262-741-3200
After Hours Phone: 262-741-3200

Trempealeau County Department of Health and Human Services
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 715-538-2311 x 290
After Hours Phone: 715-538-4351

Vernon County Department of Human Services
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 608-637-5210
After Hours Phone: 608-637-2123

Walworth County Department of Human Services
Hours: 24 Hours
Daytime Phone: 262-741-3200
After Hours Phone: 262-741-3200

Washington County Aging and Disability Resource Center
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 262-335-4497
After Hours Phone: 911

Waukesha County Aging and Disability Resource Center
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 262-548-7848
After Hours Phone: 211

Waushara County Aging and Disability Resource Center
Daytime Hours: 8:00 - 4:30 p.m.
Daytime Phone: 877-883-5378
After Hours Phone: 920-787-3321

Aging and Disability Resource Centers (مراكز موارد الشيخوخة والإعاقة)

Aging and Disability Resource Centers (ADRC) (مراكز موارد الشيخوخة والإعاقة) هو المكان الأول الذي يجب الذهاب إليه للحصول على معلومات دقيقة وغير متحيزة عن كل جوانب الحياة ذات الصلة بالشيخوخة أو العيش مع إعاقة. وADRC عبارة عن أماكن لطيفة وترحيبية حيث يمكن للجميع – الأفراد، الأسر المعنية أو الأصدقاء المعنيين، أو المتخصصين الذين يعملون مع المشاكل ذات الصلة بالشيخوخة أو الإعاقات – الذهاب للحصول على معلومات مخصصة لحالتهم. كما توفر ADRC معلومات البرامج والخدمات وتساعد الأشخاص على فهم خيارات رعايتهم على المدى الطويل وتساعدهم على التقدم للبرنامج والمزايا. تجدر الإشارة إلى أن ADRC المتوفرة في مناطق الخدمة التابعة لـ My Choice Wisconsin هي:

ADRC of Adams, Green Lake, Waushara Counties
Toll-Free: 877-883-5378
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: jdille@co.green-lake.wi.us

Adams County Office:
108 E North St
P.O Box 619
Friendship, WI 53934

Green Lake County Office:
571 County Road A
P.O. Box 588
Green Lake, WI 54941

Waushara County Office:
209 S Ste Marie Street
P.O. Box 621
Wautoma, WI 54982

ADRC of Buffalo and Pepin Counties
Toll-Free: 866-578-2372
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrc-bcp@buffalocounty.com
Alma Office:
407 S. Second Street
Alma, WI 54610

Durand Office:
740 7th Avenue West
Durand, WI 54736

ADRC of Chippewa Counties
711 N Bridge St, Rm 118
Chippewa Falls, WI 54729
Toll-Free: 888-400-6920
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrc@co.chippewa.wi.us

ADRC of Clark County
517 Court St., Room 201
Neillsville, WI 54456
Toll-Free: 866-743-5144
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: clarkadrc@co.clark.wi.us

ADRC of Columbia County
111 E Mullett Street
Portage, WI 53901
Toll-Free: 888-742-9233
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrc@co.columbia.wi.us

ADRC of Eagle Country
(Serving Crawford, Juneau, Richland and Sauk Counties)
Toll-Free: 877-794-2372
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711

Baraboo Office
505 Broadway Street
Baraboo, WI 53913
Email: radrc@co.richland.wi.us

Mauston Office
200 Hickory Street
Mauston, WI 53948
Email: jcadrc@co.juneau.wi.us

Prairie du Chien Office
225 N. Beaumont Road, Suite 117
Prairie du Chien, WI 53821
Email: ccadrc@crawfordcountywi.org

Richland Center Office
221 W. Seminary Street
Richland Center, WI 53581
mail: resctr@co.richland.wi.us

ADRC of Dane County
2865 N. Sherman Avenue
Northside Town Center
Madison, WI 53704
Toll-Free: 855-417-6892
Phone: 608-240-7400
Fax: 608-240-7401
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: ADRC@countyofdane.com

ADRC of Dodge County
199 County Road DF, 3rd Floor
Juneau, WI 53039
Toll-Free: 800-924-6407
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: hsagingunit@co.dodge.wi.us

ADRC of Dunn County
3001 US Highway 12 East, Suite 160
Menomonie, WI 54751
Phone: 715-232-4006
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: dhs@co.dunn.wi.us

ADRC of Eau Claire County
721 Oxford Avenue, Room 1130
Eau Claire, WI 54703
Phone: 715-839-4735
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrc@co.eau-claire.wi.us

ADRC of Southwest Wisconsin
(Serving Grant, Green, Iowa and Lafayette Counties)
Toll-Free: 877-794-2372

Lancaster Office
8820 Hwy 35/61 South
Lancaster, WI 53813
Toll-Free: 800-514-0066
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrc@co.grant.wi.gov

Monroe Office
N3152 State Road 81
Monroe, WI 53566
Toll-Free: 800-514-0066
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: resourcecenter@gchsd.org

ADRC of Southwest Wisconsin - Cont

Dodgeville Office
303 W. Chapel Street
Dodgeville, WI 53533
Toll-Free: 800-514-0066
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrc@iowacounty.org

Darlington Office
15701 County Road K
Darlington, WI 53530
Toll-Free: 800-514-0066
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrc@lchsd.org

ADRC of Jackson County
420 Hwy 54 West
Black River Falls, WI 54615
Toll Free: 844-493-4245
TTY: WI Relay 711
Email: adrcjc@co.jackson.wi.us

ADRC of Jefferson County
1541 Annex Road
Jefferson, WI 53549
Toll-Free: 866-740-2372
TTY: WI Relay 711
Email: adrc@jeffersoncountywi.gov

ADRC of Kenosha County
8600 Sheridan Road, Suite 500
Kenosha, WI 53143
Toll-Free: 800-472-8008
TTY: 711
Email: adrc@kenoshacounty.org

ADRC of La Crosse County
300 4th Street North
La Crosse, WI 54601
Phone: 608-785-5700
Toll-Free: 800-500-3910
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrc@lacrossecounty.org

ADRC of Marquette County
482 Underwood Avenue
Montello, WI 53949
Toll-Free: 855-440-2372
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrc@co.marquette.wi.us

Milwaukee County, Age 18-59
The Disability Resource Center of Milwaukee County
1220 W Vliet Street, Suite 300
Milwaukee, WI 53205
Toll-Free: 866-229-9695
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: DSD@milwaukeecountywi.gov

Milwaukee County, Age 60+
Aging Resource Center of Milwaukee County
1220 W. Vliet Street, Suite 302
Milwaukee, WI 53205
Toll-Free: 866-229-9695
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: agewebinfo@milwaukeecountywi.gov

ADRC of Monroe County
315 West Oak Street, Suite A
Sparta, WI 54656
Toll-Free: 888-339-7854
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrc@co.monroe.wi.us

ADRC of Ozaukee County
121 N Main Street
Port Washington, WI 53074
Toll-Free: 866-537-4261
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrc@co.ozaukee.wi.us

ADRC of Pierce County
412 W Kinne Street
Ellsworth, WI 54011
Toll-Free: 877-273-0804
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: piercdhs@co.pierce.wi.us

ADRC of Racine County
14200 Washington Ave.
Racine, WI 53177
Toll-Free: 866-219-1043
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrc@racinecounty.org

ADRC of Rock County
1900 Center Ave.
Janesville, WI 53546
Toll-Free: 855-741-3600
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrc@co.rock.wi.us

ADRC of Sheboygan County
650 Forest Avenue
Sheboygan Falls, WI 53085
Toll-Free: 800-596-1919
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrc@co.sheboygan.wi.us

ADRC of St Croix County
1752 Dorset Lane
New Richmond, WI 54017
Toll-Free: 800-372-2333
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrcinfo@sccwi.gov

ADRC of Taylor County
845 B East Broadway Street
Medford, WI 54451
Toll-Free: 800-699-6704
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: info@adrcofthenorthwoods.org

ADRC of Trempealeau County
36245 Main Street
Whitehall, WI 54773-0067
Toll-Free: 800-273-2001
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: resourcecenter@tremplocounty.com

ADRC of Vernon County
402 Courthouse Square, Banta Building
Viroqua, WI 54665
Toll-Free: 888-637-1323
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrcvc@vernoncounty.org

ADRC of Walworth County
1910 County Road NN
Elkhorn, WI 53121-1005
Toll-Free: 800-365-1587
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: walcoadrc@co.walworth.wi.us

ADRC of Washington County
333 East Washington Street
Suite 1000
West Bend, WI 53095
Toll-Free: 877-306-3030
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrc@co.washington.wi.us

ADRC of Waukesha County
514 Riverview Avenue
Waukesha, WI 53188
Phone: 262-741-3400
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711
Email: adrc@waukeshacounty.gov

تفضل بزيارة www.dhs.wisconsin.gov/adrc لمعرفة المزيد من المعلومات عن ADRCs.

برامج Ombudsman (أمين المظالم)

ombudsman (om-budz-man) (أمين المظالم) هو محامي أو مساعد مستقل لا يعمل لصالح My Choice Wisconsin. ويمكن لأي شخص يحصل على خدمات Family Care الحصول على مساعدة مجانية من ombudsman (أمين المظالم) . وتعتمد المنظمة التي يجب الاتصال بها على سن العضو.

إذا كان **سنك 60 سنة فما فوق،** فاتصل بـ:

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care
1402 Pankratz Street, Suite 111
Madison, WI 53704-4001
رقم الاتصال المجاني: 800-815-0015
الهاتف النصي: 711
الفاكس: 608-246-7001
البريد الإلكتروني: BOALTC@wisconsin.gov
longtermcare.wi.gov

إذا كان **سنك يتراوح بين 18 و59 سنة،** فاتصل بـ:

Disability Rights Wisconsin
1502 West Broadway, Suite 201
Madison, WI 53713
رقم الاتصال المجاني: 800-928-8778
الهاتف النصي: 711
الفاكس: 833-635-1968
www.disabilityrightswi.org

اتحادات صيانة الدخل

يجب أن تبلغ بالتغييرات التي تطرأ على حالتك المعيشية أو الموارد المالية الخاصة بك في غضون 10 أيام. وفي حال انتقالك، يجب أن تبلغ عن عنوانك الجديد. فقد تؤثر هذه التغييرات على إذا ما كنت مؤهلاً لـ Medicaid و Family Care أم لا. أبلغ عن اتحاد صيانة الدخل وMy Choice Wisconsin في مقاطعتك عن هذه التغييرات. وتجدر الإشارة إلى أن الاتحادات المتوفرة في مناطق خدمتنا هي:

Adams County
Capital Consortium
Phone: 888-794-5556
Fax: 855-293-1822

Buffalo County
Western Consortium
Phone: 888-627-0430
Fax: 855-293-1822

Chippewa County
Great Rivers Consortium
Phone: 888-283-0012
Fax: 855-293-1822

Clark County
Western Consortium
Phone: 888-627-0430
Fax: 855-293-1822

Columbia County
Capital Consortium
Phone: 888-794-5556
Fax: 855-293-1822

Crawford County
Southern Consortium
Phone: 888-627-0430
Fax: 855-293-1822

Dane County
Capital Consortium
Phone: 888-794-5556
Fax: 855-293-1822

Dodge County
Capital Consortium
Phone: 888-794-5556
Fax: 855-293-1822

Dunn County
Great Rivers Consortium
Phone: 888-283-0012
Fax: 855-293-1822

Eau Claire County
Great Rivers Consortium
Phone: 888-283-0012
Fax: 855-293-1822

Grant County
Southern Consortium
Phone: 888-627-0430
Fax: 855-293-1822

Green County
Southern Consortium
Phone: 888-627-0430
Fax: 855-293-1822

Green Lake County
East Central Consortium
Phone: 888-256-4563
Fax: 855-293-1822

Iowa County
Southern Consortium
Phone: 888-627-0430
Fax: 855-293-1822

Jackson County
Western Consortium
Phone: 888-627-0430
Fax: 855-293-1822

Jefferson County
Southern Consortium
Phone: 888-794-5780
Fax: 855-293-1822

Juneau County
Capital Consortium
Phone: 888-794-5556
Fax: 855-293-1822

Kenosha County
WKRP (Wisconsin's Kenosha, Racine Partnership)
Phone: 888-794-5820
Fax: 855-293-1822

La Crosse County
Western Consortium
Phone: 888-627-0430
Fax: 855-293-1822

Lafayette County
Southern Consortium
Phone: 888-627-0430
Fax: 855-293-1822

Marquette County
East Central Consortium
Phone: 888-256-4563
Fax: 855-293-1822

Milwaukee County
Milwaukee Enrollment Services (MilES)
Phone: 888-947-6583
Fax: 888-409-1979

Monroe County
Western Consortium
Phone: 888-627-0430
Fax: 855-293-1822

Ozaukee County
Moraine Lakes Consortia
Phone: 888-446-1239
Fax: 855-293-1822

Pepin County
Western Consortium
Phone: 888-627-0430
Fax: 855-293-1822

Pierce County
Great Rivers Consortium
Phone: 888-283-0012
Fax: 855-293-1822

Racine County
WKRP (Wisconsin's Kenosha, Racine Partnership)
Phone: 888-794-5820
Fax: 855-293-1822

Richland County
Capital Consortium
Phone: 888-794-5556
Fax: 855-293-1822

Rock County
Southern Consortium
Phone: 888-794-5780
Fax: 855-293-1822

Sauk County
Capital Consortium
Phone: 888-794-5556
Fax: 855-293-1822

Sheboygan County
Capital Consortium
Phone: 888-794-5556
Fax: 855-293-1822

St Croix County
Great Rivers Consortium
Phone: 888-283-0012
Fax: 855-293-1822

Taylor County
Northern Income Maintenance Consortium
Phone: 888-794-5722
Fax: 855-293-1822

Trempealeau County
Western Consortium
Phone: 888-627-0430
Fax: 855-293-1822

Vernon County
Western Consortium
Phone: 888-627-0430
Fax: 855-293-1822

Walworth County
Moraine Lakes Consortia
Phone: 888-446-1239
Fax: 855-293-1822

Washington County
Moraine Lakes Consortia
Phone: 888-446-1239
Fax: 855-293-1822

Waukesha County
Moraine Lakes Consortia
Phone: 888-446-1239
Fax: 855-293-1822

Waushara County
East Central Consortium
Phone: 888-256-4563
Fax: 855-293-1822

Wisconsin Medicaid (ForwardHealth)
إذا كنت تواجه مشاكل في استخدام بطاقة ForwardHealth الخاصة بك من أجل الخدمات أو السلع غير المضمنة في حزمة مزايا Family Care (مثل النظارات، زيارات الطبيب، أو الوصفات الطبية)، فاتصل بخدمات أعضاء ForwardHealth على الرقم المجاني:

800-362-3002

الإبلاغ عن الاحتيال في المساعدة العامة
الاحتيال يعني تغطية أو مدفوعات تعرف أنه يجب ألا تحصل عليها أو مساعدة شخص آخر في الحصول على تغطية أو مدفوعات تعرف أنه يجب ألا يحصل عليها. ويمكن مقاضاة أي شخص يرتكب الاحتيال. إذ قررت المحكمة أن شخصًا ما حصل على مزايا الرعاية الصحية بارتكاب الاحتيال، فستطالب المحكمة هذا الشخص برد هذه المزايا للولاية، بالإضافة إلى عقوبات أخرى.

إذا اشتبهت في إساءة استخدام شخص ما لأموال المساعدة العامة، بما في ذلك Family Care، فاتصل بالخط الساخن أو قدم بلاغًا على:

877-865-3432
www.dhs.wisconsin.gov/fraud

إذا كنت تعتقد بأنك تشتبه بارتكاب حالات احتيال أو إهدار أو إساءة استخدام أو عدم امتثال، فيمكنك الاتصال بـ My Choice Wisconsin بواسطة الطرق السرية التالية:

- اتصل بخط الامتثال الساخن مجهول الهوية المجاني على الرقم 1-833-253-3465 أو محليًا على الرقم (608) 245-3576
- البريد الإلكتروني: Compliance@mychoicewi.org

Wisconsin FoodShare (بطاقة QUEST)
إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف بخصوص FoodShare، أو إذا كنت تريد معرفة الرصيد الموجود في بطاقة FoodShare/QUEST الخاصة بك، أو الإبلاغ عن بطاقة QUEST مفقودة أو مسروقة، فاتصل بخط خدمة عملاء FoodShare المجاني على الرقم:

877-415-5164

Wisconsin Division of Quality Assurance (قسم تأكيد الجودة بويسكونسن)
إذا اعتقدت أن مقدم الرعاية أو الوكالة أو المنشأة قد انتهكوا قوانين الولاية أو القوانين الفيدرالية، فيحق لك تقديم شكوى لدى Wisconsin Division of Quality Assurance (قسم ضمان الجودة بويسكونسن). وعند تقديم الشكوى، قد تُسأل عن المقاطعة التي يتواجد فيها موفر الخدمة. لتقديم الشكوى، اتصل على الرقم:

800-642-6552

Wisconsinمدافعون مستقلون عن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة لدى

إذا كنت ترغب في الحصول على مساعدة للتغلب على العوائق التي تحد من استقلاليتك وتسعى إلى التعرّف على خدمات دعم " يتعاون Disability Rights Advocatesفي مجتمعك المحلي، فاتصل بالمدافعين عن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ". هؤلاء المدافعون مع كل فرد على حدى من أجل تحديد أهدافه وتحقيق التغيير الإيجابي. يمكنك التواصل معهم على:

414-773-4646

الفصل الثاني. الترحيب والمقدمة

مرحبًا بكم في My Choice Wisconsin

مرحبًا بكم في My Choice Wisconsin، منظمة رعاية مدارة تقوم بتشغيل برنامج Family Care. و Family Care هو برنامج رعاية على المدى الطويل تابع لـ Medicaid يساعد كبار السن والبالغين ذوي الإعاقات الجسدية أو إعاقات النمو أو الإعاقات الفكرية. يحصل الأشخاص المسجلون في البرنامج على خدمات لمساعدتهم على العيش في منزلهم الخاص متى أمكن. يتم تمويل Family Care بواسطة أموال ضرائب الولاية والضرائب الفيدرالية.

سيمنحك هذا الدليل المعلومات التي تحتاج إليها لما يلي:

- فهم أساسيات Family Care.
- التعرف على الخدمات المضمنة في حزمة المزايا.
- فهم حقوقك ومسؤولياتك بصفتك أحد أعضاء Family Care.
- تقديم شكوى أو طعن إذا كنت تواجه مشاكل أو مخاوف.

إذا كنت تود المساعدة في مراجعة هذا الدليل، فيُرجى الاتصال بفريق الرعاية الخاص بك. وتوجد معلومات الاتصال الخاصة بفريقك في صفحة الغلاف الداخلي من هذا الكتيّب.

بشكلٍ عام، تشير الكلمات "أنت" و"ضمير الملكية" في هذا المستند *إليك أنت*، *العضو*. كما قد تشير الكلمات "أنت" و"ضمير الملكية" إلى متخذ القرار القانوني، كالوصي القانوني أو التوكيل العام الساري.

في نهاية هذا الدليل (صفحة 64) توجد تعريفات لكلمات هامة. وقد تساعدك هذه التعريفات على فهم الكلمات والعبارات المستخدمة في هذا الدليل بشكلٍ متكرر.

إذا لم تكن عضوًا بعد ولديك أسئلة، أو تريد المزيد من المعلومات عن كيفية التسجيل في Family Care أو البرامج الأخرى، فيُرجى الاتصال بـ aging and disability resource center (ADRC) (مركز موارد الشيخوخة والإعاقة) في منطقتك. حيث توفر ADRCs المعلومات والمساعدة وتساعد الأشخاص على التقدم للبرامج والمزايا. تجدر الإشارة إلى أن ADRC هي وكالة منفصلة. وليست جزءً من My Choice Wisconsin. وتتوفر ADRC لمساعدتك، سواء قررت أن تصبح عضوًا في Family Care أم لا. يمكن العثور على عنوان ورقم هاتف ADRC المحلي الخاص بك في صفحة 12.

كيف يمكن لبرنامج Family Care أن يساعدني؟

يتمثل هدف Family Care الرئيسي في ضمان أمنك ودعمك في المنزل. فعندما تعيش في منزلك أو في منزل أسرتك، تمتلك سلطة أكبر فيما يتعلق بحياتك. ويمكنك تحديد متى تقوم بأشياء معينة، مثل موعد الاستيقاظ وتناول الوجبات، وكيفية تخطيط يومك.

عندما تنضم لـ Family Care، My Choice Wisconsin ستتحدث معك عن الخدمات التي ستساعدك على العيش بأكبر قدر من الاستقلالية. ومن أمثلة الخدمات التي نقدمها المساعدة على الاستحمام والانتقال والتدبير المنزلي وتوصيل الوجبات للمنازل. كما أن الخدمات قد تتضمن بناء منحدر للكرسي المتحرك أو استخدام نظام تنبيه طبي. (انظر الفصل الرابع للاطلاع على قائمة كاملة للخدمات المغطاة).

يوفر برنامج Family Care إدارة الرعاية ومجموعة من الخدمات المُصممة لتلبية احتياجاتك. وسنحرص على التأكد من حصولك على الرعاية التي تحتاج إليها لتستمتع بصحة جيدة وللشعور بالأمان. كما سنساعدك في الحفاظ على علاقاتك بأسرتك وأصدقائك ومجتمعك.

إذا كنت شابًا بالغًا تستعد للانتقال خارج مدينتك، فيمكن لـ My Choice Wisconsin مساعدتك على أن تصبح أكثر استقلالية. فعلى سبيل المثال، يمكننا مساعدتك على تطوير المهارات التي تحتاج إليها للعثور على وظيفة أو معرفة طريقة إعداد وجباتك.

Family Care:

- يمكنه تحسين جودة حياتك أو الحفاظ عليها.
- يساعدك على العيش في منزلك أو شقتك، بين أفراد الأسرة والأصدقاء.
- يشركك في القرارات المتعلقة برعايتك وخدماتك.
- يزيد من استقلاليتك.

من سيساعدني؟

عندما تصبح عضوًا في Family Care، فستعمل مع فريق من المتخصصين من My Choice Wisconsin. وستكون جزءً مركزيًا من فريق رعايتك **ويجب أن تشترك في كل جزء** من تخطيط رعايتك.

سيقوم فريق رعايتك بإدراجك **أنت** و:

- ممرضة مسجلة.
- عامل اجتماعي أو مدير رعاية.
- متخصصون آخرون، تبعًا لاحتياجاتك، مثل معالج مهني أو أخصائي علاج طبيعي، أو أخصائي صحة نفسية.
- أي شخص تريد إشراكه، بما في ذلك أفراد الأسرة أو الأصدقاء.

تتمثل وظيفة فريق رعايتك في العمل معك لما يلي:

- تحديد نقاط القوة والموارد والاحتياجات والتفضيلات.
- إعداد خطة رعاية تتضمن المساعدة التي تحتاجها.
- التأكد من تزويدك بالفعل بالخدمات المضمنة في خطتك.
- التأكد من تلبية الخدمات التي توفرها Family Care لاحتياجات وفعاليتها من حيث التكلفة.
- التأكد من استمرار عمل خطة رعايتك لأجلك.

أخطر فريقك في حال حاجتك إلى أي مساعدة للمشاركة في العملية.

Family Care لا تحل محل المساعدة التي تحصل عليها من أسرتك أو أصدقائك أو غيرهم من الأشخاص المتواجدين في مجتمعك. وتشجع My Choice Wisconsin أفراد الأسرة والأصدقاء وغيرهم من الأشخاص المهمين لك على المشاركة في رعايتك. وسنعمل معك للاعتماد على هذه العلاقات الهامة. كما يمكننا مساعدتك في العثور على الموارد المتوفرة في مجتمعك والتي يمكنها مساعدتك، مثل المكتبات والمراكز العليا والكنائس.

عند الاقتضاء، يمكننا أيضًا المساعدة في العثور على طرق لتقوية شبكة دعمك. على سبيل المثال، إذا كان الأشخاص الذين يساعدونك بحاجة إلى استراحة، فيمكننا توفير خدمات راحة. حيث توفر خدمات الراحة استراحة مؤقتة لمقدمي الرعاية الخاصين بك لمنحهم وقتًا للاسترخاء والحفاظ على صحتهم.

ما معنى أن تكون عضوًا؟

كعضو في برنامج Family Care التابع لـ My Choice Wisconsin ، ستعمل أنت وفريقك معًا لاتخاذ قرارات بخصوص صحتك ونمط حياتك. ومعًا، ستختر أنت وفريق رعايتك أفضل خيارات ممكنة لدعمك.

ستحصل على خدمات رعايتك على المدى الطويل عن طريق موفري خدمات My Choice Wisconsin. وعندما تنضم إلى Family Care، سنعطيك معلومات عن كيفية الحصول على قائمة موفري الخدمات الذين وافقوا على العمل معنا. ستتعاون مع فريق الرعاية الخاص بك لاختيار مقدموا الخدمة الذين يلبون احتياجاتك على النحو الأمثل.

تؤمن My Choice Wisconsin بوجوب امتلاك الأعضاء التابعين لنا لخيار شخصي بخصوص وقت الحصول على الخدمات. والخيارات تعني أن يكون لك رأي في طريقة وموعد توفير الرعاية. كما أن كونك عضوًا وامتلاك الخيار الشخصي يعني تحملك مسؤولية مساعدة فريق الرعاية الخاص بك في العثور على الطرق الأكثر فعالية من حيث التكلفة لدعمك.

تتحمل My Choice Wisconsin مسؤولية تلبية احتياجات الرعاية على المدى الطويل **لكل** أعضائنا. ولا يمكننا القيام بذلك إلا إذا ساعدنا كل الأعضاء في إعداد خطط الرعاية التي لا تحقق النجاح فحسب، وإنما تتسم بالمعقولية والفعالية من حيث التكلفة. وبالعمل معًا، يمكننا التأكد من استمرار توفر Family Care لأشخاص آخرين يحتاجون إلى خدماتنا.

يمكنك الاحتفاظ بموفري الخدمات الطبيين الحاليين (على سبيل المثال، طبيبك العام، طبيب القدم، طبيب الأسنان، ومقوم العظام)، المستشفيات، العيادات، والصيدليات حيث تحصل على أدويتك الموصوفة. وتجدر الإشارة إلى أن برنامج **Family Care التابع لـ** My Choice Wisconsin **لا يتحمل المسؤولية عن هذه الخدمات.** فهذه الخدمات تُسدد بواسطة أنواع تأمين أخرى. وسيساعد فريق رعايتك على تنسيق خدمات Family Care الخاصة بك مع الخدمات المقدمة من طبيبك وموفري الخدمات الطبية الآخرين.

من يمكنه أن يكون عضوًا في My Choice Wisconsin؟

العضوية طوعية. ويعود لك خيار التسجيل في My Choice Wisconsin من عدمه. وللحصول على خدماتنا، يجب أن تلبي **كل** المتطلبات التالية:

- أن تكون بالغًا تعاني من إعاقة جسدية أو إعاقة في النمو/فكرية أو أن يكون سنك 65 سنة فما فوق.
- أن تكون مقيمًا في إحدى مناطق الخدمة (انظر القائمة أدناه).
- أن تكون مؤهلاً ماليًا لـ Medicaid.
- أن تكون مؤهلاً وظيفيًا كما هو محدد بموجب Wisconsin Adult Long Term Care Functional Screen (الفحص الوظيفي لرعاية الكبار على المدى الطويل بولاية ويسكونسن).
- توقيع نموذج التسجيل.

تتضمن منطقة الخدمة الخاصة بنا تلك المقاطعات الواقعة في Wisconsin:

Adams	Iowa	Racine
Buffalo	Jackson	Richland
Chippewa	Jefferson	Rock
Clark	Juneau	Sauk
Columbia	Kenosha	Sheboygan
Crawford	La Crosse	St Croix
Dane	Lafayette	Taylor
Dodge	Marquette	Trempealeau
Dunn	Milwaukee	Vernon
Eau Claire	Monroe	Walworth
Grant	Ozaukee	Washington
Green	Pepin	Waukesha
Green Lake	Pierce	Waushara

إذا كنت تخطط للانتقال خارج منطقة الخدمة، فيجب أن تخطر فريق الرعاية الخاص بك. تظهر معلومات الاتصال الخاصة بفريقك في صفحة الغلاف الداخلي من هذا الكتيّب. وإذا انتقلت خارج منطقة الخدمة التابعة لنا، فقد لا تتمكن من الاستمرار في التسجيل لدى My Choice Wisconsin.

بمجرد أن تصبح عضوًا، يجب أن تواصل تلبية متطلبات الأهلية المالية والوظيفية لتبقى مسجلاً.

- **الأهلية المالية** تعني الأهلية لـ Medicaid (المعروفة أيضًا بـ Medical Assistance أو MA أو Title 19). وتنظر وكالة صيانة الدخل إلى دخل الفرد وأصوله لتحديد إذا ما كان الشخص مؤهلاً لـ Medicaid أم لا. وفي بعض الأحيان، لتكون مؤهلاً ماليًا، سيضطر الأعضاء لسداد حصة تكلفة الخدمات التي يحصلون عليها. يُطلق على ذلك "المشاركة في التكاليف" ويجب سداده للحفاظ على الأهلية لـ Family Care. وإذا كنت ستشارك في التكلفة، فسيقوم موظفون من ADRC بمناقشة ذلك معك قبل اتخاذك لقرار نهائي بخصوص التسجيل. وستقوم وكالة صيانة الدخل

هذه بمراجعة أهليتك المالية ومشاركتك في التكلف مرة على الأقل في السنة للتأكد من استمرار أهليتك المالية لـ Family Care.

- **الأهلية الوظيفية** مرتبطة بصحة الشخص وحاجته للمساعدة في أشياء مثل الاستحمام، ارتداء الملابس، واستخدام الحمام. ويمكن لـ ADRC إخبارك إذا كنت مؤهلاً وظيفيًا لـ Family Care أم لا. وسيقوم فريقك بمراجعة أهليتك الوظيفية مرة على الأقل في السنة للتأكد من استمرار أهليتك.

كيف أصبح عضوًا؟

إذا لم تكن عضوًا بالفعل، غير أنك مهتم بأن تصبح عضوًا في My Choice Wisconsin، فيُرجى الاتصال بـ ADRC في منطقتك أو زيارته. يمكن العثور على عنوان ورقم هاتف ADRC المحلي الخاص بك في صفحة 12.

سيساعدك ADRC في تقييم مستوى حاجتك للخدمات والتأكد من أهليتك الوظيفية لـ Family Care. كما سيعطيك معلومات عن البرامج الأخرى المتوفرة ويساعدك على اختيار المورد أو البرنامج الأكثر مناسبةً لك.

أثناء عملية التسجيل، سيطلب ADRC منك ما يلي:

- توفير معلومات عن صحتك واحتياجاتك.
- توفير معلومات عن دخلك وأصولك.
- توقيع نموذج "تحرير المعلومات" بالنسبة لسجلاتك الطبية.
- إكمال وتوقيع نموذج التسجيل.

كما ستتحدث مع عامل صيانة الدخل. وسيقوم هذا الشخص بتحديد إذا ما كنت تلبي الأهلية المالية لـ Family Care أم لا.

كيف يعمل برنامج Family Care؟

عندما تسجل في برنامج Family Care، فستقوم أنت وفريق رعايتك بتقييم احتياجاتك ونقاط قوتك وتفضيلاتك. ويتمثل جزء من هذه العملية في إخبار فريقك عن نوع الحياة التي تريد عيشها والدعم الذي تحتاجه لعيش نوع الحياة الذي تريده. حيث يمنح ذلك فريقك فهمًا واضحًا لما هو مهم بالنسبة لك.

تحديد نتائج تجربتك الشخصية

أثناء التقييم، سيساعدك فريق رعايتك على تحديد **نتائج تجربتك الشخصية**. وهذه النتائج هي الأهداف التي تحددها لحياتك الخاصة وتتضمن ما يلي:

- مدخلات عن:
  - أين تعيش ومع من
  - الدعم اللازم والخدمات اللازمة ومن يوفرها لك
  - روتينك اليومي
- التجربة الشخصية – وجود:
  - تفاعل مع الأسرة والأصدقاء
  - وظيفة أو أنشطة هادفة أخرى
  - الانخراط في المجتمع
  - الاستقرار
  - الاحترام والنزاهة
  - الخصوصية
- الصحة والسلامة – كونك:
  - تتمتع بصحة جيدة
  - تتمتع بالأمان
  - لا تتعرض لإساءة المعاملة والإهمال

أنت فقط من يمكنه إخبار فريق رعايتك بما هو مهم بالنسبة لك. و**أنت** تحدد معنى عبارات النتائج هذه بالنسبة لك ولحياتك. على سبيل المثال، قد يرغب الشخص في:

- التمتع بصحة جيدة كافية للاستمتاع بزيارات الأحفاد.
- الحصول على وظيفة بأجر.
- التمتع باستقلالية كافية للعيش في شقته أو شقتها.

من حقك توقع أن فريق رعايتك سيعمل معك لتحديد نتائج تجربتك الشخصية. وقبل أن تقوم My Choice Wisconsin بشراء الخدمات لأجلك، يجب على فريق رعايتك دراسة أفضل أنواع دعم الخدمات المناسب لاحتياجاتك وأكثرها فعالية من حيث التكلفة. لا يعني ذلك أن My Choice Wisconsin ستقوم بتوفير الخدمات على الدوام لمساعدتك على تحقيق نتائجك. **تجدر الإشارة إلى أن الأشياء التي تقوم بها لنفسك أو المساعدة التي تحصل عليها من الأسرة والأصدقاء والآخرين ستكون جزءً مهمًا للغاية من خطة لدعم نتائجك.**

تحديد نتائج رعايتك على المدى الطويل

أثناء عملية التقييم، ستقوم أنت وفريق رعايتك أيضًا بتحديد **نتائج رعايتك على المدى الطويل**. حيث يساعدك ذلك أنت وفريق رعايتك على معرفة الخدمات التي ستلبي احتياجات رعايتك على المدى الطويل. ونتائج الرعاية على المدى الطويل هي تلك الأشياء التي يمكن لـ **Family Care** مساعدتك في تحقيقها للحصول على نوع الحياة الذي تريده. على سبيل المثال:

- التمكن من تلبية احتياجاتك اليومية
- الحصول على ما تحتاج إليه للبقاء آمنًا وبصحة جيدة وأكبر قدر من الاستقلالية

سيساعد تحديد هذه الأشياء في السماح لك بالتركيز على الأشخاص والأنشطة الأكثر أهمية بالنسبة لك. على سبيل المثال، الحصول على المساعدة لارتداء الملابس أو الاستحمام قد يساعد أيضًا في شعور الشخص بشعور جيد كافي للذهاب إلى العمل أو زيارة الأسرة والأصدقاء.

سيقوم فريق رعايتك بإعداد خطة من شأنها أن تساعدك على المضي قدمًا نحو النتائج التي تحددها أنت وفريقك أثناء عملية التقييم.

ما الذي يجب أن تتضمنه خطة رعايتك؟

ستحتوي خطة رعايتك على ما يلي وستكون واضحة فيما يتعلق به:

- احتياجات صحتك الجسدية وقدرتك على القيام بمهام وأنشطة محددة (مثل تناول الطعام وارتداء الملابس).
- نقاط قوتك وتفضيلاتك.
- نتائج تجربتك الشخصية.
- نتائج رعايتك على المدى الطويل.
- الخدمات التي ستحصل عليها.
- من سيقوم بتوفير كل خدمة.
- الأشياء التي ستقوم بها بنفسك أو بمساعدة من الأسرة أو الأصدقاء أو موارد أخرى في مجتمعك.

سيطلب منك فريق رعايتك توقيع خطة رعايتك، التي تشير إلى أنك شاركت في إعدادها. وستحصل على نسخة من خطتك الموقعة. إذا لم تكن سعيدًا بخطتك، فهناك إجراءات تظلم وطعن متوفرة لك. (انظر الفصل الثامن لمزيد من المعلومات).

سيتواصل فريق رعايتك معك بانتظام للحديث عن حالتك والتحقق مما إذا كانت الخدمات مفيدة لك أم لا. ويُطالب فريقك بالاجتماع معك كل ثلاثة أشهر على الأقل. وقد يجتمع فريقك معك أكثر من ذلك إذا كانت هناك حاجة إلى مزيد من الزيارات المتكررة.

كيف تُحدد الخدمات وتُعتمد؟

يجب أن يعتمد فريق رعايتك كل الخدمات **قبل** حصولك عليها. ولا تُطالب My Choice Wisconsin بالسداد مقابل الخدمات التي تحصل عليها دون اعتمادنا لها مسبقًا. **إذا كنت ترتب للحصول على خدمات بنفسك دون اعتماد من فريق رعايتك، فقد تضطر للسداد مقابلها.** لذا، يُرجى التحدث إلى فريقك إذا كنت بحاجة لخدمة غير معتمدة.

ملاحظة: إذا كنت تدرس الانتقال إلى منشأة رعاية دائمة أو دار مسنين، فإن My Choice Wisconsin لا تعتمد الخدمات السكنية إلا في حالات معينة. انظر صفحة 40 لمزيد من التفاصيل.

بالرغم من أن My Choice Wisconsin مسؤولة عن دعم نتائج رعايتك على المدى الطويل، إلا أنه يجب علينا أيضًا مراعاة التكلفة عند تخطيط رعايتك واختيار موفري خدمات لتلبية احتياجاتك. وللقيام بذلك، سيستخدم فريق رعايتك عملية Resource Allocation Decision (RAD) (قرار تخصيص الموارد) كدليل في اتخاذ قرارات عن الخدمات.

القواعد الأساسية للحصول على الخدمات

سنقوم في العموم بتغطية خدماتك طالما أن:

- الخدمات مضمنة في حزمة مزايا Family Care (انظر صفحة 32).
- الخدمات تدعم نتائج رعايتك على المدى الطويل.
- الخدمات هي الطريقة الأكثر فعالية من حيث التكلفة لدعم احتياجاتك.
- هذه الخدمات مضمنة في خطة رعايتك.
- فريق رعايتك قام باعتماد الخدمات مسبقًا والسماح بها.

نبذة عن عملية Resource Allocation Decision (RAD) (قرار تخصيص الموارد)

عملية RAD هي أداة خطوة بخطوة ستستخدمها أنت وفريقك للعثور على الطرق الأكثر فعالية وكفاءة لتلبية احتياجاتك ودعم نتائج رعايتك على المدى الطويل.

والفعالية من حيث التكلفة هي جزء هام من RAD. حيث تشير الفعالية من حيث التكلفة إلى دعم نتائج رعايتك على المدى الطويل بتكلفة وجهد معقولين. على سبيل المثال، إذا قام موفري خدمة مختلفين بتقديم المساعدة التي تحتاج إليها، فستقوم My Choice Wisconsin بشراء الخدمة الأكثر مناسبة.

يحق لك معرفة وفهم كل خياراتك، بما في ذلك مدى فعالية الأشياء من حيث التكلفة. وتتحمل مسؤولية التحدث مع فريق رعايتك حول هذه الخيارات حتى تتمكنوا من اتخاذ القرارات معًا. ويشمل ذلك طرح الأسئلة ومشاركة آرائك.

أثناء عملية RAD، ستتحدث أنت وفريق رعايتك عن الخدمات التي تحتاج إليها. ومعًا ستستكشفون الخيارات المتوفرة لتلبية نتائج رعايتك على المدى الطويل. وذلك يتضمن الحديث عن كيف يمكن للأصدقاء أو الأسرة أو الآخرين تقديم المساعدة. في العديد من الأوقات، يمكنك تحقيق نتيجتين أو أكثر من نتائجك دون الكثير من المساعدة من قبل My Choice Wisconsin وذلك بسبب قدرة الأسرة أو الأصدقاء أو أشخاص آخرين على مساعدتك واختيارهم القيام بذلك. وستقوم My Choice Wisconsin بشراء الخدمات التي لا يمكن لوسائل الدعم الخاصة بك توفيرها.

يتمثل هدفنا في دعم الأشخاص المتواجدين في حياتك الذي يختارون مساعدتك بالفعل. وتحافظ "وسائل الدعم الطبيعية" هذه على إبقاء الأشخاص المهمين لك في حياتك اليومية. وبناءً على ذلك، وبدلاً من استبداله، تزيد المساعدة التي تحصل عليها من أسرتك وأصدقائك منن قوة هذه العلاقات التي لا تُقدر بثمن وتساعد My Choice Wisconsin على السداد مقابل الخدمات متى كانت هناك حاجة إليها.

في نهاية عملية RAD، ستتحدث أنت وفريقك عن كيف يمكنك التحكم في حياتك بشكلٍ أكبر وإذا ما كنت مهتمًا بتوجيه خدماتك أم لا.

سيعثر فريق رعايتك على موفري الخدمات لمساعدتك. ويجب أن يكون لموفري الخدمات هؤلاء عقد مبرم مع My Choice Wisconsin. إذا شعرت بالاستياء من أي موفر خدمة، فيحق لك طلب موفر خدمة جديد، إلا أنه يجب التحدث مع فريق رعايتك أولاً. ويجب أن يعتمد فريقك كل الخدمات التي تحصل عليها.

ماذا لو تغيرت احتياجاتي؟

قد تتغير خدماتك بمرور الوقت بتغير حالتك الصحية والمعيشية. على سبيل المثال، قد تنخفض خدماتك إذا تحسنت صحتك الجسدية. إذا زادت احتياجاتك، فسنتأكد من حصولك على المساعدة التي تحتاج إليها للبقاء آمنًا وبصحة وجيدة ومستقلاً بأكبر قدر ممكن. فأحد أهدافنا هو توفير الخدمة الصحيحة بالمبلغ المناسب وفي المكان المناسب.

إذا تغيرت احتياجاتك، فيُرجى إخبار فريق رعايتك. ويُرجى العلم بأننا سنتواجد على الدوام لدعمك.

كيف أستخدم شبكة موفري الخدمات؟

ستحدد أنت وفريق رعايتك موفري الخدمات من "شبكة موفري الخدمات". وتوجد قائمة موفري الخدمات التي نستخدمها عادةً على موقعنا على العنوان www.mychoicewi.org. نطلق على هذه القائمة Provider Network Directory (شبكة موفري الخدمات). إذا كنت تريد نسخة ورقية من Provider Network Directory (شبكة موفري الخدمات)، فيمكنك طلب نسخة من فريق الرعاية الخاص بك.

أعلم فريقك إذا كنت بحاجة إلى معلومات عن إمكانيات موفري الخدمات الخاصين بك. على سبيل المثال، يمكنك السؤال إذا ما كان لدى موفري الخدمات طاقم عمل يتحدث لغة معينة، أو يفهم ثقافة إثنية معينة أو معتقد ديني معين. كما يمكن لفريق رعايتك إخبارك إذا ما كان من الممكن وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى أماكن وأجهزة موفر الخدمة أم لا.

نتعاقد مع موفري خدمة يساعدون على دعم نتائج أعضائنا على المدى الطويل. ويعمل موفرو الخدمات التابعين لنا معنا بطريقة فعالة من حيث التكلفة ويجب أن يلبوا معايير الجودة الخاصة بنا. هذا وتمنحك شبكة موفري الخدمات الخاصة بنا مجموعة من موفري الخدمات، متى أمكن. مع ذلك، يجب على My Choice Wisconsin التأكد أيضًا من أن موفر الخدمة يمثل خيارًا فعالاً من حيث التكلفة.

بعد أن يعتمد فريق رعايتك الخدمات الخاصة بك، ستقوم أنت وفريقك بالاختيار من بين موفري الخدمات الموجودين في Provider Network Directory (شبكة موفري الخدمات) الخاص بـ My Choice Wisconsin. وإذا لم يكن لديك موفر خدمة يمكنه تلبية احتياجاتك، أو إذا كان كل موفري الخدمة المعتادين لدينا موجودين بعيدًا جدًا عن المكان الذي تعيش فيه، فقد نستخدم موفر خدمة خارج شبكتنا. ولاختيار موفر خدمة خارج شبكتنا، يجب أن تتحدث مع فريق رعايتك.

إذا كنت من سكان أمريكا الأصليين أو ألاسكا الأصليين، فيمكنك الحصول على الخدمات من موفر رعاية صحية هندي خارج شبكتنا.

قد تكون هناك أوقات ترغب فيها في تغيير موفري الخدمات. اتصل بفريق رعايتك إذا كنت تريد التغيير من أحد موفري الخدمات لآخر داخل الشبكة. **إذا قمت بتغيير موفري الخدمات بدون الحديث مع فريقك والحصول على الاعتماد أولاً، فقد تتحمل مسؤولية تكلفة الخدمة.**

بالنسبة لموفري الخدمات الذين يأتون إلى منزلك أو يوفرون الرعاية الشخصية الودية، قد نتمكن من شراء خدمات من أشخاص مألوفين لك، مثل أحد أفراد الأسرة. ويجب أن يكون الشخص الذي تختار استخدامه مؤهلاً وموافقًا على العمل بتكلفة مشابهة لموفري الخدمة الآخرين التابعين لنا.

كيف يساعدك برنامج Family Care على إدارة خدماتك؟

تحترم My Choice Wisconsin اختيارات أعضائها. على سبيل المثال:

- ترتيب المعيشة، الروتين اليومي، خدمات الدعم التي تختارها هي أمثلة لفئات النتائج التي يدعمها برنامج Family Care. فأنت تقول ما يهمك في مجالات النتائج هذه. وتعمل مع فريق رعايتك للعثور على الطرق المعقولة لدعم نتائجك. إذا كنت لا تعتقد أن خطة رعايتك توفر الدعم المعقول لنتائجك، فيمكنك تقديم مظلمة أو طعن. (انظر الفصل الثامن لمزيد من المعلومات).
- سننظر في استخدام موفر خدمة لا نستخدمه عادةً في حال طلبك لذلك.
- بالنسبة لموفري الخدمات الذين يأتون إلى منزلك أو يوفرون الرعاية الشخصية الودية، سنقوم – بناءً على طلبك – بشراء الخدمات من أي موفر خدمة مؤهل، بما في ذلك أحد أفراد الأسرة. **ويجب أن يلبي موفر الخدمة أو فرد الأسرة متطلباتنا وأن يقبل المبلغ المالي الذي نسدده.**
- يحق لك التغيير إلى فريق رعاية مختلف، حتى مرتين في السنة التقويمية. ولا يحق لك ذكر سبب رغبتك في فريق مختلف. وقد لا تتمكن My Choice Wisconsin على الدوام من تلبية طلبك أو منحك الفريق المحدد الذي تريده.
- يمكنك اختيار التوجيه الذاتي لخدمة أو أكثر من الخدمات التي تحصل عليها.

ما وسائل الدعم الموجهة ذاتيًا؟

يمكنك استخدام خيار وسائل الدعم الموجه ذاتيًا من برنامج Family Care إذا كنت تريد الحصول على مزيد من المسؤولية وأن تكون أكثر مشاركةً في توجيه خدماتك الخاصة. واختيار التوجيه الذاتي يشير إلى أنه سيكون لك رأي أكبر في كيفية حصولك على الخدمات وممن تحصل عليها.

في بعض أنواع وسائل الدعم الموجه ذاتيًا، يحق لك التحكم في ميزانية خدماتك وتحمل مسؤوليتها. كما قد يحق لك التحكم في موفري الخدمات، بما في ذلك مسؤولية تعيين عمال رعايتك المباشرين وتدريبهم والإشراف عليهم وفصلهم. وفي أنواع أخرى من وسائل الدعم الموجه ذاتيًا، يمكنك تحديد موفر الخدمة، إلا أن الوكالة ترعى التعيين الفعلي للموظفين وتدريبهم والإشراف عليهم.

تُستخدم وسائل الدعم الموجهة ذاتيًا كثيرًا للرعاية المنزلية، إلا أنها قد تُستخدم أيضًا لخدمات خارج المنزل، مثل المواصلات والرعاية الشخصية في محل عملك. ويمكن لفريق رعايتك إخبارك بالخدمات التي يمكن توجيهها ذاتيًا في برنامج Family Care.

يمكنك اختيار مدى رغبتك في المشاركة في وسائل الدعم الموجهة ذاتيًا. ولا يتم اتباع نهج "الكل أو لا شيء". حيث يمكنك اختيار توجيه خدمة أو أكثر. على سبيل المثال، يمكنك اختيار توجيه خدمات ذاتيًا تساعدك على البقاء في منزلك أو تساعدك في العثور على وظيفة والحفاظ عليها. ثم يمكنك العمل مع فريق رعايتك لإدارة خدمات تهدف إلى نتائج أخرى في خطة رعايتك.

إذا اخترت استخدام خيار وسائل الدعم الموجه ذاتيًا، فستعمل مع فريقك لتحديد ميزانية الخدمات بناءً على خطة رعايتك. وستقوم بشراء خدماتك في حدود هذه الميزانية، سواء بشكلٍ مباشر أو بمساعدة شخص آخر أو وكالة أخرى من اختيارك.

إذا كنت مهتمًا بوسائل الدعم الموجه ذاتيًا، فيُرجى سؤال فريق الرعاية الخاص بك عن معلومات أكثر حول مزاياها وحدودها.

ما الذي يتعين علي القيام به في حالة الطوارئ؟

إذا كنت تواجه حالة طارئة، فاتصل بـ911.

*أنت **لا** تحتاج إلى الاتصال بفريق رعايتك أو الحصول على تصريح مسبق في حالة الطوارئ.*

حالة الطوارئ تعني اعتقادك بأن صحتك في خطر كبير. ويجب أن تكون حالة الطوارئ مرض مفاجئ أو الاشتباه في أزمة قلبية أو سكتة دماغية أو كسر في العظام أو نوبة ربو خطيرة.

إذا كنت تواجه حالة طارئ طبية:

- احصل على المساعدة في أقرب وقت ممكن. اتصل بـ 911 أو اذهب إلى أقرب غرفة طوارئ، مستشفى، أو مركز رعاية عاجلة.
- أخبر موظفو الطوارئ أو المستشفى بأنك عضو في My Choice Wisconsin.
- اتصل أنت أو شخص آخر بفريق رعايتك في أقرب وقت ممكن (في غضون 48 ساعة) لإخباره برعايتك الطارئة.

بالرغم من أن برنامج Family Care لا يغطي الخدمات الطبية، إلا أنه من الضروري إخبار فريق رعايتك في حال ذهابك إلى غرفة الطوارئ أو دخول المستشفى. فبهذه الطريقة يمكننا إخبار موفر خدماتك الحالي بأنك في المستشفى ويمكننا تنسيق خدمات المتابعة. على سبيل المثال، قبل أن تغادر المسشتفى، قد يحيلك الطبيب إلى وكالة صحة منزلية للحصول على خدمات المتابعة. وقد يحتاج فريق رعايتك إلى اعتماد خدمات الصحة المنزلية قبل أن تغادر المستشفى.

كيف أحصل على الرعاية بعد ساعات العمل الطبيعية؟

إذا كنت تواجه حاجة ملحة يتعذر أن تنتظر حتى يوم العمل التالي، فاتصل بـ 800-963-0035 أو الهاتف النصي 711. حيث يتوفر موظفون تحت الطلب على مدار الساعة وطوال الأسبوع. ويمكن للموظفين تحت الطلب اعتماد الخدمات اللازمة بشكل مؤقت للمتابعة حتى يوم العمل التالي. وسيقوم فريق رعايتك بالمتابعة معك لتحديد إذا ما كان يجب استمرار الخدمات أم لا.

ماذا إذا احتجت للرعاية أثناء تواجدي خارج المنطقة؟

إذا كنت ستتواجد خارج منطقة خدمة My Choice Wisconsin ، وتريد مواصلة الحصول على الخدمات أثناء غيابك، فيجب أن **تخطر فريق رعايتك في أقرب وقت ممكن**. وستتشاور My Choice Wisconsin مع وكالة صيانة الدخل لمعرفة إذا ما كان غيابك سيؤثر على حالتك كمقيم بـcounty (المقاطعة) أم لا.

- إذا **لم تعد مقيمًا** بـcounty (المقاطعة) التي تخدمها My Choice Wisconsin ، فاتصل بـ aging and disability resource center (ADRC) (مركز موارد الشيخوخة والإعاقة) في county (المقاطعة) التي تذهب إليها. ويمكن لـADRC إخبارك بالبرامج المتوفرة في هذه county (المقاطعة).
- إذا كنت **ستُعتبر مقيمًا**، فستعمل My Choice Wisconsin معك لتخطيط طريقة فعالة من حيث التكلفة لدعم احتياجاتك والحفاظ على صحتك وأمنك أثناء الغياب.

إذا اعتقدت My Choice Wisconsin أنه يتعذر إعداد خطة فعالة من حيث التكلفة تلبي احتياجاتك وتضمن صحتك وأمنك أثناء التواجد خارج منطقة الخدمة، فيمكننا مطالبة الولاية بإلغاء تسجيلك في البرنامج. وإذا طالبنا الولاية بإلغاء تسجيلك، فستُمنح فرصة للطعن على طلبنا من خلال عملية الطعن. (انظر الفصل الثامن لمزيد من المعلومات).

لا تسدد My Choice Wisconsin مقابل الرعاية إذا انتقلت خارج منطقة خدمتنا بشكل دائم. وإذا كنت تخطط للانتقال بشكلٍ دائم، فاتصل بفريق رعايتك في أقرب وقت ممكن. وسيتحدث فريقك معك عن عواقب الانتقال بشكلٍ دائم. إذا كنت تقيم في Wisconsin، فسنحيلك إلى ADRC في موقعك الجديد حيث يمكنك الحصول على معلومات عن البرامج والمنظمات الأخرى المتوفرة لك. وإذا قررت إجراء تغيير، فيمكن لفريق رعايتك وموظفي ADRC مساعدتك على تغيير خدماتك إلى موفري خدمات في موقعك الجديد.

الفصل الرابع. حزمة مزايا برنامج Family Care

ما الخدمات المقدمة؟

عادةً ما تعتمد الخدمات المتوفرة لك على مستوى رعايتك. وثمة "مستويان للرعاية" في برنامج Family Care.

1.) **"مستوى رعاية دار المسنين"** – إذا كنت تلبي مستوى الرعاية هذا، فذلك يعني أن احتياجاتك هامة بالقدر الكافي لتأهلك للحصول على الخدمات في دار مسنين. (وهذا لا يعني وجوب تواجدك في دار مسنين للحصول على الخدمات). تجدر الإشارة إلى توفر مجموعة كبيرة من الخدمات في مستوى الرعاية هذا.

2.) **"مستوى رعاية خلاف دار المسنين"** – إذا كنت تلبي مستوى الرعاية هذا، فذلك يعني أنك بحاجة إلى بعض خدمات الرعاية على المدى الطويل، إلا أنك لن تكون مؤهلاً للحصول على الخدمات في دار المسنين. تجدر الإشارة إلى أن توفر مجموعة محدودة من الخدمات في مستوى الرعاية هذا.

قد يتغير مستوى رعايتك بمرور الوقت بتغير حالتك الصحية أو المعيشية. على سبيل المثال، في حال دخولك المستشفى أو دار المسنين، سيجتمع فريق رعايتك معك لتحديد إذا كان مستوى رعايتك تغير أم لا. وإذا كنت لا تعرف مستوى رعايتك، فاسأل فريق رعايتك.

ترد الخدمات التي يغطيها برنامج Family Care في مخطط "حزمة مزايا برنامج Family Care" بالصفحة التالية (الصفحة 33). وبالرغم من توفر الخدمات الواردة في حزمة الفوائد لكل الأعضاء، إلا أن هذا لا يعني إمكانية حصولك على خدمة بسبب وجودها في القائمة وحسب. فلن تحصل إلا على الخدمات اللازمة لدعم نتائج رعايتك على المدى الطويل وضمان صحتك وأمنك. وستستخدم أنت وفريق رعايتك عملية RAD لإعداد خطة الرعاية الأكثر فعالية من حيث التكلفة.

قد تقوم My Choice Wisconsin بتوفير خدمة غير واردة بالقائمة. ويجب أن تلبي وسائل الدعم أو الخدمات البديلة شروطًا معينة. وستقرر أنت وفريق رعايتك متى تحتاج إلى خدمات بديلة لتلبية نتائج رعايتك على المدى الطويل.

يجب أن يعتمد فريق رعايتك كل الخدمات قبل أن تبدأ في الحصول عليها. ويُرجى ملاحظة الآتي:

- قد يضطر بعض الأعضاء للمشاركة في التكاليف للتأهل لبرنامج Family Care.
- يتضمن برنامج Family Care قواعدًا لاعتماد الخدمات السكنية والإقامة في دار المسنين. ولن تعتمد My Choice Wisconsin الخدمات السكنية إلا في حالات معينة.
- لا تحتوي حزمة المزايا إلا على بعض الخدمات المؤهلة للتوجيه الذاتي في برنامج Family Care. فيُرجى مراجعة فريق رعايتك إذا كنت تريد المزيد من المعلومات.

مخطط حزمة مزايا برنامج Family Care

تتوفر الخدمات التالية طالما أنها:

- مطلوبة لدعم نتائج رعايتك على المدى الطويل.
- معتمدة مسبقًا من فريق رعايتك.
- مذكورة في خطة رعايتك.

	مستوى رعاية دار المسنين	مستوى رعاية خلاف دار المسنين
الخدمات القائمة على المجتمع بخطة ولاية MEDICAID		
خدمات المعالجة اليومية من إدمان الكحول والمخدرات الأخرى (AODA) (في كل البيئات باستثناء القائمة على المستشفى أو المقدمة من طبيب)	✓	✓
خدمات إدمان الكحول والمخدرات الأخرى (AODA) (باستثناء المقدمة للمرضى الداخليين أو من الطبيب)	✓	✓
خدمات إدارة الرعاية/الحالة	✓	✓
برنامج الدعم المجتمعي (باستثناء المقدمة من الطبيب)	✓	✓
المعدات الطبية والمستلزمات الطبية الدائمة (باستثناء وسائل تقوية السمع والأطراف الصناعية ووسائل تنظيم الأسرة)	✓	✓
الصحة المنزلية	✓	✓
خدمات معالجة الصحة العقلية اليومية (في كل البيئات)	✓	✓
خدمات الصحة العقلية (باستثناء المقدمة للمرضى الداخليين أو من الطبيب)	✓	✓
التمريض (بما في ذلك رعاية الجهاز التنفسي والتمريض العام على فترات متقطعة والخاص)	✓	✓
العلاج المهني (في كل البيئات باستثناء المرضى الداخليين بالمستشفى)	✓	✓
الرعاية الشخصية	✓	✓
العلاج الطبيعي (في كل البيئات باستثناء المرضى الداخليين بالمستشفى)	✓	✓
خدمات أمراض النطق واللغة (في كل البيئات باستثناء المرضى الداخليين بالمستشفى)	✓	✓
النقل إلى المواعيد الطبية (باستثناء سيارة الإسعاف)	✓	✓

	مستوى رعاية دار المسنين	مستوى رعاية خلاف دار المسنين
الخدمات المؤسسية بخطة ولاية MEDICAID		
دار المسنين، بما في ذلك منشأة الرعاية الوسيطة للأفراد ذوي الإعاقات الفكرية ومؤسسة الأمراض العقلية. (الخدمات المتوفرة في مؤسسة الأمراض العقلية لا تشمل إلا الأعضاء تحت سن 21 سنة أو سن 65 سنة فما فوق).	✓	
خدمات التنازل القائمة على المنزل والمجتمع		
وسائل المساعدة التكيفية	✓	
الرعاية النهارية للبالغين	✓	
التكنولوجيا المساعدة/وسائل المساعدة على التواصل	✓	
الخدمات الاستشارية السريرية والعلاجية لمقدمي الرعاية	✓	
تثقيف وتدريب المستهلك	✓	
الخدمات الاستشارية والعلاجية	✓	
التدريب على مهارات الحياة اليومية	✓	
الخدمات النهارية	✓	
خدمات الإدارة المالية	✓	
توصيل الوجبات إلى المنازل	✓	
تعديلات المنزل	✓	
الاستشارات السكنية	✓	
نظام الاستجابة للطوارئ الشخصية	✓	
الخدمات قبل المهنية	✓	
خدمات النقل	✓	
الرعاية السكنية: منزل أسرة لبالغ يحتوي على 1-2 سرير	✓	
الرعاية السكنية: منزل أسرة لبالغ يحتوي على 3-4 أسرة	✓	
الرعاية السكنية: منشأة سكنية قائمة على المجتمع	✓	
الرعاية السكنية: مجمع سكني للرعاية السكنية	✓	
الرعاية المؤقتة	✓	
خدمات الرعاية الشخصية الموجهة ذاتيًا	✓	
التمريض المتمكن	✓	
المعدات والمستلزمات الطبية المتخصصة	✓	

	مستوى رعاية دار المسنين	مستوى رعاية خلاف دار المسنين
وسيط الدعم	✓	
التوظيف المدعوم – خدمات دعم التوظيف الفردي وتوظيف المجموعات الصغيرة	✓	
الرعاية المنزلية الداعمة	✓	
خدمات التدريب لمقدمي الرعاية الذين لا يحصلون على أجر	✓	
النقل (النقل المتخصص) – وسائل النقل المجتمعية وغيرها	✓	
تخطيط ودعم المستقبل المهني	✓	

ما الخدمات غير المقدمة؟

بالرغم من أن الخدمات التالية لا تتوفر في حزمة مزايا الرعاية على المدى الطويل من برنامج Family Care، إلا أنها تتوفر لك من خلال بطاقة Wisconsin Medicaid ForwardHealth:

- خدمات إدمان الكحول والمخدرات الأخرى (المقدمة بواسطة طبيب أو في بيئة المرضى الداخليين)
- السمعيات، بما في ذلك تقييم وظيفة السمع وإعادة تأهيل ضعف السمع
- تقويم العمود الفقر
- التدخل في الأزمات
- طب الأسنان
- الرعاية الطارئة (بما في ذلك الإسعاف الجوي والأرضي)
- النظارات
- خدمات تنظيم الأسرة
- وسائل تقوية السمع وبطارية وسائل تقوية السمع
- دار العجزة (الرعاية الداعمة للمرض العضال)
- المستشفى: المرضى الداخليين والخارجيين، بما في ذلك رعاية غرفة الطوارئ (باستثناء العلاج الطبيعي للمرضى الخارجيين، العلاج المهني، وأمراض الكلام واللغة، خدمات الصحة العقلية المقدمة من طرف خلاف الطبيب، وخدمات إدمان الكحول والمخدرات الأخرى المقدمة من طرف آخر خلاف الطبيب)
- الخدمات المتوفرة في مؤسسة الأمراض العقلية (الخدمات لا تشمل إلا الأعضاء تحت سن 21 سنة أو سن 65 سنة فما فوق)
- خدمات الممرضة الممارسة المستقلة
- المعمل والأشعة السينية
- الأدوية/العقاقير الموصوفة
- خدمات الصحة العقلية (المقدمة من الطبيب أو في بيئة المرضى الداخليين)
- تصحيح البصر
- خدمات الطبيب والخدمات السريرية (باستثناء العلاج الطبيعي للمرضى الخارجيين، العلاج المهني، وأمراض الكلام واللغة، خدمات الصحة العقلية المقدمة من طرف خلاف الطبيب، وخدمات إدمان الكحول والمخدرات الأخرى المقدمة من طرف آخر خلاف الطبيب)
- طب الأقدام (رعاية القدم)
- تنسيق الرعاية ما قبل الولادة
- الأطراف الصناعية
- الطب النفسي
- الخدمات القائمة على المدرسة
- الانتقال بسيارة الإسعاف

بالرغم من أن برنامج Family Care لا يغطي الخدمات سالفة الذكر، إلا أنك مؤهل للحصول عليها من خلال برنامج Medicaid المعتاد. وسيعمل فريق رعايتك معك عن كثب لمساعدتك في الحصول على الخدمات عندما تحتاج إليها. إذا كان لديك Medicare، مزايا Veterans (VA)، أو تأمين آخر بالإضافة إلى Medicaid، فقد تغطي هذه التأمينات الخدمات سالفة الذكر. وقد يكون هناك سداد مشترك لهذه الخدمات.

بالإضافة إلى القائمة أعلاه، لا تتوفر العناصر والخدمات التالية:

- الخدمات التي لم يعتمدها فريق رعايتك أو غير المضمنة في خطة رعايتك
- الخدمات غير الضرورية لدعم نتائج رعايتك على المدى الطويل
- النفقات المعيشية الطبيعية، مثل الإيجار أو مدفوعات الرهن العقاري، الطعام، المرافق، الترفيه، الملابس، الأثاث، المستلزمات المنزلية، والتأمين
- العناصر الشخصية في غرفتك بمنشأة الرعاية الدائمة أو دار المسنين، مثل الهاتف أو التلفزيون
- الإقامة والمعيشة في المباني السكنية
- رسوم الوصاية

الفصل الخامس. فهم من يسدد مقابل الخدمات وتنسيق المزايا الخاصة بك

هل سأسدد مقابل أي خدمات؟

أنت غير مضطر للسداد مقابل الخدمات المذكورة في خطة رعايتك بصفتها ضرورية لدعم نتائج رعايتك على المدى الطويل. وفي حال ترتيبك الحصول على خدمات غير واردة في خطة رعايتك، ستتحمل مسؤولية السداد مقابلها.

أنت مسؤول عن المدفوعات المشتركة الخاصة بالخدمات التي تحصل عليها من برنامج Medicaid المعتاد. ويتضمن ذلك المدفوعات المشتركة الخاصة بالأدوية، زيارات الطبيب، وزيارات المستشفى. والمدفوعات المشتركة هي المبلغ الثابت (5 دولارات، على سبيل المثال) الذي تسدده مقابل خدمة الرعاية الصحية المغطاة. كما قد تتحمل مسؤولية المدفوعات المشتركة إذا كان لديك مزايا أو تأمين Veterans (VA) آخر بالإضافة إلى Medicaid.

هناك نوعان آخران من النفقات التي قد تضطر لسدادها كل شهر:

- حصة التكلفة
- الإقامة والمعيشة

بالرغم من أن السداد المشترك والإقامة والمعيشة شيئان مختلفان، إلا أنك قد تضطر للسداد مقابلهما.

حصة التكلفة

قد يضطر بعض الأعضاء لسداد مبلغ شهري ليبقى مؤهلاً لـ Family Care. يُعرف هذا المبلغ الشهري بـ**"حصة التكلفة"**. وتعتمد حصة التكلفة الخاصة بك على عدة عوامل منها الدخل، تكاليف السكن، والنفقات الطبية. تجدر الإشارة إلى أن المبلغ الذي تسدده مقابل نفقات معينة قد يقلل حصتك في التكلفة. ويمكن لفريق رعايتك شرح أنواع النفقات التي قد تقلل حصتك في التكلفة والإيصالات التي يجب أن تحتفظ بها. وسيطلب فريق رعايتك نسخًا من الإيصالات ويكتشف إذا ما كانت النفقات قد تساعد في خفض المبلغ المستحق عليك أم لا.

إذا كنت تسدد حصة التكلفة، فستحصل على إيصال من My Choice Wisconsin كل شهر. وبالرغم من أنك ترسل المبلغ بالبريد إلى My Choice Wisconsin، إلا أن وكالة صيانة الدخل تحدد المبلغ الذي يجب أن تسدده كل شهر.

سيتم النظر في مبلغ تكلفة الحصة الخاص بك مرة واحدة في السنة، أو في أي وقت يتغير فيه دخلك. **وقد تُطالب بابلاغ فريق رعايتك ووكالة صيانة الدخل عن كل التغييرات في الدخول والأصول في غضون 10 أيام من التغيير**. هذا وتتضمن الأصول، على سبيل المثال لا الحصر، السيارات، النقد، الحسابات الجارية والادخارية، والقيمة النقدية للتأمين على الحياة.

قد يتسبب التقصير في سداد حصة التكلفة الشهرية في فقدان الأهلية وقد يُلغى تسجيلك من برنامج Family Care. وفي حال اعتقادك عدم صحة حصة التكلفة، يمكنك تقديم طلب جلسة استماع عامة منصفة لدى Division of Hearings and Appeals (قسم جلسات الاستماع والطعون) بـ Wisconsin. انظر صفحة 57 لمعرفة التعليمات الخاصة بكيفية طلب جلسة استماع عامة منصفة.

إذا كانت لديك أسئلة بخصوص حصة التكلفة، فاتصل بفريق الرعاية الخاص بك.

تخفيض حصة التكلفة

إذا كنت غير قادر على سداد حصة التكلفة الشهرية بسبب النفقات المعيشية الضرورية، فقد تكون مؤهلاً لتخفيض مبلغ حصة التكلفة. وتتضمن النفقات المعيشية الضرورية مدفوعات الرهن العقاري، الإيجار، تأمين المنزل أو المستأجر، ضرائب الممتلكات، المرافق، الطعام، الملابس، مستلزمات النظافة، وتكلفة تشغيل وصيانة السيارة.

قد يؤدي تخفيض حصة التكلفة إلى جعل نفقاتك المعيشية الشهري أكثر معقولية، وقد يسمح ببقائك مسجلاً في برنامج Family Care.

لطلب تخفيض حصة التكلفة، يجب أن تكمل "طلب تخفيض حصة التكلفة". انظر الملحق رقم 3 للاطلاع على نسخة من الطلب، أو احصل على الطلب من الإنترنت على العنوان www.dhs.wisconsin.gov/library/f-01827.htm.

بالإضافة إلى الطلب، ستحتاج إلى تقديم دليل على دخلك الشهري، نفقاتك الشهرية، ومبلغ حصة التكلفة الذي تسدده لـ My Choice Wisconsin كل شهر. ويخبرك الطلب بنوع الدليل اللازم ويعطيك أمثلة لأنواع المستندات التي سيتوجب عليك تقديمها.

إذا كنت بحاجة للمساعدة في استكمال الطلب، فيمكنك الحصول على المساعدة، مجانًا، من ombudsman (أمين المظالم). هذا وتوجد معلومات الاتصال الخاصة بـ ombudsman (أمين مظالم) برامج Family Care في صفحة 60.

الإقامة والمعيشة

ستتحمل مسؤولية سداد تكاليف الإقامة والمعيشة (الإيجار والطعام) إذا كنت تعيش في منزل أسرة لبالغ، منشأة سكنية قائمة على المجتمع، أو مجمع سكني للرعاية السكنية.

ستقوم My Choice Wisconsin بالسداد مقابل جزء الرعاية والإشراف بالخدمات الخاصة بك. وسنخبرك بمبلغ تكلفة إقامتك ومعيشتك، وسنرسل إليك فاتورة كل شهر.

إذا كانت لديك أسئلة بخصوص الإقامة والمعيشة، أو لا يمكنك السداد، فاتصل بفريق الرعاية الخاص بك. وقد يتمكن فريق رعايتك من مساعدتك على إيجاد منشأة تلبي احتياجاتك بسعر أكثر معقولية.

كيف أقوم بالسداد؟

يمكن سداد مدفوعات حصة التكلفة والإقامة والمعيشة بواسطة شيك أو حوالة مالية. برجاء إرسال المدفوعات إلى:

My Choice Wisconsin
MCO Member Account
P O Box 6789
Carol Stream, IL 60197-6789

قد يتوفر أيضًا السحب التلقائي من حسابك البنكي. فاسأل فريق رعايتك عن التفاصيل.

ماذا لو حصلت على فاتورة مقابل الخدمات؟

لست مضطرًا للسداد مقابل الخدمات التي يعتمدها فريق رعايتك بصفتها جزء من خطة رعايتك. وإذا حصلت على فاتورة من موفر الخدمة عن طريق الخطأ، فلا تسددها. بل اتصل بفريق رعايتك حتى يمكنه حل المشكلة.

هل يسدد برنامج Family Care مقابل الخدمات السكنية أو دور المسنين؟

يتمثل الهدف الهام Family Care لبرنامج في مساعدة الأعضاء على العيش باستقلالية قدر الإمكان. حيث يجب أن يكون كل الأشخاص – بما في ذلك الأشخاص ذوي الإعاقات وكبار السن – قادرين على العيش في المنزل مع الدعم الذي يحتاجونه، والمشاركة في المجتمعات التي تقدر مساهماتهم.

توضح الدراسات والاستبيانات أن معظم الأشخاص يرغبون في العيش بمنازلهم أو شققهم، بين الأسرة والأصدقاء. ويمكن توفير معظم خدمات برنامج Family Care في المنزل لمعظم الأشخاص وعادةً ما يكون العيش في المنزل الخيار الأكثر فاعلية من حيث التكلفة.

تتضمن حزمة مزايا برنامج Family Care خدمات الرعاية السكنية ودار المسنين. غير أن الانتقال من المنزل إلى منشأة رعاية أو دار مسنين يجب أن يكون الحل الأخير.

لن يعتمد فريق رعايتك الرعاية السكنية أو الإقامة في دار المسنين إلا عندما ينطبق أحد الأمور التالية على الأقل:

- تعذر ضمان صحتك وأمنك في منزلك.
- تعذر دعم فعالية نتائج رعايتك على المدى الطويل من حيث التكلفة في منزلك.
- كون الانتقال إلى منشأة الخيار الأكثر فعالية من حيث التكلفة لدعم نتائج رعايتك على المدى الطويل.

حتى إذا كانت الرعاية السكنية هي الخيار الوحيد، فقد لا تتمكن من الإقامة في، أو الانتقال إلى، المنشأة التي تريدها. حيث إن هذه المنشأة قد لا تكون متعاقدة مع My Choice Wisconsin أو قد لا ترغب في قبول السعر الذي نسدده. ولا يمكن لبرنامج Family Care إجبار موفري الخدمة على قبول أسعارنا.

إذا كنت تعيش في منزلك واتفقت أنت وفريق رعايتك على وجوب عدم عيشك هناك، فستقوم أنت والفريق معًا باتخاذ قرار بخصوص الخدمات السكنية. هذا وتتحمل أنت وفريقك مسؤولية العثور على الخيارات السكنية الأكثر فعالية من حيث التكلفة ضمن شبكة موفري الخدمات الخاصة بـ My Choice Wisconsin. وبمجرد انتقالك، سنتابع العمل معك أثناء تواجدك في المنشأة السكنية أو دار المسنين.

يجب أن يعتمد فريق رعايتك كل الخدمات السكنية. ومن المهم جدًا ألا تختر موفر الخدمة السكنية بنفسك. بل يجب أن تعمل مع فريقك بخصوص هذه القرارات للتأكد من أن My Choice Wisconsin ستسدد مقابل هذه الخدمات.

ستُطالب بسداد جزء الإيجار والطعام من تكلفة المنشأة. ويُطلق على هذه التكاليف أيضًا نفقات "الإقامة والمعيشة".

كيف يتم التنسيق بين Medicare ومزايا التأمين الأخرى الخاصة بي؟

عندما تسجل لدى My Choice Wisconsin، سنسألك عما إذا كان لديك أي تأمين آخر خلاف Medicaid (Medicaid تُعرف أيضًا بالمساعدة الطبية Medical Assistance، MA أو Title 19). ويتضمن التأمين الآخر Medicare، التغطية الصحية للمتقاعدين، التأمين طويل المدى، وغير ذلك من التأمين الخاص على الصحة.

من الضروري أن تعطينا معلومات عن التأمين الآخر الذي تمتلكه. **وإذا اخترت عدم استخدام التأمين الآخر، فيمكنك رفض السداد مقابل أي خدمات قد يغطيه.**

قبل أن تقوم Medicaid، بما في ذلك برنامج Family Care، بالسداد مقابل الخدمات، يجب إرسال الفاتورة إلى التأمين الآخر الخاص بك أولاً. وتتوقع My Choice Wisconsin منك القيام بما يلي:

- إخطارنا في حال وجود تأمين آخر، بما في ذلك الأجزاء A و B من Medicare.
- إطلاعنا على المستجدات في حال وجود تغييرات في تغطية الأجزاء A و B من Medicare أو التأمين الآخر.
- إخطارنا في حال حصولك على مدفوعات من شركة تأمين، لأنه قد يتوجب تعويض My Choice Wisconsin. وقد تؤثر طريقة تعاملك مع هذه المدفوعات على أهليتك لبرنامج Family Care.

إذا لم يكن لديك Medicare في الوقت الحالي بسبب شعورك بعدم القدرة على تحملها، فقد يتمكن فريق رعايتك من العثور على برنامج من شأنه أن يساعدك على السداد مقابل أقساط Medicare.

إذا كان لديك Medicare، فستغطي معظم تكاليف رعايتك الصحية، بما في ذلك الأطباء والمستشفيات. وجزء التكلفة الذي لا يشمله Medicare يُطلق عليه Medicare القابل للخصم، التأمين المشترك، أو المدفوعات المشتركة. هذا وستقوم Medicaid أو My Choice Wisconsin بسداد Medicare القابل للخصم، التأمين المشترك، أو المدفوعات المشتركة بالنيابة عنك.

إذا حصلت على فاتورة من Medicare أو موفر خدمة بخصوص Medicare القابل للخصم، التأمين المشترك، أو مبلغ المدفوعات المشتركة، فيُرجى الاتصال بفريق رعايتك.

ما هو estate recovery (استرداد المصاريف من قيمة الملكية)؟ وكيف ينطبق علي؟

إذا كنت مسجلاً في Medicaid بالفعل، أو عضوًا في My Choice Wisconsin، فإن قواعد estate recovery (استرداد المصاريف من قيمة الملكية) تنطبق عليك. حيث تنطبق estate recovery (استرداد المصاريف من قيمة الملكية) في Medicaid على معظم خدمات الرعاية على المدى الطويل سواء تم تقديمها بواسطة My Choice Wisconsin أو من خلال برامج أخرى.

من خلال estate recovery (استرداد المصاريف من قيمة الملكية)، تسعى الولاية إلى استرداد تكلفة كل خدمات الرعاية طويلة الأجل في Medicaid. ويتم الاسترداد من قيمة الملكية الخاصة بك، أو الملكية الخاصة بالزوج/الزوجة، بعد وفاة كل منكما. ويعود المال المسترد إلى الولاية لاستخدامه في رعاية آخرين محتاجين.

يتم الاسترداد عن طريق تقدي مطالبات بخصوص الممتلكات. ولن تحاول الولاية الاسترداد من قيمة ملكيتك حال حياة الزوج أو الزوجة أو طفل معاق. وسيتم الاسترداد بعد وفاتهما.

لمزيد من المعلومات عن estate recovery (استرداد المصاريف من قيمة الملكية)، اسأل فريق رعايتك. كما تتوفر معلومات عن برنامج estate recovery (استرداد المصاريف من قيمة الملكية) من Medicaid من خلال المصادر المذكورة أدناه:

رقم الاتصال المجاني: 800-362-3002
رقم الهاتف النصي: 711 أو 800-947-3529
الموقع: www.dhs.wisconsin.gov/medicaid/erp.htm

الفصل السادس. حقوقك

يجب أن نحترم حقوقك بصفتك عضو في My Choice Wisconsin.

1.) **يجب أن نوفر المعلومات بطريقة تناسبك**. وللحصول على معلومات منا بطريقة تناسبك، يُرجى الاتصال بفريق رعايتك.

2.) **يجب أن نعاملك بكرامة واحترام ونزاهة في كل الأوقات**. ويحق لك:

- الحصول على رعاية رحيمة ومراعية لمشاعرك من الموظفين وموفري الخدمات التابعين لـ My Choice Wisconsin.
- الحصول على الرعاية في بيئة آمنة ونظيفة.
- عدم الاضطرار إلى القيام بعمل أو تنفيذ خدمات بالنيابة عن My Choice Wisconsin.
- التشجيع على والمساعدة في التحدث إلى موظفي My Choice Wisconsin بخصوص التغييرات في السياسة والتي تعتقد بوجوب تنفيذها أو الخدمات التي تعتقد بوجوب تقديمها.
- التشجيع على ممارسة حقوقك بصفتك أحد أعضاء My Choice Wisconsin.
- التحرر من التمييز. ويجب على My Choice Wisconsin مراعاة القوانين التي تحميك من التمييز أو المعاملة غير المنصفة. تجدر الإشارة إلى أننا لا نقوم بالتمييز بناءً على عرق الشخص أو إعاقته العقلية أو الجسدية أو دينه أو نوعه أو هوية نوعه أو توجهه الجنسي أو صحته أو إثنيته أو عقيدته (معتقداته) أو سنه أو أصلة القومي أو مصدر مدفوعاته.
- التحرر من أي من أشكال التقييد أو العزلة المستخدمة كوسيلة للإكراه، التأديب، التيسير، أو الانتقام. وهذا يعني أنه يحق لك التحرر من التقييد أو الإجبار على البقاء وحيدًا لتتصرف بطريقة معينة أو لمعاقبتك أو لأن شخص ما يجد ذلك مفيدًا.
- التحرر من إساءة المعاملة والإهمال والاستغلال المالي.
  - **قد تكون إساءة المعاملة** جسدية أو عاطفية أو مالية أو جنسية. كما قد تكون إساءة المعاملة في حال إعطاء شخص ما علاج لك، كدواء، أو بحث تجريبي دون الحصول على موافقتك المستنيرة.
  - **الإهمال** هو عندما يفشل مقدم الرعاية في توفير الرعاية أو الخدمات أو الإشراف، الأمر الذي يعرض الفرد إلى خطر كبير. والإهمال الذاتي هو عندما يفشل فرد مسؤول عن رعاية نفسه أو نفسها في الحصول على رعاية كافية، بما في ذلك الطعام، المأوى، الملابس، أو الرعاية الطبية أو رعاية الأسنان.
  - قد يكون **الاستغلال المالي** احتيالاً أو إغراء أو إكراه أو سرقة أو سوء سلوك من قبل وكيل مالي، سرقة الهوية، تزوير، أو استخدام غير معتمد لبطاقات المعاملات المالية، بما في ذلك بطاقات الائتمان، الخصم، ATM، وما شابهها.

ما الذي يمكنك القيام به في حال تعرضك لإساءة المعاملة أو الإهمال أو الاستغلال المالي؟ يتوفر فريق رعايتك للحديث معك عن المشاكل التي تشعر بأنها قد تكون إساءة معاملة أو إهمال أو استغلال مالي. ويمكن للفريق مساعدتك في الإبلاغ أو ضمان الخدمات من أجل أمنك. يجب أن تتصل بـ 911 على الدوام في حالات الطوارئ.

إذ شعرت بأن شخصًا تعرفه وقع ضحيةً لإساءة المعاملة أو الإهمال أو الاستغلال المالي، فيمكنك الاتصال بـ Adult Protective Services (الخدمات الوقائية للبالغين). وستساعد Adult Protective Services (الخدمات الوقائية للبالغين) في حماية أمن كبار السن والبالغين المعرضين لخطر الذين تعرضوا لإساءة المعاملة أو الإهمال أو الاستغلال. كما ستقدم العون عند عجز الشخص عن الاعتناء بأمنه أو أمنها بسبب حالة صحية أو إعاقة.

تتضمن الصفحة 9-11 أرقام الهواتف التي يجب الاتصال بها للإبلاغ عن حوادث إساءة المعاملة المشهودة أو المشتبه بها.

3.) **يجب أن نضمن وصولك إلى الخدمات المشمولة الخاصة بك في الوقت المناسب**. بصفتك أحد أعضاء My Choice Wisconsin، يحق لك الحصول على الخدمات الواردة في خطة رعايتك عندما تحتاج إليها. وسيقوم فريق رعايتك بترتيب خدماتك المشمولة. كما سيقوم فريقك بالتنسيق مع موفري الرعاية الصحية الخاصين بك. ومن أمثلة ذلك الأطباء، أطباء الأسنان، وأطباء القدم. اتصل بفريقك للمساعدة في اختيار موفري الخدمة الخاصين بك.

إذا كنت قادمًا إلى My Choice Wisconsin من برنامج أو منظمة مختلفين تابعين لـ Medicaid، فيجب أن نتأكد من الحفاظ على نفس مستوى الوصول إلى الخدمات الذي حظيت به من قبل. وبعد تسجيلك، سنجتمع معك لإعداد خطة رعايتك. وبالرغم من أن الخدمات الخاصة بك وموفري الخدمات قد تتغير بموجب خطتك الجديدة، إلا أنك قد تتمكن من الاحتفاظ بموفري الخدمة في حال موافقتهم على العمل معنا وتلبية متطلباتنا.

4.) **يجب أن نحمي خصوصية معلوماتك الصحية الشخصية**. إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف بخصوص خصوصية المعلومات الصحية الشخصية، فيُرجى الاتصال على الرقم 0035-963-800. انظر الملحق رقم 7، الصفحة 84 الخاص بإشعار My Choice Wisconsin الخاص بممارسات الخصوصية.

5.) **يجب أن نمنحك الوصول إلى سجلاتك الطبية**. اطلب من فريق رعايتك إذا أردت الحصول على نسخة من سجلاتك. ويحق لك مطالبة My Choice Wisconsin بتغيير سجلاتك أو تصحيحها.

6.) **يجب أن نمنحك معلومات عن My Choice Wisconsin، شبكة موفري الخدمات التابعين لنا، والخدمات المتوفرة**. يُرجى الاتصال بفريق رعايتك إذا كنت تريد هذه المعلومات.

7.) **يجب أن ندعم حقك في اتخاذ قرارات بخصوص خدماتك**.

- يحق لك العلم بكل خياراتك. مما يعني أنه يحق إخبارك بكل الخيارات المتوفرة، تكلفتها، وإذا ما كانت مشمولة بموجب برنامج Family Care أم لا. كما يمكنك اقتراح خدمات أخرى تعتقد أنها تلبي احتياجاتك.
- يحق إخبارك بأي مخاطر مضمنة في الرعاية.
- يحق لك "رفض" أي رعاية أو خدمات مُوصى بها.
- يحق لك الحصول على آراء طبية ثانية. فاسأل فريق رعايتك في حال الحاجة إلى مساعدة للحصول على رأي ثانٍ.
- يحق لك إعطاء تعليمات بخصوص ما تريد تنفيذه إذا لم تتمكن من اتخاذ قرارات لنفسك. ففي بعض الأحيان يعجز الأشخاص عن اتخاذ قرارات الرعاية الصحية لأنفسهم بسبب الحوادث أو الأمراض الخطيرة. ويحق لك قول ما تريد حدوثه إذا كنت في هذه الحالة. وهذا يعني أنه يمكنك إعداد **"توجيهات مسبقة"**.

توجد أنواع مختلفة من التوجيهات المسبقة وأسماء مختلفة لها. ومن أمثلة التوجيهات المسبقة المستندات التي يُطلق عليها **"Living Will"** ("وصية الأحياء") و **"power of attorney for health care"** ("التوكيل الرسمي للرعاية الصحية").

أنت تقرر إذا ما كنت تريد توجيهات مسبقة أم لا. ويمكن لفريق رعايتك شرح كيفية إعداد واستخدام التوجيهات المسبقة، إلا أنه لا يمكنه إجبارك على إعداده أو معاملتك بطريقة مختلفة بناءً على إذا ما كان لديك توجيهات مسبقة أم لا.

يمكنك تقديم شكوى لدى Division of Quality Assurance (قسم تأكيد الجودة) بـ Wisconsin إذا اعتقدت أن My Choice Wisconsin لا تتبع توجيهاتك المسبقة. لتقديم الشكوى، اتصل على الرقم 800-642-6552.

اتصل بفريق رعايتك إذا كنت تريد معرفة المزيد عن التوجيهات المسبقة. كما يمكنك العثور على نماذج التوجيهات المسبقة على موقع State of Wisconsin على العنوان www.dhs.wisconsin.gov/forms/advdirectives.

8.) **يحق لك الحصول على خدمات Family Care الخاصة بك في أماكن تتيح لك أن تكون جزءً حقيقيًا من المجتمع الذي تعيش فيه**. وهذا حقك بموجب القاعدة الفيدرالية لبيئات الخدمات المنزلية والخدمات القائمة على المجتمع. حيث تنطبق القاعدة على البيئات التي تعيش فيها والبيئات الموجودة خارج منزلك حيث تحصل على الخدمات أثناء اليوم. يجب على My Choice Wisconsin التأكد من حصولك على خدمات Family Care الخاصة بك في أماكن تربطك بمجتمعك وتدعم استقلاليتك. وهذا يعني الأماكن التي تدعم قدرتك على ما يلي:

- العيش حيثما تريد أن تعيش.
- المشاركة في الحياة المجتمعية.
- العثور على عمل والمشاركة فيه بنفس الطريقة التي يتبعها الأشخاص الآخرين بمجتمعك.
- التحكم في جدولك.
- الوصول إلى أموالك والتحكم فيها.
- تحديد من تراه ومتى تراه.
- الحفاظ على خصوصيتك.

إذا كانت لديك مخاوف بخصوص الأماكن التي تحصل فيها على الخدمات، فيمكنك الاتصال بفريق رعايتك.

9.) **يحق لك تقديم مظلمة أو طعن في حال استيائك من الرعاية أو الخدمات**. (انظر الفصل الثامن لمعرفة معلومات عن كيفية تقديم مظلمة أو طعن).

الفصل السابع. مسؤولياتك

فيما يلي الأشياء التي يجب أن تقوم بها بصفتك أحد أعضاء My Choice Wisconsin. وإذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بفريق رعايتك. فنحن متواجدون لمساعدتك.

1.) التعرف على الخدمات الموجودة في حزمة مزايا برنامج Family Care. وهذا يتضمن فهم ما يجب القيام به للحصول على خدماتك.

2.) المشاركة في التطوير الأولي والمستمر لخطة رعايتك.

3.) المشاركة في عملية RAD للعثور على أكثر الطرق فعالية من حيث التكلفة لتلبية احتياجاتك ودعم نتائج رعايتك على المدى الطويل. حيث يتشارك الأعضاء والأسر والأصدقاء مسؤولية الاستخدام الأكثر فعالية من حيث التكلفة لدولارات الضرائب العامة.

4.) التحدث إلى فريق رعايتك حول الطرق التي يمكن لأصدقائك أو أسرتك أو منظمات مجتمعية وتطوعية أخرى مساعدتك بها أو الطرق التي يمكنك بواسطتها القيام بالمزيد لنفسك.

5.) اتباع خطة رعايتك التي وافقت عليها أنت وفريق رعايتك.

6.) تحمل مسؤولية أفعالك إذا رفضت المعالجة أو لم تتبع التعليمات الواردة من فريق رعايتك أو موفري الخدمات.

7.) استخدام موفري الخدمات أو الوكالات التي تشكل My Choice Wisconsin جزءً منها، ما لم تقرر أنت وفريق رعايتك خلاف ذلك.

8.) اتباع إجراءات My Choice Wisconsin للحصول على الرعاية بعد ساعات العمل.

9.) إخطارنا في حال الانتقال إلى عنوان جديد أو تغيير رقم هاتفك.

10.) إخطارنا بأي إقامة مؤقتة أو الانتقال خارج منطقة الخدمة.

11.) تزويد My Choice Wisconsin بالمعلومات الصحيحة حول احتياجات رعايتك الصحية، الموارد المالية، والتفضيلات وإخبارنا في أقرب وقت ممكن عن أي تغييرات في حالتك. يتضمن ذلك توقيع نموذج "تحرير المعلومات" عند حاجتنا إلى معلومات أخرى لم تكن متاحة لديك بسهولة.

12.) معاملة فريقك، طاقم عمل رعايتك المنزلية، وموفري خدماتك بكرامة واحترام.

13.) قبول الخدمات بغض النظر عن أصل موفرها أو لونه أو دينه أو سنه أو نوعه أو توجهه الجنسي أو صحته أو إثنيته أو عقيدته (معتقداته) و أصله القومي.

14.) سداد أي تكاليف شهرية في الموعد المحدد، بما في ذلك أي حصة تكلفة أو رسوم إقامة ومعيشة قد تتحملها. والسماح لفريق رعايتك بمعرفة إذا ما كنت تواجه مشاكل في سداد مدفوعاتك بأقرب وقت ممكن.

15.) استخدام مزايا Medicare والتأمين الخاص، عند الاقتضاء. وإخبار My Choice Wisconsin ووكالة صيانة الدخل، إذا كانت لديك أي تغطية تأمين صحي أخرى.

16.) العناية بأي معدات طبية دائمة، مثل الكراسي المتحركة وأسرة المستشفى المقدمة لك من قبل My Choice Wisconsin.

17.) الإبلاغ عن الاحتيال أو إساءة المعاملة الذي يرتكبه موفرو الخدمات أو موظفو My Choice Wisconsin. وإذا شككت في ارتكاب شخص ما للاحتيال أو سواء استخدام أموال المساعدة العامة، بما في ذلك Family Care، أو تيقنت من ذلك، فيمكنك الاتصال بالخط الساخن المخصص لقضايا الاحتيال أو تقديم تقرير على الإنترنت على العنوان:

الإبلاغ عن الاحتيال على المساعدات العامة
877-865-3432 (رقم الاتصال المجاني) أو تفضل بزيارة
www.dhs.wisconsin.gov/fraud

إذا كنت تعتقد بأنك لاحظت ارتكاب حالات احتيال أو إهدار أو إساءة استخدام أو عدم امتثال، فيمكنك الاتصال بـ My Choice Wisconsin بواسطة الطرق السرية التالية:

- **اتصل** بخط الامتثال الساخن مجهول الهوية المجاني على الرقم 1-833-253-3465 أو محليًا على الرقم (608) 245-3576
- **البريد الإلكتروني**: Compliance@mychoicewi.org

18.) عدم المشاركة في أي نشاط احتيالي أو إساءة استخدام المزايا. وقد يتضمن ذلك ما يلي:

- تحريف مستوى إعاقتك.
- تحريف مستوى الدخل والأصول.
- تحريف الإقامة.
- بيع المعدات الطبية المقدمة من My Choice Wisconsin.

قد يتسبب أي نشاط احتيالي في إلغاء التسجيل من برنامج Family Care أو احتمال المقاضاة الجنائية.

19.) الاتصال بفريق رعايتك للحصول على المساعدة إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف.

20.) إخبارنا بمدى تقدمنا ونجاحنا. بين الحين والآخر، قد نسألك عما إذا كنت ترغب في المشاركة بمقابلات الأعضاء، استبيانات الرضا، أو غيرها من أنشطة مراجعة الجودة. حيث ستساعدنا إجاباتك وتعليقاتك في تحديد نقاط قوتنا فضلاً عن المجالات التي يجب أن نتحسن فيها. فيُرجى إطلاعنا إذا كنت تريد معرفة نتائج أي استبيانات. لأنه يسعدنا ويسرنا مشاركة هذه المعلومات معك.

الفصل الثامن. المظالم والطعون

مقدمة

نتعهد بتوفير خدمة جيدة لعملائنا. إلا أنه قد تكون هناك أوقات تشعر فيها بالقلق. وبصفتك عضوًا، يحق لك تقديم مظلمة أو الطعن على قرار اتخذته My Choice Wisconsin والحصول على مراجعة عاجلة ومنصفة.

إذا لم ترضى عن الرعاية والخدمات التي تحصل عليها، فيجب ان تتحدث مع فريق رعايتك أولاً. فعادةً ما يكون الحديث مع فريقك من أسهل وأسرع الطرق لمعالجة مخاوفك. وإذا لم ترغب في الحديث مع فريقك، فيمكنك الاتصال بأحد متخصصي حقوق الأعضاء لدينا. ويمكن لمتخصص حقوق الأعضاء إخبارك بحقوقك، محاولة تسوية مخاوفك بطريقةٍ غير رسمية، ومساعدتك في تقديم مظلمة أو طعن. كما يمكن لمتخصص حقوق الأعضاء العمل معك طوال عملية التظلم والطعن لمحاولة إيجاد حل يمكن تنفيذه.

للمساعدة في عملية التظلم والطعن، اتصل بأحد متخصصي حقوق الأعضاء لدى My Choice Wisconsin، على:

My Choice Wisconsin
اختصاصي حقوق الإعضاء
10201 W Innovation Drive Suite 100
Wauwatosa, WI 53226
رقم الاتصال المجاني: *800-963-0035* الخط الداخلي *3448*
رقم الهاتف النصي: 711
البريد الإلكتروني: *mrs@mychoicewi.org*

إذا لم تتمكن من تسوية مخاوفك بالعمل المباشر مع فريق رعايتك أو متخصص حقوق الأعضاء، فيمكنك تقديم مظلمة أو طعن لدى My Choice Wisconsin.

يخبرك هذا الدليل بطريقة تقديم المظلمة أو الطعن، الأمر الذي قد يبدو مربكًا لأن لكل خيار مواعيد نهائية مختلفة. ملاحظة: عندما يشير هذا الدليل إلى "الأيام"، فهذا معناه أي يوم من العام، بما في ذلك العطلات. وعندما يشير هذا الدليل إلى "أيام العمل"، فهذا معناه الإثنين إلى الجمعة، باستثناء العطلات. ولا يجب أن تعرف أو تفهم كل المعلومات الواردة في هذا الفصل لأن هناك أشخاص متوفرون لمساعدتك.

إذا كان لديك نوع معين من المخاوف لا تعرف طريقة تسويته، فيمكنك سؤال فريق رعايتك أو أحد متخصصي حقوق الأعضاء في My Choice Wisconsin. كما توجد برامج ombudsman (أمين المظالم) المتوفرة لمساعدة كل أعضاء Family Care في المظالم والطعون. (توجد معلومات الاتصال الخاصة ببرنامج ombudsman (أمين المظالم) في صفحة 60). ويمكنك أيضًا طلب المساعدة من أحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء أو مؤيد أو محامي. كما قد يتمكن متخصص حقوق الأعضاء من إعطائك معلومات عن أماكن أخرى يمكنها مساعدتك.

نسخة من ملف حالتك

يحق لك الحصول على نسخة مجانية من المعلومات الموجودة في ملف حالتك وذات الصلة بمظلمتك أو طعنك. وتشير المعلومات إلى كل المستندات، السجلات الطبية، وغيرها من المواد ذات الصلة بمظلمتك أو طعنك. يتضمن ذلك أي معلومات جديدة أو إضافية قد تجمعها My Choice Wisconsin أثناء المظلمة أو الطعن. لطلب نسخة من ملف حالتك، اتصل بـ My

Choice Wisconsin على الرقم 800-963-0035 الخط الداخلي 3448، أو على البريد الإلكتروني mrs@mychoicewi.org.

لن تواجه مشاكل في حال تقديم شكوى ضد فريق رعايتك أو موفرو خدمات أو عدم الموافقة عليهم. وإذا قدمت مظلمة أو طعن، فلن تُعامل بطريقةٍ مختلفة.
نحن ننشد رضاك عن الرعاية المقدمة لك.

المظالم

ما المظلمة؟

تكون المظلمة عند عدم رضاك عن My Choice Wisconsin أو أحد موفري الخدمات التابعين لنا أو جودة رعايتك أو خدماتك. على سبيل المثال، قد ترغب في تقديم مظلمة في الحالات التالية:

- تكرار وصول عامل رعايتك الشخصية متأخرًا.
- شعورك بعدم إصغاء فريق رعايتك إليك.
- مواجهتك مشاكل في الحصول على مواعيد مع موفر الخدمة.
- عدم رضاك عن منتجات سلسل البول المقدمة من موفر الخدمة.

من يمكنه تقديم المظلمة؟

يمكن تقديم المظلمة بواسطة أي من التالين:

- أنت.
- متخذ القرار القانوني الخاص بك. على سبيل المثال، الوصي القانوني أو توكيل عام رسمي للرعاية الصحية.
- شخص او منظمة قمت بتعيينه أو تعيينها كممثل معتمد لك لأغراض Medicaid.
- أي شخص بإذن خطي منك. على سبيل المثال، أحد أفراد الأسرة، صديق أو موفر الخدمة.

ما الموعد النهائي لتقديم المظلمة؟

يمكنك تقديم المظلمة في أي وقت.

كيف أقدم المظلمة؟

إذا كنت تريد تقديم مظلمة، فيجب أن تبدأ العملية بالاتصال بـ

My Choice Wisconsin
Member Rights Specialist
10201 W Innovation Drive Suite 100
Wauwatosa, WI 53226
Toll-Free: 800-963-0035 Ext 3448
TTY: 711

الخطوة الأولى: تقديم مظلمتك لدى My Choice Wisconsin

My Choice Wisconsin تريدك أن تكون سعيدًا بالرعاية والخدمات المقدمة لك. ويمكن لأحد متخصصي حقوق الأعضاء العمل معك ومع فريق رعايتك لمحاولة تسوية مخاوفك بطريقةٍ غير رسمية. ففي الغالب، يمكننا الاهتمام بمخاوفك دون التطرق لما هو أبعد من ذلك. إلا أنه إذا لم نتمكن من تسوية مخاوفك، فيمكنك تقديم مظلمة لدى My Choice Wisconsin عن طريق الاتصال بنا أو مراسلتنا.

My Choice Wisconsin
اختصاصي حقوق الإعضاء
10201 W Innovation Drive Suite 100
Wauwatosa, WI 53226
رقم الاتصال المجاني: *800-963-0035* الخط الداخلي *3448*
رقم الهاتف النصي: 711

ماذا يحدث بعد ذلك؟

إذا قدمت مظلمة لدى My Choice Wisconsin، فسنرسل لك خطابًا في غضون خمسة أيام عمل لإخبارك باستلامنا مظلمتك. وبعد ذلك، سيحاول موظفو My Choice Wisconsin الذين ليسوا ضمن فريق رعايتك المساعدة في معالجة مخاوفك بطريقةٍ غير رسمية أو الخروج بحل يرضيك أنت و My Choice Wisconsin. إذا لم نتمكن من الخروج بحل أو إذا لم ترغب في العمل مع موظفي My Choice Wisconsin لمعالجة مخاوفك بطريقةٍ غير رسمية، فستقوم لجنة المظالم والطعون التابعة لنا بمراجعة المظلمة وإصدار قرار.

- اللجنة مكونة من ممثلي My Choice Wisconsin وأحد "المستهلكين" على الأقل. والمستهلك هو شخص يحصل أيضًا على خدمات منا أو يمثل شخص يحصل عليها [*MCOs can customize this to indicate who is on their committee (e.g., MCO staff, providers, community members, etc)*]. في بعض الأحيان قد يشكل أشخاص آخرون متخصصون في موضوع المظلمة جزءً من اللجنة.
- سنخبرك بالموعد الذي تخطط اللجنة للاجتماع فيه لمراجعة مظلمتك.
- الاجتماع سري. ويمكنك المطالبة بعدم وجود المستهلك في اللجنة، إذا كنت قلقًا بخصوص السرية أو إذا كانت لديك مخاوف أخرى.
- يحق لك المثول شخصيًا. ويمكنك إحضار مؤيد، صديق، أحد أعضاء الأسرة، أو شاهد.
- ستمنحك اللجنة فرصة لشرح مخاوفك. ويمكنك تقديم المعلومات، الأدلة، والشهادات للجنة.
- من المحتمل أن يكون فريق رعايتك أو موظفو My Choice Wisconsin الآخرون في الاجتماع.
- ستتخذ اللجنة القرار في غضون 90 يومًا من تاريخ استلامنا الأول لمظلمتك. وسترسل اللجنة خطابًا بالقرار إليك.

ماذا لو لم أوافق على قرار لجنة المظالم والطعون؟

إذا لم توافق على قرار لجنة المظالم والطعون، فيمكنك المطالبة بمراجعة من قبل Wisconsin Department of Health Services (DHS) (دائرة الخدمات الصحية بـWisconsin).

الخطوة الثانية: المطالبة بمراجعة من قبل DHS

ملاحظة: يجب أن تبدأ أولاً بعملية المظالم الخاصة بـ My Choice Wisconsin قبل أن تتمكن من المطالبة بمراجعة من قبل DHS.

يمكنك مطالبة DHS بمراجعة قرار لجنة المظالم والطعون بخصوص مظلمتك. وDHS هي الوكالة الحكومية المسؤولة عن برنامج Family Care. وتعمل DHS مع منظمة خارجية تُسمى MetaStar لمراجعة المظالم. حيث ستقوم MetaStar بمراجعة حقائق مظلمتك وقرار لجنة المظالم والطعون. وسترسل MetaStar القرار النهائي المتعلق بمظلمتك إليك.

للمطالبة بمراجعة DHS مظلمتك، اتصل أو أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى:

DHS Family Care Grievances
رقم الاتصال المجاني: 888-203-8338
البريد الإلكتروني: dhsfamcare@wisconsin.gov

ما الموعد النهائي للمطالبة بمراجعة من قبل DHS؟

لجنة المظالم والطعون لدى My Choice Wisconsin مطالبة بإرسال القرار المتعلق بمظلمتك إليك في غضون 90 يومًا من تاريخ استلامنا لمظلمتك. على سبيل المثال، إذا تلقت My Choice Wisconsin مظلمتك في 1 مايو، فيجب أن نرسل قرارنا إليك بحلول 30 يوليو.

- إذا أرسلت لجنة المظالم والطعون القرار إليك في غضون 90 يومًا، فلديك 45 يومًا من تاريخ تلقيك للقرار للمطالبة بمراجعة من قبل DHS.

  على سبيل المثال، يوجد لدى My Choice Wisconsin وقت حتى 30 يوليو لإرسال القرار إليك. إذا تلقيت القرار في 1 يونيو. ولم توافق على القرار. فلديك حتى 16 يوليو للمطالبة بمراجعة DHS لقرار My Choice Wisconsin.

- إذا **لم** ترسل لجنة المظالم والطعون القرار إليك في غضون 90 يومًا، فلديك 45 يومًا من تاريخ انتهاء الإطار الزمني للمطالبة بمراجعة من قبل DHS.

  على سبيل المثال، يوجد لدى My Choice Wisconsin وقت حتى 30 يوليو لإرسال القرار إليك. وعند حلول 30 يوليو، وفي حال عدم إرسال My Choice Wisconsin القرار إليك. فبدءً من 31 يوليو، لديك حتى 14 سبتمبر لطلب مراجعة DHS لمظلمتك.

ماذا يحدث بعد ذلك؟

تعمل DHS مع منظمة خارجية تُسمى MetaStar لمراجعة المظالم. وإذا طالب بمراجعة من قبل DHS، فستتصل بك MetaStar.

- سترد MetaStar خطيًا للسماح لك بمعرفة أنهم تلقوا طلبك الخاص بمراجعة DHS لمظلمتك.
- إذا قامت MetaStar بإخبار DHS بتقصير My Choice Wisconsin في اتباع متطلبات معنية، فقد تأمرنا DHS باتخاذ خطوات لإصلاح المشكلة.
- ستقوم MetaStar بإكمال مراجعتها مظلمتك في غضون 30 يومًا من تاريخ تلقيها لطلبك.
- ستقوم MetaStar بإرسال القرار النهائي بخصوص مظلمتك إليك وإلى My Choice Wisconsin في غضون سبعة أيام من انتهاء المراجعة.

ماذا لو لم أوافق على مراجعة DHS؟

قرار MetaStar نهائي. ولا يمكنك المطالبة بجلسة استماع عامة منصفة بخصوص المظلمة.

الطعون

ما هو الطعن؟

الطعن هو طلب مراجعة القرار الذي اتخذته My Choice Wisconsin. على سبيل المثال، يمكنك تقديم الطعن إذا رفض فريق رعايتك الخدمات أو وسائل الدعم التي طلبتها. ومن الأمثلة الأخرى قرارات تخفيض أو إنهاء الخدمة أو رفض السداد مقابل الخدمة.

من يمكنه تقديم الطعن؟

يمكن تقديم الطعن بواسطة أي من التالين:

- أنت.
- متخذ القرار القانوني الخاص بك. على سبيل المثال، الوصي القانوني أو توكيل عام رسمي للرعاية الصحية.
- شخص او منظمة قمت بتعيينه أو تعيينها كممثل معتمد لك لـ Medicaid.
- أي شخص بإذن خطي منك. على سبيل المثال، أحد أفراد الأسرة، صديق أو موفر الخدمة.

ما أنواع المشاكل التي يمكنني الطعن عليها؟

يحق لك تقديم طعن في أنواع المواقف التالية:

1.) يمكن تقديم طعن إذا كانت My Choice Wisconsin:

- تخطط لإيقاف خدمة معتمدة تحصل عليها في الوقت الحالي أو تعليقها أو تخفيضها.
- تقرر رفض خدمة طلبتها وهذه الخدمة موجودة في حزمة مزايا برنامج Family Care.*
- تقرر عدم السداد مقابل خدمة في حزمة المزايا.*

إذا اتخذنا أحد الإجراءات المذكورة أعلاه، فيجب أن نرسل إليك **"Notice of Adverse Benefit Determination"** (إخطار تحديد المزايا السلبية). ويتضمن الإخطار التاريخ الذي قررناه لإيقاف خدماتك أو تعليقها أو تخفيضها. لمعرفة ما يبدو عليه Notice of Adverse Benefit Determination (إخطار تحديد المزايا السلبية)، اذهب إلى الملحق رقم 4.

*ملاحظة: يوفر برنامج Family Care الخدمات المذكورة في مخطط حزمة المزايا (انظر الصفحة 32-34). وإذا طلبت الحصول على خدمة غير مذكورة، فلن تضطر My Choice Wisconsin إلى توفير الخدمة أو السداد مقابلها. وسنقوم بدراسة طلبك، إلا أنه في حال رفضه، لن تتمكن من الطعن على قرارنا. وسنقوم بإرسال خطاب إليك لإخطارك بأن الخدمة التي طلبتها ليست مدرجة في حزمة المزايا.

2.) يمكنك تقديم طعن لدى My Choice Wisconsin في الحالات التالية:

- تغير أهليتك الوظيفية.
- عدم رغبتك في خطة رعايتك للأسباب التالية:
  - عدم دعمها لمعيشتك في المكان الذي تعيش فيه.
  - عدم توفيرها الرعاية أو المعالجة أو وسائل الدعم الكافية لتلبية احتياجاتك والنتائج المحددة.
  - تطالبك بقبول عناصر رعاية أو معالجة أو دعم لا تريدها أو تعتقد بأنها مقيدة بلا داعي.
- فشل My Choice Wisconsin في:
  - ترتيب أو توفير الخدمات في الوقت المناسب.
  - تلبية الإطر الزمنية المطلوبة لتسوية الطعن الخاص بك.
  - تغطية الخدمات من موفري خدمات غير تابعة للشبكة إذا كنت عضوًا يعيش في منطقة ريفية بها منظمة مدارة واحدة فقط.
- طلب My Choice Wisconsin من DHS إلغاء تسجيلك.
- طلب My Choice Wisconsinمنك سداد مبلغ تعتقد أنه غير مستحق.

في هذه الحالات، سترسل My Choice Wisconsin خطابًا لك بحقوقك في الطعن. وعند تلقيك لخطاب حقوقك في الطعن، يجب أن تقرأ هذا الخطاب بدقة. فقد يخبرك الخطاب بالموعد النهائي لتقديم الطعن. وإذا كانت لديك أسئلة بخصوص الخطاب أو الإخطار، فيمكنك دائمًا الاتصال بأحد متخصصي حقوق الأعضاء لطلب المساعدة.

كيف أقدم الطعن؟

إذا كنت تريد تقديم طعن، فيجب أن تبدأ العملية بالاتصال بـ

My Choice Wisconsin
Member Rights Specialist
10201 W Innovation Drive Suite 100
Wauwatosa, WI 53226
Toll-Free: 800-963-0035 Ext 3448
TTY: 711

استمرار خدماتك أثناء تقديمك طعنًا لدى My Choice Wisconsin

إذ كنت تحصل على مزايا وطلبت طعنًا قبل أن تتغير المزايا التي تحصل عليها، فيمكنك الاحتفاظ بالحصول على نفس الخدمات إلى أن تتخذ لجنة المظالم والطعون لدى My Choice Wisconsin، قرارًا بخصوص طعنك.

إذا كنت تريد الاحتفاظ بمزاياك أثناء تقديمك للطعن لدى My Choice Wisconsin، فيجب أن:

- ترسل الطعن بالبريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني ***في أو قبل*** التاريخ الذي تقرره My Choice Wisconsin لإيقاف خدماتك أو تعليقها أو تخفيضها.
- تطلب متابعة خدماتك طوال سير عملية الطعن لدى My Choice Wisconsin.

إذا قررت لجنة المظالم والطعون لدى My Choice Wisconsin أن My Choice Wisconsin القرار كان صحيحًا، فقد تحتاج إلى رد المزايا الإضافية التي حصلت عليها في الفترة بين وقت طلبك الطعن ووقت اتخاذ لجنة المظالم والطعون للقرار. إلا أنه في حال تسبب الرد لعبءٍ مالي كبير بالنسبة لك، فقد لا تُطالب برد هذه التكلفة.

إذا كنت تريد من شخص ما مساعدتك في تقديم الطعن، فيمكن التحدث إلى أحد متخصصي حقوق الأعضاء لدى My Choice Wisconsin. كما يمكن لمؤيد مساعدتك في الأمر. وقد يكون المؤيد أحد أفراد الأسرة أو صديق أو محامي أو ombudsman (أمين المظالم) أو أي شخص آخر يرغب في المساعدة. هذا وتتوفر برامج ombudsman (أمين المظالم) لمساعدة جميع أعضاء برنامج Family Care في الطعون. (توجد معلومات الاتصال الخاصة ببرامج ombudsman (أمين المظالم) في الصفحة 60).

تقديم الطعن الخاص بك لدى My Choice Wisconsin

لتقديم طعن لدى My Choice Wisconsin، يمكنك القيام بما يلي:

- **الاتصال بـ** My Choice Wisconsin. إذا بدأت عملية الطعن بالاتصال بنا، فسنطلب منك إرسال طلب خطي. وفي حال الرغبة، يمكن لأحد متخصصي حقوق الأعضاء مساعدتك في كتابة الطعن الخاص بك.
- **إرسال نموذج الطلب بالبريد أو الفاكس أو إرفاق نموذج الطلب لبريد إلكتروني**. انظر الملحق رقم 5 للاطلاع على نسخة من نموذج الطلب. ويمكنك العثور على النموذج على الإنترنت على العنوان www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm.
- **كتابة طلبك في خطاب أو على ورقة** وإرساله بالبريد أو الفاكس إلى العنوان أدناه.
- **إرسال طلبك بالبريد الإلكتروني** إلى العنوان أدناه.

لبدء عملية الطعن عبر الهاتف، اتصل على أو أرسل فاكس إلى:

My Choice Wisconsin
Member Rights Specialist
Toll-Free: 800-963-0035 Ext 3448
TTY: 711

إذا بدأت عملية الطعن بالاتصال بنا، فسنطلب منك إرسال طلب خطي.

لبدء عملية الطعن خطيًا، أرسل نموذج الطلب أو خطاب أو ملاحظة خطية بالبريد أو البريد الإلكتروني إلى:

My Choice Wisconsin
Member Rights Specialist
10201 W Innovation Drive Suite 100
Wauwatosa, WI 53226

ويمكنك العثور على النموذج على الإنترنت على العنوان www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm. وانظر الملحق رقم 5 للاطلاع على نسخة من نموذج الطلب.

ما الموعد النهائي لتقديم طعن لدى My Choice Wisconsin؟

يجب إرسال الطعن الخاص بك إلى My Choice Wisconsin بالبريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني في موعد **أقصاه 60 يومًا من التاريخ المذكور على Notice of Adverse Benefit Determination (إخطار تحديد المزايا السلبية)**. على سبيل المثال، إذا وصلك الإخطار بتاريخ 1 أغسطس، فيجب أن ترسل الطعن بالبريد أو الفاكس أو لابريد الإلكتروني في أو قبل 30 سبتمبر.

إذا قامت My Choice Wisconsin بإيقاف خدماتك أو تعليقها أوتخفيضها، فيمكنك المطالبة بمتابعة خدماتك أثناء الطعن في حال إرسال طلبك بالبريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني **في أو قبل** التاريخ الذي تقرر فيه My Choice Wisconsin تغيير خدماتك.

ماذا يحدث بعد ذلك؟

إذا قدمت الطعن لدى My Choice Wisconsin، فسنرسل إليك خطابًا في غضون خمسة ايام عمل لإخبارك بتلقينا الطعن. وسنحاول المساعدة بطريقةٍ غير رسمية في معالجة مخاوفك أو الخروج بحل يرضيك أنت و My Choice Wisconsin. إذا لم نتمكن من الخروج بحل أو إذا لم ترغب في العمل مع موظفي My Choice Wisconsin لمعالجة مخاوفك بطريقةٍ غير رسمية، فستقوم لجنة المظالم والطعون التابعة لنا بمراجعة الطعن.

- سنخبرك بالموعد الذي تخطط اللجنة للاجتماع فيه لمراجعة الطعن.
- اللجنة مكونة من ممثلي My Choice Wisconsin وأحد "المستهلكين" على الأقل. والمستهلك هو شخص يحصل أيضًا على خدمات منا أو يمثل شخص يحصل عليها [*MCOs can customize this to indicate who is on their committee (e.g., MCO staff, providers, community members, etc)*]. في بعض الأحيان قد يشكل أشخاص آخرون متخصصون في موضوع الطعن جزءً من اللجنة.
- الاجتماع سري. ويمكنك المطالبة بعدم وجودالمستهلك في اللجنة، إذا كنت قلقًا بخصوص السرية أو إذا كانت لديك مخاوف أخرى.
- يحق لك المثول شخصيًا. ويمكنك إحضار مؤيد، صديق، أحد أعضاء الأسرة، أو شاهد.
- من المحتمل أن يكون فريق رعايتك أو موظفو My Choice Wisconsin الآخرون في الاجتماع.
- ستمنحك اللجنة فرصة لشرح سبب معارضتك لقرار فريق رعايتك. ويمكنك أنت وممثلك تقديم المعلومات، الأدلة، والشهادات للجنة. كما يمكنك إحضار شاهد أو وصف مخاوفك لمساعدة اللجنة على فهم وجهة نظرك.
- بعد استماع اللجنة للطعن، ستقوم My Choice Wisconsin بإرسال خطاب القرار إليك في غضون 30 يومًا من تاريخ استلامنا لطعنك. وقد تستغرق My Choice Wisconsin حتى 44 يومًا لإصدار قرار في الحالات التالية:
  - طلبك المزيد من الوقت لمنح اللجنة المعلومات.
  - حاجتنا لمزيد من الوقت لجمع المعلومات. وإذا احتجنا لوقت إضافي، فسنرسل إليك خطابًا لإخطارك بسبب التأخير.

تعجيل الطعن

يوجد لدى My Choice Wisconsin 30 يومًا لاتخاذ قرار بخصوص طعنك. ويمكنك مطالبتنا بتعجيل الطعن. نُطلق على ذلك "طعن عاجل". وإذا طالبتنا بتعجيل طعنك، فسنقرر إذا ما كانت صحتك أو قدرتك على تنفيذ الأنشطة اليومية تتطلب طعنًا عاجلاً أم لا. وسنخبرك في أقرب وقت ممكن بإذا ما كنا سنعجّل الطعن الخاص بك أم لا.

في الطعن العاجل، ستحصل على قرار بخصوص طعنك في غضون 72 ساعة من طلبك. إلا أن My Choice Wisconsin قد تزيد هذه المدة إلى إجمالي 14 يومًا في حال الحاجة إلى معلومات إضافية وإذا كان التأخير يصب في مصلحتك. إذا كانت لديك معلومات إضافية تريد منا دراستها، فستحتاج إلى تقديمها بسرعة.

لطلب طعن عاجل، اتصل بـ:

My Choice Wisconsin
Member Rights Specialist
10201 W Innovation Drive Suite 100
Wauwatosa, WI 53226
رقم الاتصال المجاني: *800-963-0035* الخط الداخلي *3448*
رقم الهاتف النصي: 711

ماذا لو لم أوافق على قرار لجنة المظالم والطعون؟

إذا لم توافق على القرار، فيمكنك طلب جلسة استماع عامة منصفة لدى Division of Hearings and Appeals (قسم جلسات الاستماع والطعون). ويجب أن تقوم بذلك في غضون 90 يومًا من تاريخ استلامك قرار لجنة المظالم والطعون. كما يمكنك طلب جلسة استماع عامة منصفة في حال فشل My Choice Wisconsin في إرسال القرار الخطي إليك في غضون 30 يومًا من استلام الطعن.

يُرجى ملاحظة أنه: لا يمكنك طلب جلسة استماع عامة منصفة إلى أن يصلك القرار الخطي للجنة المظالم والطعون أو فشل اللجنة في إرسال القرار إليك في الموعد المحدد.

جلسات الاستماع العامة المنصفة

إذا طلبت جلسة استماع عامة منصفة، فستحصل على جلسة استماع لدى قاضي قانون إداري مستقل. تجدر الإشارة إلى أن قاضي القانون الإداري ليس له أي صلة بـ My Choice Wisconsin.

يمكنك الاطلاع على المزيد من المعلومات بخصوص جلسات الاستماع العامة المنصفة على الإنترنت على العنوان https://doa.wi.gov/Pages/LicensesHearings/DHAAdministrativeHearingProcess.aspx.

كيف أطلب جلسة استماع عامة منصفة؟

لطلب جلسة استماع عامة منصفة، يمكنك القيام بأي مما يلي:

- **إرسال نموذج الطلب إلى Division of Hearings and Appeals (قسم جلسات الاستماع والطعون)**. ونموذج الطلب متوفر على الإنترنت على العنوان www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm. كما يمكنك الحصول على نسخة من متخصص حقوق الأعضاء التابع لـ My Choice Wisconsin أو من أحد المنظمات المؤيدة الواردة في هذا الدليل (انظر صفحة 60). هذا ويوجد مثال للنموذج في الملحق رقم 6.
- **إرسال خطاب بالبريد**. يتضمن اسمك ومعلومات الاتصال والتوقيع. مع شرح ما تطعن عليه.

تأكد من إضافة توقيعك على نموذج الطلب أو الخطاب وإدراج نسخة من قرار الطعن الخاص بـ My Choice Wisconsin في طلبك لجلسة استماع عامة منصفة. وإذا لم تزودك My Choice Wisconsin بقرار الطعن، فأدرج نسخة من خطاب My Choice Wisconsin الذي تقر فيه باستلام طعنك. ولا ترسل نسختك الأصلية من أي خطاب. تجدر الإشارة إلى أنه يمكن لأحد متخصصي حقوق الأعضاء أو مؤيد مساعدتك في إرسال الطعن خطيًا.

لطلب جلسة استماع عامة منصفة

أرسل نموذج الطلب الكامل أو الخطاب الذي تطالب فيه بجلسة الاستماع إلى:

Wisconsin Division of Hearings and Appeals
Family Care Request for Fair Hearing
P.O. Box 7875
Madison, WI 53707-7875
البريد الإلكتروني: dhamail@wisconsin.gov
الفاكس: 608-264-9885

ما الموعد النهائي لطلب جلسة استماع عامة منصفة؟

- يجب إرسال طلب جلسة الاستماع المنصفة بالبريد أو الفاكس في موعد أقصاه 90 يومًا من تاريخ استلامك لخطاب القرار من Grievance and Appeal Committee (لجنة المظالم والطعون) لدى My Choice Wisconsin.

  على سبيل المثال، إذا وصلك قرار My Choice Wisconsin في البريد بتاريخ 1 أغسطس، فيجب أن تطلب جلسة الاستماع المنصفة بالبريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني في أو قبل 30 أكتوبر.
- يمكنك أيضًا طلب جلسة الاستماع العامة المنصفة إذا لم تزودك My Choice Wisconsin بقراراها في غضون 30 يومًا من تاريخ استلامها لطعنك. وفي هذه الحالة، يكون لديك 90 يومًا من تاريخ انتهاء الإطار الزمني لقرار My Choice Wisconsin لطلب جلسة استماع منصفة.

  على سبيل المثال، إذا كان لدى My Choice Wisconsin حتى 1 سبتمبر لتزويدك بالقرار ولم تزودك به حتى هذا التاريخ، فبدءً من 2 سبتمبر يكون لديك حتى 1 ديسمبر لطلب جلسة استماع منصفة.

متابعة خدماتك أثناء جلسة الاستماع العامة المنصفة المتعلقة بتخفيض الخدمات أو تعليقها أو إنهائها

إذا استمرت خدماتك أثناء تقديم طعنك لدى My Choice Wisconsin، فيمكنك متابعة الحصول على نفس الخدمات حتى اتخاذ قاضي القانون الإداري لقرار بخصوص طلب جلسة الاستماع المنصفة.

إذا كنت تريد الاحتفاظ بمزاياك أثناء جلسة الاستماع العامة المنصفة، فيجب أن:

- ترسل طلب جلسة الاستماع العامة المنصفة بالبريد أو الفاكس ***في أو قبل*** التاريخ الذي تقرره My Choice Wisconsin لإيقاف خدماتك أو تعليقها أو تخفيضها.
- تطلب متابعة خدماتك طوال سير جلسة الاستماع العامة المنصفة.

إذا قرر قاضي القانون الإداري أن My Choice Wisconsin كانت محقة، **فقد تحتاج إلى رد المزايا الإضافية التي حصلت عليها في الفترة بين وقت طلبك الطعن ووقت اتخاذ قاضي القانون الإداري للقرار.** إلا أنه في حال تسبب الرد لعبءٍ مالي كبير بالنسبة لك، فقد لا تُطالب برد هذه التكلفة.

ماذا يحدث بعد ذلك؟

- بعد أن ترسل طلبك لجلسة استماع عامة منصفة، سيقوم Division of Hearings and Appeals (قسم جلسات الاستماع والطعون) بإرسال خطاب لك يتضمن تاريخ ووقت ومكان جلسة الاستماع.
- ستُعقد جلسة الاستماع عبر الهاتف أو قد تُعقد في مكتب بمقاطعتك.
- سيقوم أحد قضاة القانون الإداري بإدارة جلسة الاستماع.
- يحق لك المشاركة في جلسة الاستماع. ويمكنك إحضار مؤيد، صديق، أحد أعضاء الأسرة، أو شاهد.
- سيحضر فريق رعايتك أو موظفي My Choice Wisconsin الآخرين جلسة الاستماع لتفسير القرار.
- ستحصل على فرصة لشرح سبب معارضتك لقرار فريق رعايتك. ويمكنك أنت وممثلك تقديم المعلومات، إحضار الشهود، أو وصف مخاوفك لمساعدة قاضي القانون الإداري على فهم وجهة نظرك.
- يجب أن يصدر قاضي القانون الإداري القرار في غضون 90 يومًا من تاريخ إرسالك طلب جلسة الاستماع.

يمكنك أيضًا تقديم الطعن ذي الصلة بقرارات أهليتك المالية لبرنامج Family Care.

- سيقوم أحد العاملين من وكالة صيانة الدخل بمراجعة معلوماتك، مرة واحدة في السنة على الأقل، للتأكد من استمرار أهليتك المالية لبرنامج Family Care. وإذا كان لديك حصة في التكلفة، فستتأكد وكالة صيانة الدخل أيضًا من سدادك للمبلغ الصحيح.
- إذا قررت وكالة صيانة الدخل أنك لم تعد مؤهل ماليًا لبرنامج Family Care أو قالت أن مبلغ حصتك في التكلفة سيتغير، فستقوم الوكالة بإرسال خطاب لك يتضمن معلومات عن أهليتك لبرنامج Family Care. تحتوي هذه الخطابات على كلمات "نبذة عن مزاياك" في الصفحة الأولى. وتحتوي الصفحة الأخيرة على معلومات عن حقك في طلب جلسة استماع منصفة.

تقديم طعن لدى Division of Hearings and Appeals (قسم جلسات الاستماع والطعون) هو الطريقة الوحيدة للطعن على القرارات ذات الصلة **بالأهلية المالية** لبرنامج Family Care. وذلك يتضمن القرارات المتعلقة بحصتك في التكلفة.

ما الذي يمكنني القيام به في حال عدم الموافقة على قرار قاضي القانون الإداري؟

إذا لم توافق على قرار قاضي القانون الإداري، فلديك خياران.

1.) طلب إعادة جلسة الاستماع. إذا كنت تريد من Division of Hearings and Appeals (قسم جلسات الاستماع والطعون) إعادة النظر في قراره، فيجب أن تطلب ذلك في غضون 20 يومًا من تاريخ قرار قاضي القانون الإداري. ولن يمنح قاضي القانون الإداري إعادة جلسة الاستماع إلا في حال انطبق أحد ما يلي أو كلاهما:
   - تمكنك من إثبات حدوث خطأ كبير في الحقائق أو القانون
   - امتلاكك لمعلومات جديدة تعذر الحصول عليها وتقديمها في جلسة الاستماع الأولى
2.) نقل قضيتك إلى محكمة الدائرة. إذا كنت تريد نقل قضيتك إلى محكمة الدائرة، فيجب أن تقدم الالتماس في غضون 30 يومًا من تاريخ قرار قاضي القانون الإداري.

من يمكنه مساعدتي فيما يتعلق بالتظلم أو الطعن؟

يمكنك الاتصال بأحد متخصصي حقوق الأعضاء لدى My Choice Wisconsin في أي وقت تحتاج فيه للمساعدة بخصوص التظلم أو الطعن أو إذا كانت لديك أسئلة عن حقوقك. كما قد يتوفر مؤيدون للرد على الأسئلة المتعلقة بعمليات التظلم والطعن. يمكن للمؤيد أيضًا إخبارك بالمزيد عن حقوقك ومساعدتك على التأكد من دعم My Choice Wisconsin لاحتياجاتك ونتائجك. ويمكنك مطالبة أي شخص بالعمل بصفته مؤيد لك، بما في ذلك أفراد الأسرة، الأصدقاء، المحامي، أو أي شخص آخر يرغب في المساعدة.

فيما يلي بعض الأماكن التي يمكنك الاتصال بها للحصول على المساعدة. كما قد يتمكن متخصص حقوق الأعضاء من إعطائك معلومات عن أماكن أخرى يمكنها مساعدتك.

برامج Ombudsman (أمين المظالم)

تتوفر برامج ombudsmen (أمين المظالم) لمساعدة كل أعضاء برنامج Family Care فيما يتعلق بالمظالم والطعون، دون مقابل. حيث يمكنهم الرد على مخاوفك في الوقت المناسب. وعادةً ما ستقوم برامج ombudsmen (أمين المظالم) باستخدام المفاوضات غير الرسمية لتسوية مشاكلك دون جلسة استماع. وتجدر الإشارة إلى أن الوكالات التالية تدافع عن أعضاء Family Care :

بالنسبة للأعضاء البالغين من العمر 60 سنة فما فوق:

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care
1402 Pankratz Street, Suite 111
Madison, WI 53704-4001
رقم الاتصال المجاني: 800-815-0015
رقم الهاتف النصي: 711
الفاكس: 608-246-7001
البريد الإلكتروني: boaltc@wisconsin.gov
http://longtermcare.wi.gov

بالنسبة للأعضاء الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و59 سنة:

Disability Rights Wisconsin
1502 West Broadway, Suite 201
Madison, WI 53713
رقم الاتصال المجاني: 800-928-8778
الهاتف النصي: 711
الفاكس: 833-635-1968
البريد الإلكتروني: info@drwi.org
www.disabilityrightswi.org

الفصل التاسع. إنهاء العضوية في My Choice Wisconsin

يمكنك اختيار إنهاء عضويتك في My Choice Wisconsin في أي وقت ويمكنك اختيار التاريخ الذي تريد إلغاء التسجيل فيه. ولا يمكننا نصحك بإلغاء التسجيل من برنامج Family Care أو تشجيعك على ذلك بسبب موقفك أو حالتك. إلا أنه ثمة مواقف محدودة ستنتهي فيها عضويتك حتى إذا لم يكن ذلك اختيارك. على سبيل المثال، ستنتهي عضويتك إذا فقدت الأهلية لـ Medicaid.

ستواصل الحصول على رعايتك عن طريق My Choice Wisconsin إلى أن تنتهي عضويتك. وقد تنتهي عضويتك لأنك لم تعد مؤهلاً، أو لأنك قررت الحصول على خدمات رعاية على المدى الطويل خارج برنامج Family Care. ويتضمن ذلك قرارات التسجيل في برنامج مختلف للرعاية على المدى الطويل أو منظمة رعاية مدارة مختلفة، إن كانت متاحة.

1.) أنت تريد إنهاء عضويتك في برنامج Family Care.

لإنهاء عضويتك، اتصل بـ ADRC في منطقتك (انظر صفحة 12-15 للاطلاع على معلومات الاتصال). وسيقوم ADRC بمعالجة إلغاء تسجيلك وسؤالك عما إذا كنت تريد التسجيل في منظمة رعاية مدارة مختلفة أو برنامج Medicaid مختلف، مثل برنامج IRIS (Include, Respect, I Self-Direct) (التضمين، الاحترام، أنا موجه ذاتيًا). وسيساعدك ADRC على تبديل ونقل خدماتك إلى موفري خدمات في برنامجك الجديد أو منظمتك الجديدة.

2.) سيتم إلغاء تسجيلك من برنامج Family Care في حال انتهاء أهليتك.

يجب على My Choice Wisconsin ذكر المعلومات المذكورة أدناه لوكالة صيانة الدخل. وسيقوم موظفو صيانة الدخل بمراجعة هذه المعلومات لمعرفة إذا ما كنت لا تزال مؤهلاً لبرنامج Family Care أم لا. وإذا قرروا أنك لم تعد مؤهلاً، فسيقومون بإنهاء عضويتك في برنامج Family Care. **تتضمن أسباب احتمال فقدك للأهلية ما يلي:**

- تغير ظروفك المالية، الأمر الذي قد يتسبب في فقد أهليتك المالية لبرنامج Family Care.
- انعدام أهليتك المالية كما هو محدد بموجب Wisconsin Adult Long Term Care Functional Screen (الفحص الوظيفي لرعاية الكبار على المدى الطويل بولاية ويسكونسن).
- عدم سدادك لحصتك في التكلفة.
- تعمدك إعطائنا معلومات غير صحيحة تؤثر على أهليتك للبرنامج.
- تواجدك في السجن أو الحبس.
- تراوح سنك بين 21 و64 سنة ودخولك مؤسسة للأمراض العقلية.
- انتقالك الدائم خارج منطقة خدمة My Choice Wisconsin. إذا انتقلت أو قمت برحلة طويلة، فيجب أن تخطر فريق رعايتك. إذا انتقلت أو قمت برحلة طويلة، فيجب أن تخطر فريق رعايتك.

3.) يجوز لـ My Choice Wisconsin إنهاء تسجيلك في برنامج Family Care بموافقة من DHS.

My Choice Wisconsin قد تطلب DHS من DHS إلغاء تسجيلك للأسباب التالية:

- توقفك عن قبول الخدمات لأكثر من 30 يومًا وعدم علمنا بالسبب.
- رفضك المشاركة في تخطيط الرعاية وتعذر تأكدنا من صحتك وأمنك.
- استمرار تصرفك بطريقة تخريبية أو غير آمنة بالنسبة للموظفين أو موفري الخدمات أو الأعضاء الآخرين.

ستقوم DHS بمراجعة طلبنا إلغاء تسجيلك وستقرر إذا ما كان ينبغي إنهاء العضوية أم لا.

لا يمكن إنهاء عضويتك بسبب تدهور صحتك أو حاجتك لمزيد من الخدمات.

يحق لك تقديم طعن في حال إلغاء تسجيلك من برنامج Family Care أو إنهاء عضويتك في My Choice Wisconsin. وسيصلك خطاب من وكالة صيانة الدخل يخبرك بسبب إنهاء مزاياك. سيحتوي هذا الخطاب على الكلمات "نبذة عن مزاياك" في الصفحة الأولى. وسيشرح الخطاب كيف يمكنك تقديم الطعن. (انظر الفصل الثامن لمزيد من المعلومات).

الملاحق

1. تعريفات الكلمات الهامة

إساءة المعاملة – إساءة معاملة الفرد من الناحية الجسدية أو العقلية أو الجنسية. كما تتضمن إساءة المعاملة الإهمال والاستغلال المالي والمعالجة بدون موافقة والحبس أو التقييد غير المعقول.

قاضي القانون الإداري – مسؤول يدير جلسة الاستماع العامة المنصفة لتسوية النزاع بين أحد الأعضاء ومنظمة رعايته أو رعايتها المدارة.

التوجيهات المسبقة – بيان خطي لرغبات الشخص حول المعالجة الطبية. وتُستخدم التوجيهات المسبقة للتأكد من تنفيذ الطاقم الطبي لهذه الرغبات في حال عجز الشخص عن التواصل.

المؤيد – شخص ما يمكنه مساعدتك على التأكد من تلبية منظمة رعايتك المدارة لاحتياجاتك ونتائجك. ويمكن للمؤيد مساعدتك في العمل مع منظمة رعايتك المدارة لتسوية النزاعات بطريقةٍ غير رسمية وقد يتمكن أيضًا من تمثيلك إذا قررت تقديم طعن أو مظلمة.

Aging and Disability Resource Center (ADRC) (مركز موارد الشيخوخة والإعاقة) – مراكز خدمة توفر المعلومات والمساعدة فيما يتعلق بكل جوانب الحياة ذات الصلة بالشيخوخة أو التعايش مع الإعاقة. وADRC مسؤول عن التعامل مع التسجيل وإلغاء التسجيل في برنامج Family Care.

الطعن – طلب لمنظمة رعايتك المدارة لمراجعة قرار رفض خدمة أو تعليقها أو تخفيضها. على سبيل المثال، إذا رفض فريق رعايتك السداد مقابل خدمة أو أنهى الخدمة، فيحق لك تقديم طعن.

الأصول – تتضمن الأصول، على سبيل المثال لا الحصر، السيارات، النقد، الحسابات الجارية وحسابات التوفير، شهادات الإيداع، حسابات سوق المال، والقيمة النقدية للتأمين على الحياة.

الممثل المعتمد لـ Medicaid – شخص أو منظمة تقوم بتعيينهم لمساعدتك في الحصول على **Medicaid** والاحتفاظ بها باستخدام النموذج F-10126A (www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm) أو F-10126B (www.dhs.wisconsin.gov/forms/f10126b.pdf).

حزمة الفوائد – الخدمات المتوفرة لأعضاء Family Care. وتتضمن، على سبيل المثال لا الحصر، الرعاية الشخصية والصحة المنزلية والنقل والمستلزمات الطبية والرعاية التمريضية.

خطة الرعاية – خطة مستمرة توثق تجربتك الشخصية ونتائج رعايتك على المدى الطويل، احتياجاتك، تفضيلاتك، ونقاط قوتك. وتحدد الخطة الخدمات التي ستحصل عليها من الأسرة والأصدقاء، وتحدد الخدمات المعتمدة التي ستقدمها منظمة رعايتك المدارة.

فريق الرعاية – يقوم كل عضو ببرنامج Family Care بتعيين فريق رعاية، يتضمن العضو وعامل اجتماعي على الأقل *[or care manager or social services coordinator]* وممرضة مسجلة. وتقوم أنت وفريق رعايتك بتقييم احتياجاتك وتحدد نتائجك وإعداد خطة رعايتك. ويقوم العامل الاجتماعي *[or care manager or social services coordinator]* والممرضة باعتماد خدماتك وتنسيقها ومراقبتها.

الاختيار – يدعم برنامج Family Care اختيار العضو لموعد حصوله على الخدمات. والاختيار يعني أن لك رأي في كيفية ووقت تقديم الرعاية.

السداد المشترك – مبلغ ثابت (5 دولار، على سبيل المثال) تسدده مقابل خدمة رعاية صحية مغطاة.

حصة التكلفة – مبلغ شهري قد تسدده للبقاء مؤهلاً لبرنامج Family Care.

الفعالية من حيث التكلفة – الخيار الذي يدعم نتائج رعايتك المحددة على المدى الطويل بشكل فعال وبتكلفة وجهد معقولين.

Department of Health Services (DHS) (إدارة الخدمات الصحية) – وكالة State of Wisconsin التي تدير برامج Wisconsin's Medicaid، بما في ذلك Family Care.

مراجعة DHS – قرار بخصوص مظلمة أحد الأعضاء بواسطة Department of Health Services (إدارة الخدمات الصحية) (DHS). وتعمل DHS مع MetaStar لمراجعة المظالم واتخاذ قرارات نهائي بخصوصها.

التسجيل/إلغاء التسجيل – عملية إنهاء عضوية شخص ما في برنامج Family Care.

Division of Hearings and Appeals (قسم جلسات الاستماع والطعون) – وكالة State of Wisconsin المسؤولة عن جلسات الاستماع العامة المنصفة.

التسجيل/إلغاء التسجيل – التسجيل في برنامج Family Care أمر تطوعي. وللتسجيل، يتصل الأفراد بـ aging and disability resource center (ADRC) (مركز موارد الشيخوخة والإعاقة) الخاص بهم.

Estate Recovery (استرداد المصاريف من قيمة الملكية) – عملية تسعى فيها State of Wisconsin لرد تكاليف خدمات Medicaid عند حصول الفرد على رعاية على المدى الطويل تمولها Medicaid. وتستعيد الولاية الأموال من ملكية الفرد بعد وفاته هو وزوجه أو زوجته.

الطعن العاجل – عملية يمكنك استخدامها لتعجيل الطعن الخاص بك. ويمكنك مطالبة منظمة رعايتك المدارة بتعجيل الطعن إذا اعتقدت أن انتظار المدة الزمنية القياسية قد يضر كثيرًا بصحتك أو قدرتك على تنفيذ الأنشطة اليومية.

برنامج Family Care – برنامج رعاية على المدى الطويل من Medicaid يوفر المساعدة للمسنين والبالغين ذوي الإعاقات الجسدية أو إعاقات النمو أو الإعاقات الفكرية. يحصل الأشخاص المسجلون في البرنامج على خدمات لمساعدتهم على العيش في منزلهم الخاص متى أمكن.

الأهلية المالية – الأهلية المالية تعني الأهلية لـMedicaid. حيث تنظر وكالة صيانة الدخل إلى دخلك وأصولك لتحديد إذا ما كنت مؤهلاً لـ Medicaid أم لا. ويجب أن تكون مؤهلاً لـ Medicaid لتكون في برنامج Family Care.

الأهلية الوظيفية – يحدد Wisconsin Adult Long Term Care Functional Screen (الفحص الوظيفي لرعاية الكبار على المدى الطويل بولاية ويسكونسن) إذا ما كنت مؤهلاً من الناحية الوظيفية لبرنامج Family Care أم لا. ويقوم Functional Screen بجمع معلومات عن الحالة الصحية للفرد وحاجته للمساعدة في الأنشطة مثل الاستحمام وارتداء الملابس واستخدام الحمام.

المظلمة – تعبير عن الاستياء من الرعاية أو الخدمات أو الأمور العامة الأخرى. وتتضمن مواضيع المظالم جودة الرعاية والعلاقات بينك وبين فريق رعايتك وحقوق الأعضاء.

الوصي – قد تعين المحكمة وصي لأحد الأفراد إذا كان الشخص غير قادر على اتخاذ قرارات بخصوص حياته أو حياتها.

وكالة صيانة الدخل – يحدد موظفون من وكالة صيانة الدخل الأهلية المالية لـ Medicaid و Family Care والمزايا العامة الأخرى.

متخذ القرار القانوني – شخص لدية السلطة القانونية لاتخاذ القرارات بالنيابة عن أحد الأعضاء. وقد يكون متخذ القرار القانوني وصي على شخص أو ملكية (أو كلاهما)، قيّم، أو شخص معين كوكيل بموجب توكيل عام رسمي للرعاية الصحية أو مستند الموارد المالية.

مستوى الرعاية – يشير إلى مقدار المساعدة التي تحتاج إليها لتنفيذ أنشطتك اليومية. ويجب أن تلبي إما مستوى رعاية "دار المسنين" أو مستوى رعاية "خلاف دار المسنين" لتكون مؤهلاً لبرنامج Family Care.

Long-Term Care (الرعاية على المدى الطويل) – وسائل الدعم والخدمات التي قد يحتاج إليها الأشخاص بسبب الإعاقة، التقدم في السن، أو المعاناة من مرض مزمن يقيد من قدرتهم على القيام بالأشياء التي يحتاجون إلى القيام بها طوال اليوم. ويتضمن ذلك أشياء مثل الاستحمام، ارتداء الملابس، إعداد الوجبات، والذهاب إلى العمل. يمكن تقديم الرعاية على المدى الطويل في المنزل، في المجتمع، أو في دور المسنين ومنشآت الرعاية الدائمة.

نتيجة الرعاية على المدى الطويل – موقف أو شرط أو ظرف نحدده أنت وفريق رعايتك يزيد من استقلاليتك.

منظمة الرعاية المدارة – الوكالة التي تقوم بتشغيل برنامج Family Care.

Medicaid – برنامج الرعاية الطبية على المدى الطويل الذي تقوم Department of Health Services (DHS) (دائرة الخدمات الصحية) بـ Wisconsin. تُعرف Medicaid أيضًا بـ"Medical Assistance" و"MA" و"Title 19". ويجب أن تلبي متطلبات أهلية Medicaid لتكون عضوًا في Family Care.

Medicare – البرنامج الفيدرالي للتأمين على الصحة للأشخاص البالغين من العمر 65 سنة فما فوق، بعض الأشخاص دون سنة الـ65 سنة الذين يعانون من إعاقات معينة، والأشخاص الذين يعانون من مرض بالكلى في مراحله الأخيرة (فشل كلوي دائم يتطلب غسيل الكلى أو زرع الكلى). وتغطي Medicare الإقامة بالمستشفى، خدمات الطبيب، الأدوية الموصوفة، وخدمات أخرى.

العضو – شخص يلبي معايير الأهلية الوظيفية والمالية ويسجل في برنامج Family Care.

متخصص حقوق الأعضاء – موظف بمنظمة الرعاية المدارة يمكنه مساعدتك على فهم حقوقك ومسؤولياتك. ويقدم متخصص حقوق الأعضاء المساعدة في المخاوف المتعلقة بالرعاية والخدمات ويمكنه مساعدتك على تقديم مظلمة أو طعن.

MetaStar – الوكالة التي تعمل معها Department of Health Services (DHS) (إدارة الخدمات الصحية) بـ Wisconsin لمراجعة مظالم الأعضاء واتخاذ قرارات نهائية بخصوصها.

وسائل الدعم الطبيعية – الأشخاص المتواجدين في حياتك الذين يختارون مساعدتك بالفعل.

مستوى الرعاية خلاف دار المسنين – الأعضاء في مستوى الرعاية هذا بحاجة إلى خدمات رعاية على المدى الطويل إلى حدٍ ما إلا أنهم غير مؤهلين للحصول على الخدمات في دار المسنين. هذا وتتوفر مجموعة محدودة من خدمات Family Care في مستوى الرعاية هذا.

Notice of Adverse Benefit Determination (إخطار تحديد المزايا السلبية) – إخطار خطي من منظمة الرعاية المدارة يشرح التغيير في الخدمة وسبب التغيير. ويجب على منظمة الرعاية المدارة إرسال Notice of Adverse Benefit Determination (إخطار تحديد المزايا السلبية) إليك إذا رفضت طلبك الحصول على خدمة مغطاة أو رفضت السداد مقابل خدمة مغطاة أو خططت إيقاف إحدى الخدمات أو تعليقها أو تخفيضها.

إخطار حقوق الطعن – خطاب يشرح خياراتك المتعلقة بتقديم الطعن. ويجب على منظمة الرعاية المدارة إرسال خطاب حقوق الطعن إذا لم تقدم الخدمات في الوقت المناسب أو إذا لم تلبي المواعيد النهاية لمعالجة الطعن.

مستوى رعاية دار المسنين – الأعضاء في مستوى الرعاية لديهم احتياجات كبيرة بما يكفي لتأهلهم للحصول على الخدمات في دار مسنين. وتتوفر مجموعة كبيرة جدًا من خدمات Family Care في مستوى الرعاية هذا.

Ombudsman (أمين المظالم) – شخص يحقق في المخاوف المبلغ عنها ويمكنه مساعدتك في تسوية المشاكل مع الرعاية والخدمات.

نتائج التجربة الشخصية – الأهداف التي تحددها لحياتك.

التوكيل العام الرسمي للرعاية الصحية – مستند قانوني يمكن للأشخاص استخدامه لتفويض شخص ما باتخاذ قرارات الرعاية الصحية بالنيابة عنهم في حال عجزهم عن اتخاذ هذه القرارات بأنفسهم.

الاعتماد المسبق (الموافقة المسبقة) – يجب على فريق الرعاية اعتماد خدماتك قبل أن تحصل عليها (باستثناء حالات الطوارئ). وفي حال حصولك على خدمة أو الذهاب إلى موفر خدمات خارج الشبكة، فقد لا تسدد منظمة الرعاية المدارة مقابل الخدمة.

شبكة موفري الخدمات – وكالات وأفراد تتعاقد معهم منظمة الرعاية المدارة لتوفير الخدمات. ويتضمن موفرو الخدمات المرافقون، الرعاية الشخصية، الرعاية المنزلية الداعمة، وكالات الصحة المنزلية، منشآت الرعاية الدائمة، ودور المسنين. يجب على فريق الرعاية اعتماد خدماتك قبل أن تتمكن من اختيار موفر خدمة من الدليل.

الخدمات السكنية – بيئات الرعاية السكنية تتضمن المنازل، المنشآت السكنية القائمة على المجتمع، المجمعات السكنية للرعاية السكنية، ودور المسنين.

Resource Allocation Decision (RAD) (عملية قرار تخصيص الموارد) – أداة تستخدمها أنت وفريق رعايتك للمساعدة في العثور على الطرق الأكثر فعالية وكفاءة لتلبية احتياجاتك ودعم نتائج رعايتك على المدى الطويل.

الإقامة والمعيشة – جزء تكلفة العيش في بيئة رعاية سكنية ذي الصلة بتكاليف الإيجار والطعام. والأعضاء مسؤولون عن سداد نفقات إقامتهم ومعيشتهم.

وسائل الدعم الموجهة ذاتيًا – طريقة لك لترتيب وشراء وتوجيه بعض خدمات رعايتك على المدى الطويل. بفضل وسائل الدعم الموجهة ذاتيًا، يمكنك اختيار التحكم في ميزانية خدماتك، وتحمل مسؤوليتها، وقد تتحكم في موفري الخدمات، بما في ذلك المسؤولية عن تعيين عمال رعايتك المباشرين وتدريبهم والإشراف عليهم وفصلهم.

منطقة الخدمة – المنطقة التي يجب أن تقيم فيها للتسجيل والبقاء مسجلاً لدى My Choice Wisconsin.

جلسة الاستماع العامة المنصفة – جلسة تُعقد بواسطة قاضي القانون الإداري الذي يعمل لصالح Division of Hearing and Appeals (قسم جلسات الاستماع والطعون) بـ State of Wisconsin.

2. تعريفات الخدمات في حزمة مزايا Family Care

تعريفات خدمة التنازل القائمة على المنزل والمجتمع تتوفر التعريفات الكاملة عند الطلب لا تتوفر هذه الخدمات للأعضاء في مستوى الرعاية خلاف دار المسنين.
وسائل المساعدة التكيفية هي عناصر تحكم أو أجهزة تمكن الأشخاص من زيادة قدراتهم على تنفيذ أنشطة الحياة اليومية أو التحكم في البيئة التي يعيشون فيها (بما في ذلك مصاعد المرضى، مفاتيح التحكم، إلخ). كما أن وسائل المساعدة التكيفية هي خدمات تساعد الأشخاص في الوصول والمشاركة والعمل في مجتمعهم. يتضمن ذلك تعديلات السيارة (مثل مصاعد المركبة، عناصر التحكم اليدوية)، وقد يتضمن الشراء الأولي لكلب خدمة مدرب تمامًا من موفر خدمة حسن السمعة، أي تدريب بعد الشراء لدى موفر خدمة حسن السمعة ضروري للعضو وكلب الخدمة المدربة تمامًا للعمل معًا وتكاليف الصيانة المستمرة لكلب الخدمة المدرب تمامًا الذي يتم الحصول عليها من موفر خدمة حسن السمعة. (عند حصول العضو على كلب خدمة كميزة مغطاة، يدرك العضو أنه يمتلك أو تمتلك الكلب ويوافق على تحمل مسؤولية تصرفات كلب الخدمة).
خدمات الرعاية النهارية للبالغين هي توفير خدمات لجزء من اليوم في بيئة جماعية غير سكنية للبالغين الذين يحتاجون إلى تجربة إثرائية داعمة اجتماعية أو صحية أو الذين يحتاجون للمساعدة في أنشطة الحياة اليومية، الإشراف، و/أو الحماية. قد تتضمن الخدمات الرعاية الشخصية والإشراف، الوجبات الخفيفة، والانتقال إلى ومن موقع الرعاية النهارية.
التكنولوجيا المساعدة/وسائل المساعدة على التواصل تعني عنصر، معدة، أو نظام منتج يزيد أو يحافظ على أو يحسن القدرة الوظيفية للأعضاء في المنزل، العمل، وفي المجتمع. وتتضمن الخدمات الأجهزة أو الخدمات التي تساعد الأعضاء على السماع أو التحدث أو الرؤية، مثل أنظمة التواصل، وسائل تقوية السمع، وسائل المساعدة على الكلام، المترجمين، التكنولوجيا الإلكترونية (الأجهزة اللوحية، أجهزة المحمول، البرامج).
خدمات إدارة الرعاية (المعروفة أيضًا بإدارة الحالة أو تنسيق الخدمة) المقدمة بواسطة فريق الرعاية. تجدر الإشارة إلى أن العضو هو محور اهتمام فريق الرعاية. ويتكون الفريق، كحد أدنى، من ممرضة مسجلة وعامل اجتماعي / مدير الرعاية، وقد يتضمن أيضًا متخصصين آخرين، بما يتناسب مع احتياجات العضو، والأسرة وغيرهم من وسائل الدعم الطبيعية التي يطلبها العضو. تتضمن الخدمات التقييم، تخطيط الرعاية، اعتماد الخدمة، ومراقبة صحة ورفاهية العضو.
الخدمات الاستشارية السريرية والعلاجية تساعد مقدمي الرعاية الذين لا يحصلون على أجر وموظفو الدعم الذين يحصلون على أجر في تنفيذ خطة معالجة أو دعم العضو. وتتضمن الخدمات التقييمات، إعداد خطط المعالجة المنزلية، خطط الدعم، خطط التدخل، التدريب والمساعدة الفنية لتنفيذ الخطط. كما تتضمن الخدمات تدريب مقدمي الرعاية والموظفين الذين يخدمون الأعضاء ذوي الاحتياجات المعقدة (ما وراء الرعاية الروتينية).
تثقيف وتدريب المستهلك هي خدمات مُصممة لمساعدة الشخص ذو الإعاقة على تطوير مهارات الدفاع عن النفس، التحديد الذاتي للدعم، ممارسة الحقوق المدنية، واكتساب المهارات اللازمة لممارسة التحكم والمسؤولية عن خدمات الدعم الأخرى. تتضمن هذه الخدمات تثقيف وتدريب الأعضاء، مقدمي الرعاية الخاصين بهم، ومتخذي القرار القانوني. قد تتضمن النفقات المغطاة رسوم التسجيل، الكتب والمواد التثقيفية الأخرى، والانتقالات والدورات التدريبية، المؤتمرات، وغيرها من الفعاليات المشابهة.
الخدمات الاستشارية والعلاجية هي خدمات لعلاج الاضطرابات الشخصية، الاجتماعية، الجسدية، الطبية، السلوكية، العاطفية، الإدراكية، اضطرابات الصحة العقلية، أو اضطرابات إدمان الكحول أو غيره من المخدرات. وقد تتضمن الخدمات المساعدة في التكيف مع الشيخوخة والإعاقة، المساعدة في العلاقات الشخصية، العلاجات الترفيهية، العلاج عن طريق الفن، استشارات التغذية، الاستشارات الطبية، استشارات الوزن، واستشارات الحزن.
التدريب على مهارات الحياة اليومية يعلم الأعضاء ووسائل دعمهم الطبيعية المهارات المضمنة في تنفيذ أنشطة الحياة اليومية، بما في ذلك مهارات زيادة استقلالية العضو ومشاركته في الحياة المجتمعية. وتتضمن الأمثلة تعليم إدارة المال، صيانة الرعاية المنزلية، إعداد الطعام، التدريب على الحركة، مهارات الرعاية الذاتية، والمهارات اللازمة للوصول إلى الموارد المجتمعية واستخدامها.
الخدمات النهارية هي توفير أنشطة مقررة منتظمة في بيئة غير سكنية (مركز نهاري) لتعزيز التطور الاجتماعي ولتطوير مهارات تنفيذ الأنشطة في الحياة اليومية والحياة المجتمعية.

خدمات الإدارة المالية تساعد الأعضاء وأسرهم على إدارة دولارات الخدمة أو إدارة مواردهم المالية الشخصية. تتضمن هذه الخدمة شخص أو وكالة يسدد أو تسدد مقابل الخدمة لموفري الخدمات بعد أن يعتمد العضو السداد مقابل الخدمات المضمنة في خطة الدعم الموجه ذاتيًا الخاصة بالعضو. كما تتضمن خدمات الإدارة المالية مساعدة الأعضاء في وضع ميزانية الأموال الشخصية لضمان توفر الموارد الخاصة بالسكن والتكاليف الضرورية الأخرى.
توصيل الوجبات إلى المنازل (يُطلق عليها أحيانًا "meals on wheels") تتضمن التكاليف ذات الصلة بشراء وتخطيط الطعام، المستلزمات، المعدات، العمالة، والمواصلات لتوصيل وجبة أو وجبتين في اليوم إلى الأعضاء غير القادرين على إعداد وجبات مغذية أو الاحتفاظ بها دون مساعدة.
تعديلات المنزل هي توفير خدمات وعناصر لتقييم الحاجة إلى إجراء تعديلات أو تحسينات في أحياء عيش العضو وترتيبها وتوفيرها لتوفير إمكانية الوصول أو زيادة الأمان. وقد تتضمن تعديلات المنزل المواد والخدمات، مثل المنحدرات، مصاعد السلم، مصاعد الكرسي المتحرك، تعديلات المطبخ/الحمام، تعديلات إمكانية الوصول/الأمان المتخصصة، الأجهزة التي تنشط بالصوت والضوء والحركة والأجهزة الإلكترونية التي تزيد من المرونة الذاتية للعضو وقدرته على العمل باستقلالية.
الاستشارات السكنية هي خدمة تساعد الأعضاء في الحصول على سكن بالمجتمع، حيث ملكية أو إيجار السكن منفصل عن توفير الخدمة. وتتضمن الاستشارات السكنية استكشاف خيارات ملكية وتأجير المنزل، تحديد الموارد المالية، تحديد تفضيلات موقع ونوع السكن، تحديد احتياجات إمكانية الوصول والتعديل، وتحديد موقع السكن المتوفر.
نظام الاستجابة للطوارئ الشخصية هي خدمة توفر رابط الاتصالات المباشر (عبر الهاتف أو نظام إلكتروني آخر) بين شخص ما يعيش في المجتمع والمهنيين الصحيين للحصول على المساعدة العاجلة في حالة الطوارئ الجسدية أو العاطفية أو البيئية.
الخدمات قبل المهنية تتضمن الخبرات التعليمية والعملية حيث يمكن للعضو تطوير نقاط القوة العامة غير ذات الصلة بوظيفة أو مهمة معينة والمهارات التي تساهم في قابلية التوظيف في عمل بأجر ببيئات مجتمعية متكاملة. تقوم هذه الخدمات بتطوير وتعليم المهارات العامة، التي تتضمن القدرة على التواصل بفاعلية مع المشرفين، زملاء العمل، والعملاء، السلوك واللباس المقبول بشكل عام في محل العمل المجتمعي، القدرة على اتباع التوجيهات، القدرة على حضور المهام، مهارات حل مشاكل محل العمل، الأمن العام بمحل العمل، والتدريب على الحركة. تم تصميم خدمات قبل المهنية لإنشاء مسار لوظيفة مجتمعية متكاملة يحصل الشخص على أجر مقابلها يصل إلى أو يزيد عن الحد الأدنى للأجور، ولكن ليس أقل من الأجر المعتاد ومستوى المزايا المسدد لنفس العمل أو عمل يشبهه ينفذه أشخاص لا يعانون من إعاقة.
خدمات النقل هي خدمات وعناصر قد يحتاج إليها العضو للانتقال من مؤسسة أو منزل الأسرة إلى ترتيب معيشة مستقل في المجتمع. وقد تتضمن خدمات النقل السداد مقابل نقل ممتلكات العضو الشخصية، السداد مقابل التنظيف العام وخدمات ترتيب المنزل، سداد مبلغ التأمين، سداد تكاليف توصيل المرافق ورسوم تركيب الهاتف، شراء الأثاث الضروري، الهواتف، أواني الطهي/تقديم الطعام، معدات التنظيف الأساسية، مستلزمات المنزل، أثاث الحمام وغرفة النوم، وأجهزة المطبخ.
الرعاية السكنية: منزل أسرة لبالغ يحتوي على 1-2 سرير هو مكان يوفر فيه المشغل الرعاية، العلاج، الدعم، أو خدمات تفوق مستوى الإقامة والمعيشة لما يصل إلى بالغين. عادةً ما تتضمن الخدمات الرعاية المنزلية الداعمة، الرعاية الشخصية، والإشراف. كما قد تتضمن الخدمات المواصلات والأنشطة الترفيهية/الاجتماعية، الدعم السلوكي والاجتماعي، والتدريب على مهارات الحياة اليومية.
الرعاية السكنية: منزل أسرة لبالغ يحتوي على 3-4 أسرة هو مكان حيث يقيم 3-4 بالغين لا يمتون لصاحب الرخصة بصلة ويحصلون على الرعاية، العلاج، أو خدمات تفوق مستوى الإقامة والمعيشة، وقد تتضمن ما يصل إلى سبع ساعات في الأسبوع من الرعاية التمريضية لكل مقيم. عادةً ما تتضمن الخدمات الرعاية المنزلية الداعمة، الرعاية الشخصية، والإشراف. كما قد تتضمن الخدمات الدعم السلوكي والاجتماعي، والتدريب على مهارات الحياة اليومية، والمواصلات.
الرعاية السكنية: منشأة سكنية قائمة على المجتمع هي بيئة على غرار المنزل حيث يقيم خمسة بالغين أو أكثر لا يمتون للمشغل أو المدير بأي صلة ويحصلون على الرعاية، العلاج، الدعم، الإشراف، التدريب، المواصلات، وما يصل إلى ثلاث ساعات في الأسبوع من الرعاية التمريضية لكل مقيم.
الرعاية السكنية: مجمع سكني للرعاية السكنية هو بيئة مجتمعية على غرار المنزل حيث يقيم خمسة بالغين أو أكثر في وحدات معيشتهم الخاصة المنفصلة والمميزة عن بعضها البعض. والخدمات تتضمن الخدمات الداعمة (غسيل الملابس، تنظيف المنزل، الرعاية الشخصية، الخدمات التمريضية (العناية بالجروح، إدارة الأدوية)، والمساعدة في حالة الطوارئ.
خدمات الرعاية المؤقتة هي الخدمات المقدمة على المدى القصير لإراحة أسرة العضو أو مقدم (مقدمي) الرعاية الأساسي (الأساسيين (الآخر) (الآخرين) من الضغط اليومي ومتطلبات الرعاية. وقد تتوفر الرعاية المؤقتة في منزل العضو، منشأة سكنية، مستشفى، أو دار مسنين.

خدمات الرعاية الشخصية الموجهة ذاتيًا هي خدمات لمساعدة الأعضاء في أنشطة الحياة اليومية وخدمات التدبير المنزلي التي يحتاج إليها الأعضاء للعيش في المجتمع. تتضمن أنشطة الحياة اليومية المساعدة في الاستحمام، تناول الطعام، ارتداء الملابس، إدارة الأدوية، العناية بالفم والشعر والبشرة، إعداد الوجبات، سداد الفواتير، استخدام الحمام، الانتقال، واستخدام المواصلات. يحدد العضو شخص أو وكالة لتزويده أو تزويدها بالخدمات، وفقًا لأمر الطبيب واتباعًا للخطة التي تتمحور حول العضو.

التمريض المتمكن هي خدمات التمريض المتمكن اللازمة من الناحية الطبية التي قد لا تتوفر إلا بواسطة ممرضة ممارسة متقدمة، ممرضة مسجلة، أو ممرضة ممارسة مرخصة تعمل تحت إشراف ممرضة مسجلة. يتضمن التمريض المتمكن ملاحظة وتسجيل الأعراض وردود الأفعال، إجراءات وتقنيات التمريض العام، وقد يتضمن التقييم الدوري للحالة الطبية للعضو والمراقبة المستمرة للحالة الطبيعة المعقدة أو الهشة للعضو.

المعدات والمستلزمات الطبية المتخصصة هي تلك العناصر الضرورية للحفاظ على صحة العضو، إدارة حالته الطبية أو الجسدية، تحسين وظائفه، أو تعزيز استقلاليته. قد تتضمن العناصر المسموح بها مستلزمات سلس البول، تضميد الجروح، تقويم العظام، منتجات التغذية المعوية (التغذية عن طريق الأنابيب)، أدوية محددة بدون وصفة طبية، مستحضرات/مزلقات ترطيب البشرة الموصوفة لضرورة طبية، فيتامين (د) الموصوف، المكملات الغذائية متعددة الفيتامينات أو المحتوية على الكالسيوم، مستلزمات الحقن الوريدي (IV).

وسيط الدعم هو شخص يختاره العضو لمساعدته أو مساعدتها في تخطيط الدعم الموجه ذاتيًا والاحتفاظ به وتوجيهه.

خدمات التوظيف المدعوم (خدمات دعم توظيف الفرد والمجموعات الصغيرة) تساعد الأعضاء المحتاجين للدعم المستمر، بسبب إعاقاتهم، للحصول على وظيفة تنافسية في بيئة عمل مجتمعي متكامل والاحتفاظ بها. وتكون نتيجة هذه الخدمة عمل مستدام مدفوع الأجر يصل إلى أو يزيد عن الحد الأدنى للأجور في بيئة متكاملة بقوة العمل العامة، بوظيفة تلبي الأهداف الشخصية والمهنية.

- خدمات التوظيف الفردية مخصصة وقد تتضمن الاكتشاف أو التقييم ذي الصلة بالمهنة/الوظيفة، تخطيط الوظيفة الذي يتمحور حول الشخص، تحديد الوظيفة، تطوير الوظيفة، الاجتماع بأصحاب العمل المتوقعين، تحليل الوظيفة، التدريب على الوظيفة، المواصلات، خدمات التقدم الوظيفي، أو الدعم للنجاح في العمل الحر.
- خدمات توظيف المجموعات الصغيرة هي خدمات وتدريبات تُقدم في بيئة تجارية أو صناعية أو مجتمعية لمجموعات تتكون من ثمان عمال ذوي إعاقة. والأمثلة تتضمن الأطقم المتنقلة وغيرها من مجموعات العمل التجارية التي توظف مجموعات صغيرة من العمال ذوي الإعاقة في وظيفة بالمجتمع. قد تتضمن الخدمات الاكتشاف أو التقييم ذي الصلة بالمهنة/الوظيفة، تخطيط الوظيفة الذي يتمحور حول الشخص، تحديد الوظيفة، تطوير الوظيفة، الاجتماع بأصحاب العمل المتوقعين، تحليل الوظيفة، التدريب والتعليمات المنهجية، التدريب على الوظيفة، المواصلات، خدمات التقدم الوظيفي، أو الدعم للنجاح في العمل الحر.

الرعاية المنزلية الداعمة تتضمن الخدمات التي تساعد الأعضاء بشكل مباشر في أنشطة الحياة اليومية والاحتياجات الشخصية لضمان العمل بشكلٍ مناسب في المنزل والمجتمع. وقد تتضمن الخدمات المساعدة على ارتداء الملابس، الاستحمام، إدارة الأدوية، تناول الطعام، استخدام الحمام، التبرج، الحركة، سداد الفواتير، استخدام المواصلات، والأعمال المنزلية.

خدمات التدريب لمقدمي الرعاية الذين لا يحصلون على أجر تساعد الأشخاص الذي يزودون العضو بخدمات الرعاية، التدريب، المرافقة، الإشراف، أو غير ذلك من أنواع الدعم بدون أجر. ويتضمن التدريب التعليمات المتعلقة بالنظم والخدمات الأخرى المضمنة في خطة رعاية العضو، استخدام المعدات المحددة في خطة الخدمة، والتوجيه، حسب الضرورة، للحفاظ على أمن العضو في المجتمع.

النقل (النقل المتخصص): وسائل النقل المجتمعية وغيرها

- تساعد خدمات النقل المجتمعية الأعضاء في الوصول إلى الخدمات، الأنشطة، والموارد المجتمعية. وقد تتضمن الخدمات التذاكر أو بطاقات الأجرة، فضلاً عن نقل الأعضاء ومرافقيهم إلى الوجهات. باستثناء وسائل نقل الطوارئ (الإسعاف).
- تساعد خدمات النقل الأخرى الأعضاء الموجهين ذاتيًا في الحصول على الخدمات الطبية غير الطارئة التي تغطيها Medicaid. وقد تتضمن الخدمات التذاكر أو بطاقات الأجرة، تعويض المسافة المقطوعة، فضلاً عن نقل الأعضاء ومرافقيهم إلى الوجهات. باستثناء وسائل النقل غير الطبية، التي تتوفر بموجب خدمات النقل المجتمعية – انظر أعلاه. باستثناء وسائل نقل الطوارئ (الإسعاف).

تخطيط ودعم المستقبل المهني هي خدمة تخطيط ودعم التوظيف تتمحور حول الشخص وجماعية توفر المساعدة للأعضاء للحصول على عمل أو العمل الحر أو الحفاظ عليه أو تطويره. وقد تتضمن هذه الخدمة إعداد خطة التوظيف، تحليل ودعم مزايا حوافز العمل، تنسيق فريق الموارد، استكشاف المهنة والتحقق من صحة هدف التوظيف، دعم البحث عن وظيفة ومتابعة الوظيفة، والدعم على المدى الطويل.

3. طلب تخفيض حصة التكلفة

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
Division of Medicaid Services
F-01827 (09/2020)

STATE OF WISCONSIN
Administrative Rule
DHS 10.34

APPLICATION FOR REDUCTION OF COST SHARE

Although completion of this form is voluntary, all the information requested on this form needs to be submitted as part of the approval process. Personally identifiable information is collected on this form for the sole purpose of identifying the program participant and processing the request, and will not be used for any other purpose.

Request for Reduction of Cost Share

- Are you a Family Care, Partnership, or PACE member?
- Do you have to pay a monthly cost share?
- Are you unable to pay your monthly cost share due to your necessary monthly living expenses?

If yes, you may qualify for a reduction of your cost share.

A cost share reduction may make your monthly living expenses more affordable, and allow you to stay enrolled in Family Care, Partnership, or PACE. Necessary monthly living expenses include costs such as mortgage payments, rent, home/renter's insurance, property taxes, utilities, food, clothing, hygiene items, and the cost of operating and maintaining a vehicle.

To request a reduction of your cost share, please complete the attached form, "Application for Reduction of Cost Share," and mail or fax it to the Bureau of Managed Care at:

Member Rights Specialist
Department of Health Services
Bureau of Managed Care
1 West Wilson Street, Room 518
P.O. Box 7851
Madison, WI 53707-7851
Phone: 1-855-885-0287
TTY: 711
Fax: 608-266-5629

Along with the application, you will need to submit proof of your monthly income, your monthly expenses, and the cost share you owe to your MCO each month. The application will tell you what kind of proof is needed and gives examples of the types of documents that provide that proof. The Wisconsin Department of Health Services will review your application to decide if the amount of cost share you pay each month can be reduced. The Department of Health Services will send you a letter approving or disapproving your request. If you have questions, please call 1-855-885-0287.

Who Can Help Me Complete This Form?

If you need help completing this form, you can obtain assistance, free of charge, from the following resource:

Benefit Specialists

A benefit specialist can help answer your questions. Services are free and confidential. To find a benefit specialist in your county of residence, contact your local Aging and Disability Resource Center or county aging office: https://www.dhs.wisconsin.gov/benefit-specialists/counties.htm.

APPLICATION FOR REDUCTION OF COST SHARE

Answer the questions on this form as completely as you can. If you are filling out this form for someone else, answer the questions as they apply to that person. If more space is needed, attach a separate sheet(s) of paper and indicate the number and letter (if any) of the question you are answering.

Section 1—Applicant Information

Last Name	First Name		Middle Initial
Mailing Address—Street	City	State	Zip Code
Telephone Number	Email Address		
Name of Managed Care Organization (MCO) Member is Enrolled in			
Date of Birth (mm/dd/yyyy)	Medicaid ID Number or CARES ID		

Section 2—Authorized Representative (complete this section if applicable)

Last Name—Representative	First Name—Representative		Middle Initial
Mailing Address—Street	City	State	Zip Code
Telephone Number	Email Address		

A. Source of Authority to Act as Member's Representative:

Check the boxes that apply. *Proof Required:* For any box you have checked, attach a copy of the document that grants you the authority to act as the member's representative. For example, a signed guardianship order or activated power of attorney document.

☐ Guardian of Estate ☐ Guardian of the Person ☐ Power of Attorney for Finances ☐ Attorney

☐ Power of Attorney for Health Care ☐ Other—Specify:

Section 3—Current Cost Share and Amount of Cost Share Reduction Requested

Answer the questions below. *Proof Required:* Attach a copy of your monthly cost share bill from the MCO or the State of Wisconsin.

A. What is your current monthly cost share amount? *(This is the amount of cost share you must pay to the MCO now.)*	$	per month
B. What is the amount of monthly cost share you can afford to pay? (*This is the amount of cost share you would pay the MCO if your request is fully granted.)*	$	per month

Section 4—Why Cost Share Reduction is Necessary

Please explain why you need a reduction in cost share (attach additional pages, if needed):

Section 5—Past Cost Share Amount	
A. Do you owe the MCO cost share for past months?	☐ Yes ☐ No
B. If yes, how much do you owe?	$

Section 6—Current Income Amount

List all types of income you receive below. *Proof required:* Attach documentation such as copy of social security statement, annual tax return, statement from a pension or annuity company, paystubs, bank records of deposits into your checking or savings account from social security, pension, or annuity.

A. Total monthly *gross* income (This is income before taxes, Medicare Part B and D premiums, and other deductions are taken out).	$ per month
B. Total monthly *net* income (This is the actual income you receive after taxes, Medicare Part B and D premiums, and other deductions are taken out). Also known as "take-home" pay.	$ per month

C. Source of income

TYPE	AMOUNT
☐ Social Security	$
☐ Pension	$
☐ Annuity	$
☐ Other Specify:	$
☐ Other Specify:	$
☐ Other Specify:	$
☐ Other Specify:	$

Section 7—Current Monthly Living Expenses

A. List your total monthly necessary living expenses below. *Proof required*: Attach documentation such as a copy of a mortgage statement, rental agreement or lease, condo fee invoice, property tax bill, insurance bill, utility bill.

TYPE	AMOUNT
☐ Mortgage	$
☐ Rent	$

☐ Home owner's insurance	$
☐ Renter's insurance	$
☐ Property taxes	$
☐ Condo fees	$
☐ Phone	$
☐ Gas	$
☐ Electric	$
☐ Sewer/septic	$
☐ Water	$
☐ Food	$
☐ Clothing	$
☐ Hygiene	$
☐ Maintenance and operation of vehicle	$
☐ Other Specify:	$
☐ Other Specify:	$
☐ Other Specify:	$
☐ Other Specify:	$

Section 8—Fair Hearing Request

Have you requested a fair hearing with the Wisconsin Department of Administration, Division of Hearings and Appeals regarding your cost share amount? ☐ Yes ☐ No

If yes, what is the date the hearing occurred or is set to occur?
Date (mm/dd/yyyy)

SIGNATURE – Member or Authorized Representative	Date Signed

4. نموذج إخطار لتحديد المزايا السلبية

FAMILY CARE
NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION

Mailing Date: Insert Date Notice Mailed

Members Name
Member/Legal Decision Maker's Street Address
City, State Zip Code

Member's ID or MCI Number

Dear Members Name,

This notice confirms our discussion on insert date.

The service or support in question is: insert service in question

After reviewing the options with you using the Resource Allocation Decision (RAD) process, we have decided to:

☐ **Terminate current service.**
Effective date of intended action: _____

☐ **Reduce current service.**
Effective date of intended action: _____
Description of current level: _____
New level after reduction: _____

☐ **Suspend current service.**
Effective date of intended action: _____
Expected date service will resume: _____

☐ **Deny request for service or support.**
Date of request: _____

☐ **Limit request for service or support.**
Date of request: _____
Description of requested level: _____
Authorized level of service or support: _____

☐ **Deny payment for service or support.**
Date of request: _____
Date(s) service provided: _____
Provider or supplier: _____
Payment amount being denied: $ _____

The reason for our decision is that:

☐ The service or support is not an effective way to support your outcome(s).

☐ You do not need this service or level of service or support to support your outcome.

☐ We are already supporting your outcome in another way.

☐ The service or support you received was not authorized.

☐ An informal support has been identified and has agreed to provide this service or support for you.

☐ The service or support is being performed by a member of your household and the service or support benefits the other individuals residing in the household with you.

☐ Other:

Explanation of the decision: This detailed explanation is for the member. The rationale used to make the decision should always be included along with any recommended alternative(s).

If you disagree with this decision, the following pages describe your options.

Sincerely,

care manager name
care manager title
phone number

RN care manager name
RN Care Manager title
phone number

Appeal Rights

1. How to appeal this decision

If you disagree with this decision, write, call, fax, or email:

MCO name
MCO address
appropriate contact phone number
appropriate fax number
appropriate email address

You can get the Appeal Request form online at www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm, or by calling one of the independent ombudsman agencies listed at the end of this notice.

Include a copy of this notice with the completed request form or letter.

2. Grievance and Appeal Committee

After MCO name receives your request, we will set up a meeting with our Grievance and Appeal Committee. The committee is made up of MCO name representatives and at least one person who is also receiving services from us (or represents someone who does).

You have the right to appear in person if you choose. You may bring an advocate, friend, family member, or witnesses. You may also present evidence and testimony to this committee.

You will receive a written decision on your appeal. If you do not agree with the Grievance and Appeal Committee's decision, you can request a state fair hearing. See section 6 for more information.

3. Continuation of services

If you are getting benefits and you ask for an appeal before your benefits change, you can keep getting the same benefits until the Grievance and Appeal Committee makes a decision on your appeal.

If you want to keep your benefits during your appeal, **your request must be postmarked, faxed, or emailed on or before insert effective date of intended action**.

If the Grievance and Appeal Committee decides that MCO name, decision was right, you may need to repay the extra benefits that you received between the time you asked for your appeal and the time that the Grievance and Appeal Committee makes a decision. However, if it would cause you a large financial burden, you might not be required to repay this cost.

4. Deadline to file your appeal with MCO name

You should file your appeal as soon as possible.

Your appeal to MCO name must be postmarked, faxed, or emailed no later than 60 calendar days from the mailing date on page one of this notice. **Important**: If you would like your benefits to continue during your appeal, your appeal must be postmarked, faxed, or emailed **insert effective date of intended action.**

5. Speeding up your appeal with MCO name

You may ask MCO name to speed up your appeal. If MCO name decides that taking the standard amount of time could seriously harm your health or ability to perform your daily activities, we will grant you a faster appeal called an "expedited appeal." This means you will receive a decision on your case within 72 hours of your request. If you want to learn more about an expedited appeal, contact MCO name at MCO phone number.

6. State fair hearing

You have the right to ask for a state fair hearing if you do not agree with the Grievance and Appeal Committee's decision on your appeal.

If you ask for a state fair hearing, you will have a hearing with an independent Administrative Law Judge (ALJ). You may bring an advocate, friend, family member, or witnesses. You may also present evidence and testimony at the hearing.

MCO name's member rights specialist can assist you with filing a fair hearing request. To contact a member rights specialist, call Member Rights Specialist phone number. You can also get the hearing form from one of the independent ombudsman agencies listed at the end of this notice or online at www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm.

Send the completed request form or a letter asking for a hearing and a copy of this notice to:

Family Care Request for Fair Hearing
Wisconsin Division of Hearings and Appeals
PO Box 7875
Madison, WI 53707-7875
Fax: 608-264-9885

Important Note: You cannot request a state fair hearing until you have received the Grievance and Appeal Committee's decision on your appeal or MCO name fails to send you a written decision within 30 calendar days of receiving your appeal.

You have 90 calendar days from the date you receive the Grievance and Appeal Committee's written decision on your appeal to request a state fair hearing. If MCO name fails to send you a written decision within 30 calendar days of receiving your appeal, the 90 days starts the day after the 30 calendar day period ends.

7. Who can help you understand this notice and your rights?

a. MCO name's member rights specialist can inform you of your rights, try to informally resolve your concerns, and assist you with filing an appeal. The member rights specialist **cannot** represent you at a meeting with our Grievance and Appeal Committee or at a state fair hearing. To contact a member rights specialist, call Member Rights Specialist phone number.

b. Anyone receiving Family Care services can get free help from an **independent ombudsman**. The following agencies advocate for Family Care members:

For members age 18 to 59:
Disability Rights Wisconsin
Toll Free: 800-928-8778
TTY: 711

For members age 60 and older:
Wisconsin Board on Aging and Long Term Care
Toll Free: 800-815-0015
TTY: 711

Copy of your case file

You have the right to a free copy of the information in your case file related to this decision. Information means all documents, medical records, and other materials related to this decision. If you decide to appeal this decision, you have the right to any new or additional information MCO name gathered during your appeal. To request a copy of your case file, contact appropriate contact at phone number.

5. نموذج طلب الطعن الخاص بـ *[Insert MCO name]*

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

STATE OF WISCONSIN
Wis. Stats. § 46.287(2)(c)

Division of Medicaid Services

F-00237 (01/2019)

APPEAL REQUEST – MY CHOICE WISCONSIN

Completing this form is voluntary. Personally identifiable information collected on this form is used to identify your case and process your request only.

Name – Member		Today's Date
Mailing Address		
City	State WI	Zip Code

☐ Check this box if you would like to appeal My Choice Wisconsin's decision by requesting a meeting with the My Choice Wisconsin Grievance and Appeal Committee.

Continuing your services during an appeal of a reduction, suspension, or termination of a service
If you are getting benefits and you ask for an appeal before your benefits change, you can keep getting the same benefits until a decision on your appeal has been made. If you want to keep your benefits during your appeal, your request must be postmarked or faxed ***on or before* the effective date of the intended action**. If the Grievance and Appeal Committee decides that My Choice Wisconsin's decision was correct, you may need to repay the extra benefits that you got between the time you asked for your appeal and the time that the Grievance and Appeal Committee makes a decision. However, if it would cause you a large financial burden, you might not be required to repay this cost.

☐ **Check this box if you would like to request the same services to continue during your appeal.**

Copy of your case file
You have a right to a free copy of the information in your case file related to your appeal. Information means documents, records and other related material including any new or additional information My Choice Wisconsin gathers during your appeal.

☐ **Check this box if you would like to receive the information in your case file from My Choice Wisconsin related to your appeal.**

_____ _____
SIGNATURE – Member Date Signed

Mail or fax this form to:

My Choice Wisconsin
10201 W Innovation Dr. Suite 200
Wauwatosa WI 53226-4822
Fax: 608-245-3821

To start your appeal as soon as possible, you can call My Choice Wisconsin at 800-963-0035 ext. 3448 before mailing this form. TTY users should call 711.

Your appeal must be postmarked or faxed no later than **60 calendar days** from the date on the Notice of Adverse Benefit Determination.

6. نموذج طلب جلسة استماع عامة منصفة

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
Division of Medicaid Services
F-00236 (02/2020)

STATE OF WISCONSIN
Wis. Stats. § 46.287(2)(c)

REQUEST FOR A STATE FAIR HEARING

SECTION A – REQUIRED

Completing this form is voluntary. Personally identifiable information collected on this form is used to identify the case and process your request only.

Name – Member		Phone	Medicaid ID #
Mailing Address		Program ☐ Family Care ☐ Partnership ☐ PACE	
City	Zip Code	Managed Care Organization (MCO)	
Today's Date		Effective Date of Adverse Benefit Determination	

Continuing your services: If the adverse benefit determination affects your services and your request is received before the effective date, your services in most cases will not stop or be reduced. (If the judge decides that the MCO's decision was right, you may need to repay the extra services that you got between the time you asked for a fair hearing and the time that the judge makes a decision. However, if it would cause you a large financial burden, you might not be required to repay this cost.)

Do you wish your services to be continued? ☐ Yes ☐ No

SECTION B

Complete only if fair hearing request is related to: ☐ Eligibility ☐ Cost Share	Why are you asking for a hearing? (Attach additional sheet if needed.)

SECTION C

Complete only if fair hearing request is related to one of the below. To request a fair hearing related to one of the below, you must first go through your MCO's appeals process.

- ☐ Functional eligibility screen conducted by MCO
- ☐ Reduction, suspension or termination of service/support
- ☐ Denial or limited authorization of a requested service
- ☐ Denial of payment for a service
- ☐ Care plan
- ☐ Failure to provide services/supports in a timely manner
- ☐ Involuntary disenrollment from the MCO
- ☐ Denial of request to dispute a financial liability
- ☐ Denial of request to obtain services outside the MCO's network
- ☐ Failure of the MCO to make an appeal decision within the required timeframe

Why are you asking for a hearing? (Attach additional sheet if needed.)

☐ Yes	☐ No	1. Did you file an appeal with your MCO's Grievance and Appeal Committee? Date you filed the appeal:
☐ Yes	☐ No	2. Did you request the same services to continue during your appeal with the MCO?
☐ Yes	☐ No	3. Have you received a written decision from the MCO's Grievance and Appeal Committee? Attach a copy of the decision to this form **or** briefly describe the decision below: Summary of decision:
☐ Yes	☐ No	4. If you answered "No" to question 3, when was the MCO's Appeal and Grievance Committee decision due: . (If possible, attach a copy of the MCO's letter that told you when you would receive a decision.) Note: The MCO Appeal and Grievance Committee has up to 30 days to make a decision on your appeal. You must wait to see if the MCO sends you a decision on your appeal by the date in the letter before you can request a fair hearing.

SECTION D - REQUIRED

_____ _____

SIGNATURE – Member Date Signed

Mail or fax this form **AND** a copy of the MCO's appeal decision letter (or, if the MCO did not provide you with an appeal decision letter, the MCO's letter informing you of the date by which it would provide you with its decision) to:

Family Care Request for Fair Hearing
c/o Division of Hearings and Appeals
PO Box 7875
Madison WI 53707-7875
Fax: 608-264-9885

Your managed care organization:

Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, please contact your care manager or a member rights specialist.

7. إخطار ممارسات الخصوصية

Notice of Privacy Practices

Contact the Privacy Officer:
10201 West Innovation Drive Suite 100
Wauwatosa, WI 53226
Email:
dlfamcprivacyofficer@mychoicefamilycare.org
Toll-free: *1-833-253-3465*

Your Information.
Your Rights.
Our Responsibilities.

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. **Please review it carefully.**

Your Privacy Rights

You have the right to:

- Get a copy of your health and claims records
- Correct your health and claims records
- Request confidential communication
- Ask us to limit the information we share
- Get a list of those with whom we've shared your information
- Get a copy of this privacy notice
- Choose someone to act for you
- File a complaint if you believe your privacy rights have been violated

➤ ***See page 2*** *for more information on these rights and how to exercise them*

Your Choices

You have some choices in the way that we use and share information as we:

- Answer coverage questions from your family and friends
- Provide disaster relief
- Market our services and sell your information

➤ ***See page 3*** *for more information on these choices and how to exercise them*

Our Uses and Disclosures

We may use and share your information as we:

- Help manage the health care treatment you receive
- Run our organization
- Pay for your health services
- Administer your health plan
- Help with public health and safety issues
- Do research
- Comply with the law
- Respond to organ and tissue donation requests and work with a medical examiner or funeral director
- Address workers' compensation, law enforcement, and other government requests
- Respond to lawsuits and legal actions

➤ ***See pages 3 and 4*** *for more information on these uses and disclosures*

Revised 9/3/2020

Your Privacy Rights

When it comes to your health information, you have certain rights.
This section explains your rights and some of our responsibilities to help you.

Get a copy of your health and claims records	• You can ask to see or get a copy of your health and claims records and other health information we have about you. Ask us how to do this. • We will provide a copy or a summary of your health and claims records, usually within 30 days of your request. We may charge a reasonable, cost-based fee.
Ask us to correct health and claims records	• You can ask us to correct your health and claims records if you think they are incorrect or incomplete. Ask us how to do this. • We may say "no" to your request, but we'll tell you why in writing within 60 days.
Request confidential communications	• You can ask us to contact you in a specific way (for example, home or office phone) or to send mail to a different address. • We will consider all reasonable requests, and must say "yes" if you tell us you would be in danger if we do not.
Ask us to limit what we use or share	• You can ask us **not** to use or share certain health information for treatment, payment, or our operations. • We are not required to agree to your request, and we may say "no" if it would affect your care.
Get a list of those with whom we've shared information	• You can ask for a list (accounting) of the times we've shared your health information for six years prior to the date you ask, who we shared it with, and why. • We will include all the disclosures except for those about treatment, payment, and health care operations, and certain other disclosures (such as any you asked us to make). We'll provide one accounting a year for free but will charge a reasonable, cost-based fee if you ask for another one within 12 months.
Get a copy of this privacy notice	• You can ask for a paper copy of this notice at any time, even if you have agreed to receive the notice electronically. We will provide you with a paper copy promptly.
Choose someone to act for you	• If you have given someone medical power of attorney or if someone is your legal guardian, that person can exercise your rights and make choices about your health information. • We will make sure the person has this authority and can act for you before we take any action.
File a complaint if you feel your rights are violated	• You can complain if you feel we have violated your rights by contacting us using the information on page 1. • You can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, calling 1-877-696-6775, or visiting **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.** • We will not retaliate against you for filing a complaint.

Your Choices

For certain health information, you can tell us your choices about what we share. If you have a clear preference for how we share your information in the situations described below, talk to us. Tell us what you want us to do, and we will follow your instructions.

In these cases, you have both the right and choice to tell us to:	• Share information with your family, close friends, or others involved in payment for your care • Share information in a disaster relief situation *If you are not able to tell us your preference, for example if you are unconscious, we may go ahead and share your information if we believe it is in your best interest. We may also share your information when needed to lessen a serious and imminent threat to health or safety.*
In these cases we *never* share your information unless you give us written permission:	• Marketing purposes • Sale of your information

Our Uses and Disclosures

How do we typically use or share your health information?
We typically use or share your health information in the following ways.

Help manage the health care treatment you receive	• We can use your health information and share it with professionals who are treating you.	***Example:*** *A doctor sends us information about your diagnosis and treatment plan so we can arrange additional services.*
Run our organization	• We can use and disclose your information to run our organization and contact you when necessary. • **We are not allowed to use genetic information to decide whether we will give you coverage and the price of that coverage.** This does not apply to long term care plans.	***Example:*** *We use health information about you to develop better services for you.*
Pay for your health services	• We can use and disclose your health information as we pay for your health services.	***Example:*** *We share information about you with your dental plan to coordinate payment for your dental work.*
Administer your plan	• We may disclose your health information to your health plan sponsor for plan administration.	***Example:*** *Your company contracts with us to provide a health plan, and we provide your company with certain statistics to explain the premiums we charge.*

continued on next page

How else can we use or share your health information? We are allowed or required to share your information in other ways – usually in ways that contribute to the public good, such as public health and research. We have to meet many conditions in the law before we can share your information for these purposes. For more information see: **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.**

Help with public health and safety issues	• We can share health information about you for certain situations such as: • Preventing disease • Helping with product recalls • Reporting adverse reactions to medications • Reporting suspected abuse, neglect, or domestic violence • Preventing or reducing a serious threat to anyone's health or safety
Do research	• We can use or share your information for health research.
Comply with the law	• We will share information about you if state or federal laws require it, including with the Department of Health and Human Services if it wants to see that we're complying with federal privacy law.
Respond to organ and tissue donation requests and work with a medical examiner or funeral director	• We can share health information about you with organ procurement organizations. • We can share health information with a coroner, medical examiner, or funeral director when an individual dies.
Address workers' compensation, law enforcement, and other government requests	• We can use or share health information about you: • For workers' compensation claims • For law enforcement purposes or with a law enforcement official • With health oversight agencies for activities authorized by law • For special government functions such as military, national security, and presidential protective services
Respond to lawsuits and legal actions	• We can share health information about you in response to a court or administrative order, or in response to a subpoena.

Our Responsibilities

- We are required by law to maintain the privacy and security of your protected health information.
- We will let you know promptly if a breach occurs that may have compromised the privacy or security of your information.
- We must follow the duties and privacy practices described in this notice and give you a copy of it.
- We will not use or share your information other than as described here unless you tell us we can in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind.

Changes to the Terms of this Notice

We can change the terms of this notice, and the changes will apply to all information we have about you. The new notice will be available upon request, on our web site, and we will mail a copy to you.

Effective Date of Notice: 1/9/2014

This Notice of Privacy Practices applies to the following organization.

My Choice Wisconsin Health Plan, Inc.
My Choice Wisconsin, Inc.

my choice
WISCONSIN

Caring Starts Here

www.mychoicewi.org