my choice
WISCONSIN

My Choice Wisconsin Family Care 会员手册

电话：414-287-7600 免费电话 800-963-0035 TTY:711 传真: 414-287-7704
www.mychoicewi.org

DHS 批准 2021 年 8 月 10 日

my choice WISCONSIN

Caring Starts Here

www.mychoicewi.org

800-963-0035 TTY 711

您的护理管理团队包括：

护理经理姓名	电话
注册护士姓名	电话
主管姓名	电话

何时致电您的 FAMILY CARE 团队

- ➔ 任何跌倒
- ➔ 心理或身体健康状况有改变
- ➔ 紧急护理 / 急诊科就诊
- ➔ 住院治疗

如您遇到紧急状况，请拨打 911

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 (TTY: 711). - هاتف الصم والبكم:

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, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, 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:

- 为残障人士提供免费帮助和服务，以便与我们进行有效沟通，例如：
  - 符合资格的手语翻译
  - 其他格式的书面信息（大字体、音频、无障碍电子格式、其他格式）
  - 为听障和视障成员提供的辅助设备和服务
- 为主要语言为非英语的人士提高免费语言访问服务，例如：
  - 符合资格的口译员
  - 用其他语言写出的信息

如您需要这些服务，请致电 1-800-963-0035，联系客户服务部。

目录

第 1 章、重要电话号码和资源 7

My Choice Wisconsin 联系信息 7

其他重要联系人 9

第 2 章、欢迎与介绍 19

My Choice Wisconsin 欢迎您 19

Family Care 计划如何帮助我？ 19

谁会帮助我？ 20

成为会员是什么意思？ 21

谁可以成为 My Choice Wisconsin 的会员？ 21

如何成为会员？ 23

第 3 章、获取服务须知 24

Family Care 的工作原理是什么？ 24

您的护理计划应包含哪些内容？ 25

如何选择与授权服务？ 26

如我的需求发生变更怎么办？ 27

我如何使用提供者网络？ 27

Family Care 如何帮助您管理我们的服务？ 28

何谓自我导向的支持？ 28

遇到紧急情况时，我应该怎么做？ 29

在正常营业时间后，我如何获得护理？ 29

如我不在区域范围内但需要服务，该怎么办？ 29

第 4 章、Family Care 福利套餐 31

提供哪些服务？ 31

Family Care 福利套餐表 32

不提供哪些服务？ 35

第 5 章、了解由谁支付服务和福利协调的费用 37

我要支付任何服务的费用吗？ 37

我如何支付款项？ 38

如我收到服务账单，该怎么办？ 39

Family Care 会支付居住服务或疗养院的费用吗？ 39

如何协调 Medicare 与我的其他保险福利？ 39

何谓遗产追缴？它如何适用于我？ 40

第 6 章、会员的权利 41

第 7 章、会员的责任 44

第 8 章、申诉和上诉 46

概述 46

申诉 47

上诉 50

州公正听证会 55

谁可以帮助我提起申诉或上诉？ 58

第 9 章、终止 My Choice Wisconsin 的会员身份 60

附录 62

1.重要词汇的释义 62

2. Family Care 福利套餐中的服务释义.....66

3. 减少成本分摊申请书.....70

4. Notice Adverse Benefit Determination（不利福利认定通知）范本.....74

5. My Choice Wisconsin 上诉申请表.....78

6. 州公正听证会申请表.....80

7. 隐私条例通知.....83

第 1 章、重要电话号码和资源

My Choice Wisconsin 联系信息

My Choice Wisconsin 是一个管理式的护理组织（MCO），它重视您的意见，建议和疑问。请在周一至周五，早上 8：00 至 下午 5：00（节假日除外）联系我们。

My Choice Wisconsin
主要办事处
10201 West Innovation Drive, Suite 100, Wauwatosa, WI 53226

电话:	414-287-7600
免费电话:	800-963-0035
TTY:	711
传真:	414-287-7704

Email: info@mychoicewi.org
Website: www.mychoicewi.org

办公地点

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

正常营业时间之外援助

如您在正常营业时间之外需要紧急帮助，请拨打 My Choice Wisconsin 营业时间外紧急热线免费电话 **800-963-0035**。所有电话将在 30 分钟内得到答复。

遇到紧急情况时，请拨打 911

会员权利专家

会员服务人员 **My Choice Wisconsin** 是解释会员权利方面的专家。如有投诉或申诉，他们将竭诚提供帮助。如要对您的团队作出的决定提起上诉，他们可提供信息或援助。

My Choice Wisconsin's 会员权力专业人士:
电话: 1-800-963-0035 ext. 3448
传真: 608-245-3821
https://mychoicewi.org/contact/grievances-appeals/

遇到紧急情况时，请拨打 911

其他重要联系人

成人保护服务
各县设有调查虐待、忽视、经济剥削和自我忽视报告事件的机构。如需与人讨论高危成人（18 至 59 岁）涉嫌虐待事宜，请致电所在县的帮助热线。如需报告 60 岁以上老年人虐待事宜，请联系所在县的高危老年人机构。

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

老年和残疾资源中心

老年和残疾资源中心，（简称 ADRC）是获取老年人或与残疾人居住有关的生活各方面准确、公正信息的首要去处。ADRC 待人热情友好，包括个人、担心的家人朋友或从事老年与残疾相关工作的专业人士在内的任何人均可前往咨询专门针对其情况定制的信息。ADRC 提供计划与服务的相关信息，帮助人们了解其长期护理选项和申请计划与福利。My Choice Wisconsin 服务区域内的 ADRC 如下：

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

浏览网站 www.dhs.wisconsin.gov/adrc，了解关于 ADRC 的更多信息。

督察员计划

督察员是指不在 My Choice Wisconsin 上班的独立支持者或助手。任何获享 Family Care 服务者均可从 Ombudsman（督察员）处免费获得帮助。具体联系哪个组织因会员年龄而异。

如**年满 60 岁或以上**，请联系：

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care
1402 Pankratz Street, Suite 111
Madison, WI 53704-4001
免费电话：800-815-0015
TTY：711
传真：608-246-7001
电子邮件：BOALTC@wisconsin.gov
longtermcare.wi.gov

如年龄在 **18 - 59 岁**之间，请联系：

Disability Rights Wisconsin
1502 West Broadway, Suite 201
Madison, WI 53713
免费电话：800-928-8778
TTY：711
传真：833-635-1968
www.disabilityrightswi.org

收入维持协会

如您的生活状况或财务状况发生变化，必须在 10 天内报告。如搬家，必须报告新住址。这些变化会影响您获享 Medicaid 和 Family Care 的资格。向所在县的收入维持协会和 My Choice Wisconsin 报告这些变化。各服务区域的协会如下：

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	Waukesha County	Waushara County
Moraine Lakes Consortia	**Moraine Lakes Consortia**	East Central Consortium
Phone: 888-446-1239	Phone: 888-446-1239	Phone: 888-256-4563
Fax: 855-293-1822	Fax: 855-293-1822	Fax: 855-293-1822

Wisconsin Medicaid (ForwardHealth)
如使用 ForwardHealth 卡获取不属于 Family Care 福利套餐中的服务或项目时遇到问题（如眼镜、看病或处方），请致电 ForwardHealth 会员服务免费电话：

800-362-3002

报告公共援助欺诈
欺诈是指明知自己或他人不应该获得，但自己获取或帮助他人获取保险或款项。凡实施欺诈者将被起诉。如法院裁定某人通过实施欺诈获取医疗福利，该法院可要求此人向州返还此等福利并支付其他罚款。

如怀疑有人滥用公共援助资金，包括 Family Care，请拨打欺诈热线电话或在线提交报告：

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

If you think you have identified fraud, waste, abuse, or non-compliance, you can contact My Choice Wisconsin in the following confidential ways:

- Call the anonymous Compliance Hotline toll-free at 1-833-253-3465 or locally at (608) 245-3576
- Email: Compliance@mychoicewi.org

Wisconsin FoodShare （QUEST 卡）
如对 FoodShare 有疑问或疑虑，想知道 FoodShare/QUEST 卡上余额或者报告 QUEST 卡遗失或被盗，请致电 FoodShare 客户服务热线免费电话：

877-415-5164

威斯康辛州质量保证司
如您认为某护理员、机构或设施违反了州或联邦法律，您有权向威斯康辛州质量保证司投诉。投诉时，可能会问您该提供者所在的县名。如要提起投诉，请拨打：

800-642-6552

Wisconsin 州残疾人权益独立倡导者
如果您正在寻求支持以克服独立障碍，并且希望明确社区支持服务，请致电“残疾人权益倡导者”。他们于每个人进行一对一合作，确定目标并实现积极的改变。他们的联系方式是：

414-773-4646

第 2 章、欢迎与介绍

My Choice Wisconsin 欢迎您

欢迎莅临执行 Family Care 计划的管理式医疗服务组织 My Choice Wisconsin。Family Care 是一项 Medicaid 长期护理计划，它帮助有身体、发育或智力残疾的老年人与成人。加入该计划的人员可获得帮助其尽可能在自己家生活的服务。Family Care 由州和联邦税收提供资金。

本手册为大家提供下列所需信息：

- 了解 Family Care 的基本情况。
- 熟悉福利套餐中的服务。
- 了解 Family Care 会员的权利与责任。
- 如有问题和疑虑，请提起申诉或上诉。

如需阅读本手册方面的帮助，请联系护理团队。您团队的联系信息位于本手册的封面内侧。

一般而言，本文中的“您”和“您的”是*指会员*。“您”和“您的”也可能指您的法定决策者，例如法定监护人或有效代理人。

本手册末尾（第 64 页）列述了重要词汇的释义。这些释义有助于理解本手册中的常用字词和短语。

如您还不是会员且有疑问，或者想了解关于如何注册 Family Care 或其他计划的更多信息，请联系老年和残疾资源中心，(ADRC）。ADRC 提供信息与援助，并帮助人们申请计划和福利。ADRC 是一家单独的机构，其不属于 My Choice Wisconsin 的一部分。不论您是否决定成为 Family Care 的会员，ADRC 都会提供帮助。当地 ADRC 的地址和电话号码可在第 12 页找到。

Family Care 计划如何帮助我?

Family Care 的主要目标是确保会员在家安全并获得支持。当会员住在自己家或家人的家里时，对自己的生活拥有更多权力。他们可以决定何时做某事（比如什么时候起床和吃饭），以及如何计划自己的一天。

加入 Family Care 时，My Choice Wisconsin 会告诉您哪些服务有助于您尽可能独立生活。我们提供的服务有帮助洗澡、交通、家务和送餐到家等等。甚至包括建造无障碍专用斜坡或使用医疗警报系统。（涵盖的完整服务清单参见第 4 章。）

Family Care 提供护理管理和一系列服务，以满足会员的需求。我们将确保会员获得健康安全所需的护理。此外，还将帮助会员维系与家人、朋友和社区之间的关系。

如是准备搬出去独立生活的年轻人，My Choice Wisconsin可以帮助您变得更独立。例如，我们可以帮助您培养找工作或学习如何自己做饭所需的技能。

Family Care：

- 可以改善或维持您的生活质量。
- 帮助您住在自己家或公寓，与家人朋友在一起。
- 让您参与自己的护理和服务决策。
- 让您最大程度独立。

谁会帮助我?

成为 Family Care 会员后，您将与 My Choice Wisconsin 的专业人士团队合作。您是护理团队的核心，**应参与**护理计划的**每个环节**。

护理团队成员包括**您**和：

- 一位注册护士。
- 一位社会工作者或护理经理。
- 根据您的需求，还包括其他专业人士，比如一位职业治疗师、一位物理治疗师或一位心理健康专家。
- 您想让其参与的任何人，包括家人或朋友。

护理团队的工作是与您一起：

- 发现您的强项、资源、需求和偏好。
- 制定一份护理计划，其中包括您需要的帮助。
- 确保实际向您提供您的计划中的服务。
- 确保 Family Care 提供的服务满足您的需求且具有成本效益。
- 确保您的护理计划继续为您服务。

让您的团队知道您参与此流程时是否需要任何帮助。

Family Care 不代替您从家人、朋友或社区中其他人那里获得的帮助。My Choice Wisconsin 鼓励家人、朋友和对您重要的其他人参与您的护理。我们将与您一起建立这些

重要关系。此外，我们帮助寻找所在社区可以提供帮助的资源，比如图书馆、老年活动中心和教堂。

必要时，还会帮助寻找强化您的支持网络的办法。例如，如帮助您的人需要休息，我们可以提供暂托服务。暂托让护理员得以暂时休息，给他们放松和维护自身健康的时间。

成为会员是什么意思?

身为 My Choice Wisconsin 的 Family Care 计划会员，您和护理团队将齐心协力，为您的健康和生活方式作决定。您和护理团队将作出最佳选择来支持您。

您将通过 My Choice Wisconsin 提供者获得长期护理服务。加入 Family Care 时，我们为您提供关于如何获得已同意与我们合作的服务提供者名单的相关信息。您和护理团队将一起挑选最符合您需求的提供者。

My Choice Wisconsin 认为，会员在获得服务时应当自行选择。选择意味着对于何时以及如何提供护理拥有话语权。身为会员和自行选择也意味着您有责任帮助护理团队找到最具成本效益的方式来支持您。

My Choice Wisconsin 有责任满足**所有**会员的长期护理需求。唯有所有会员帮助我们制定不仅有效、还合理且具成本效益的护理计划，我们才能实现以上目标。大家齐心协力，我们即可确保为所有需要服务的其他人提供 Family Care。

会员可以保留现有的医疗提供者（例如全科医生、足科医生、牙医和脊椎按摩师）、医院、诊所以及购买处方药的药房。**My Choice Wisconsin 的 Family Care 计划不对这些服务负责。**这些服务由其他类型的保险支付费用。护理团队将帮助协调您的 Family Care 服务与医生和其他医疗提供者的服务。

谁可以成为 My Choice Wisconsin 的会员？

会员为自愿加入。由会员自行决定是否注册 My Choice Wisconsin。如要获得我们的服务，必须满足下列**所有**要求：

- 是有身体/发育/智力残疾的成人或 65 岁及以上的老人。
- 是我们服务区域之一的居民（参加下方列表）。
- 具备获享 Medicaid 的财务资格。
- 被威斯康辛州成人长期护理功能筛查认定符合功能资格。
- 签署注册表。

我们的服务区域包括 Wisconsin 下辖的多个县：

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

如计划搬出服务区域，必须通知您的护理团队。您团队的联系信息位于本手册的封面内侧。搬出我们的服务区域后可能无法继续注册 My Choice Wisconsin。

一旦成为会员，必须继续符合财务和功能资格要求才能继续注册。

- **财务资格**是指获享 Medicaid（亦称 Medical Assistance、MA 或 Title 19）的资格。收入维持机构调查个人的收入和资产，以认定此人是否有资格获享 Medicaid。有时，如要符合财务资格，您必须为自己获得的服务支付一部分费用。其称之为“成本分摊”，必须支付该费用才能保留 Family Care 资格。如有成本分摊，ADRC 的员工会在会员作出注册的最终决定前与之讨论这一点。 收入维持机构至少每年审

核一次会员的财务资格与成本分摊情况，确保其依然符合获享 Family Care 的财务资格。

- **功能资格**与人们的健康状况以及对沐浴、穿衣和上厕所等活动方面的帮助需求有关。ADRC 会告知您是否符合获享 Family Care 的功能资格。护理团队至少每年审核一次会员的功能资格，以确保其依然符合资格。

如何成为会员?

如您还不是会员但有兴趣成为 My Choice Wisconsin 的会员，请致电或前往所在区域的 ADRC。当地 ADRC 的地址和电话号码可在第 12 页找到。

ADRC 将帮助评估您对服务的需求水平，确保您符合获享 Family Care 的功能资格。他们会提供其他可用计划的相关信息，并帮助您选择最适宜的资源或计划。

在注册流程期间，ADRC 会要求您以下事项：

- 提供您的健康与需求相关信息。
- 提供您的收入与资产相关信息。
- 就您的医疗记录签署“信息发布”表。
- 填妥并签署注册表。

此外，您还会与一位收入维持工作人员谈话。此人将认定您是否符合获享 Family Care 的财务资格。

Family Care 的工作原理是什么?

注册 Family Care 时，您和护理团队将评估您的需求、强项和偏好。告诉团队您想要哪种生活以及过上想要的生活所需的支持，是该流程的一部分。让团队清楚了解对您很重要的方面。

确定您的个人经历结果

评估期间，护理团队将帮助确定您的**个人经历结果**。这些结果是您为自己设定的生活目标，其中包括：

- 下列相关信息：
  - 在哪里、与谁一起生活
  - 所需支持与服务及其提供者
  - 您的日常生活
- 拥有下列个人经历：
  - 与家人和朋友互动
  - 一份工作或其他有意义的活动
  - 融入社区
  - 稳定性
  - 尊重和公平
  - 隐私
- 健康与安全：
  - 健康
  - 安全
  - 远离虐待和忽视

只有您能告诉护理团队什么对您很重要。**您**规定这些结果陈述对您和您的生活的意义。例如，有人可能想：

- 足够健康，与孙辈享受天伦之乐。
- 有一份带薪的工作。
- 充分独立，住在自己的公寓里。

您有权期待与护理团队一起确定您的个人经历结果。在 My Choice Wisconsin 为您购买服务前，护理团队须考虑哪些服务最能为您的需求提供支持且最具成本效益。这并不意味着 My Choice Wisconsin 始终提供服务，以帮助您实现结果。**您为自己做的事以及从家人、朋友或他人那里获得的帮助，都将是支持您实现结果的计划中非常重要的部分**。

确定长期护理结果

在评估流程过程中，您和护理团队还将确定您的**长期护理结果**。这有助于您和团队了解哪些服务将满足您的长期护理需求。Family Care 可帮助您实现您想要的生活正是长期护理结果。例如：

- 能够满足您的日常需求
- 获得保持安全、健康和尽可能独立所需的服务

拥有这些会让您专注于对自己最重要的人和活动。例如，获取穿衣和沐浴方面的帮助也有助于人们感觉良好，从而去工作或走亲访友。

护理团队将制定一份护理计划，帮助您逐渐达成您和团队在评估流程期间确定的结果。

您的护理计划应包含哪些内容?

护理计划将包含并明确阐述下列内容：

- 您的身体健康需求与执行特定任务和活动的能力（如吃饭穿衣）。
- 您的强项和偏好。
- 您的个人经历结果。
- 您的长期护理结果。
- 您将获得的服务。
- 每项服务的提供者。
- 自己做的事，或在家人、朋友或社区内其他资源的帮助下做的事。

护理团队会要求您在护理计划上签字，以示您已参与其制定过程。您将获得一份已签署的计划。如您对自己的计划申诉意，我们制定有申诉和上诉程序。（更多信息参见第 8 章。）

护理团队会定期联系您，以讨论您的表现并检查服务是否有帮助。您的团队必须至少每三个月与您亲自见一次。如需更频繁的探访，见面的频率可能增加。

如何选择与授权服务?

在您获得所有服务**之前**，护理团队必须予以批准。未经我们事先批准，My Choice Wisconsin无需为您获得的服务支付费用。**如您在未经护理团队批准的情况下自行安排服务，可能须自行支付该服务的费用**。如需要未经批准的服务，请与您的团队讨论。

注意：如您考虑入住生活辅助设施或疗养院，My Choice Wisconsin 仅在特定情况下授权居住服务。更多详情参见第 40 页。

My Choice Wisconsin 负责为您的长期护理结果提供支持，但我们在规划您的护理和选择提供者满足您的需求时，还必须考虑成本。为此，护理团队将在资源分配决策(简称 RAD）流程的指导下，作出服务决定。

关于资源分配决策流程

RAD 流程是一个分步工具，您和团队将用于查找最具成本效益和高效的方式来满足您的需求并为长期护理结果提供支持。

成本效益是 RAD 的重要部分。它意味着以合理的费用和精力为长期护理结果提供支持。例如，如有两家不同提供者提供您需要的援助，My Choice Wisconsin 将购买更合适的服务。

获取服务的基本规则

只要符合以下条件，您的服务一般涵盖在我们的范围内：

- 服务属于 Family Care 福利套餐的一部分（参见第 32 页）。
- 服务为您的长期护理结果提供支持。
- 服务是支持您的需求的最具成本效益的方式。
- 服务已纳入您的护理计划。
- 服务已获得护理团队的预先批准和授权。

您有权知悉和了解自己的所有选项，包括具体费用。您负责与护理团队讨论这些选项，从而一起做决定。其中包括提问和分享自己的意见。

在 RAD 流程期间，您和护理团队将讨论您需要的服务。共同探究可用选项，以达成您的长期护理结果。包括讨论朋友、家人或他人可提供的帮助。在很多时候，My Choice Wisconsin 提供的诸多支持，您也能取得一项或多项结果，原因是家人、朋友或他人能够并选择帮助您。My Choice Wisconsin 购买您的个人支持者无法提供的服务。

我们的目标是为您的生活中已经选择帮助您的人们提供支持。这些“自然支持者”将对您重要的人留在日常生活中。从家人朋友那里获得帮助，在此基础上（而非代替）会增进这些宝贵关系，帮助 My Choice Wisconsin 在需要的时间和地点支付服务费用。

当 RAD 流程结束时，您和护理团队将讨论您如何在更大程度上掌控自己的生活，以及是否有兴趣指导自己的服务。

护理团队将寻找为您提供帮助的服务提供者。这些提供者必须与 My Choice Wisconsin 签订合约。如您对任何提供者申诉意，有权要求更换新的提供者，但必须先与护理团队讨论。您的团队必须授权您获得的所有服务。

如我的需求发生变更怎么办?

随着时间推移，服务可能因您的健康与生活状况变化而变化。例如，如您的身体健康改善，服务可能减少。如需求增加，我们将确保您获得维持安全、健康以及尽可能独立所需的帮助。我们的目标是在适当的地点，提供适量的合适服务。

如需求变更，请告知护理团队。我们将始终竭诚为您提供支持，敬请知悉。

我如何使用提供者网络?

您和护理团队将从“提供者网络”中挑选提供者。我们经常使用的提供者名在我们的网站：www.mychoicewi.org 中提供。我们称之为“提供者网络目录”。如需纸质版提供者网络目录，可向您的护理团队索取。

如需提供者能力的相关信息，请告知您的团队。例如，询问提供者的员工能否讲某种语言，或者理解特定民族文化与宗教信仰。此外，护理团队还会告诉您提供者的场所与设备是否面向残疾人开放。

我们与帮助为会员的长期护理结果提供支持的提供者订立合约。提供者以具成本效益的方式与我们合作，且必须符合我们的质量标准。我们的提供者网络尽可能允许会员选择提供者。然而，My Choice Wisconsin还必须确保提供者是具成本效益的选择。

护理团队批准服务后，您和您的团队将从 My Choice Wisconsin的提供者网络目录中挑选提供者。如我们没有满足您需求的提供者或所有常规提供者距离您的居住地点太远，我们可能使用网络之外的提供者。如要选择网络之外的提供者，必须与护理团队讨论。

如您是美洲印第安人或阿拉斯加土著人，可从我们网络之外的印第安医疗服务提供者处获得涵盖的服务。

有时，您可能想更换提供者。如要在网络内的提供者之间更换，请联系护理团队。**未与团队讨论并事先获得批准的情况下更换提供者的，会员可能需要承担该服务的费用**。

对于上门或提供私密个人护理的提供者，我们可能向家人等熟悉您的人员购买服务。您选择使用的人必须合格，并同意按我们其他提供者的相似薪酬工作。

Family Care 如何帮助您管理我们的服务?

My Choice Wisconsin 尊重会员的选择。例如：

- 居住安排、日常生活以及您选择的支持服务都是 Family Care 支持的结果类别。您说明在这些结果领域对您重要的服务。您与护理团队一起寻找为您的结果提供支持的合理方式。如您认为护理计划无法为您的结果提供合理支持，可提起申诉或上诉。（更多信息参见第 8 章。）
- 应会员要求，我们会考虑使用我们不常使用的提供者。
- 对于上门或提供私密个人护理的提供者，我们将应您的要求向您选择的任何合格提供者购买服务，包括家人。**该提供者或家人必须符合我们的要求，并接受我们支付的薪酬金额。**
- 会员有权每年最多更换两次护理团队，而不必解释想要更换团队的理由。My Choice Wisconsin 可能无法始终满足您的要求或给您想要的特定团队。
- 您可以选择自我指导一项或多项服务。

何谓自我导向的支持?

如要承担更多责任并在更大程度上参与指导自己的服务，可使用 Family Care 自我导向的支持选项。选择自我导向意味着您对于如何获得以及从哪里获得服务拥有更多话语权。

针对部分类型的自我导向的支持，您对自己的服务预算拥有控制权和责任。此外，您还可能对提供者拥有控制权，包括雇佣、培训、监督和解雇自我导向的护理人员的责任。针对其他类型的自我导向的支持，您自行挑选提供者，但由机构负责员工的实际雇佣、培训和监督。

自我导向的支持最常用于居家护理，但也可以用于家庭以外的服务，如交通和工作场所的个人护理。护理团队会告知 Family Care 中哪些服务可以自我导向。

您选择想要参与自我导向的支持的程度。这并非一个“全或无”的选择。您可以选择指导一项或多项服务。例如，选择帮助您留在家中或帮助您找工作并保住工作的自我导向服务。然后，与护理团队共同管理旨在实现护理计划中其他结果的服务。

如选择使用自我导向的支持选项，您将与团队一起根据您的护理计划确定服务预算。您将在该预算范围内购买服务，可以直接购买，也可在您选择的其他人或机构的帮助下购买。

如对自我导向的支持感兴趣，请向您的护理团队咨询关于其福利与限制的更多信息。

遇到紧急情况时，我应该怎么做?

如遇到紧急情况，请拨打 911。

*在紧急情况下，您**无**需联系护理团队或者获得事先授权。*

紧急情况意味着您认为自己的健康正面临严重危险。它可以是突发疾病、疑似心脏病发作或中风、骨折或者严重的哮喘发作。

如您发生紧急医疗情况：

- 请尽快获取帮助。拨打 911，或者前往最近的急诊室、医院或急诊中心。
- 告知急诊和医院的员工您是My Choice Wisconsin 的会员。
- 您或其他人应尽快联系护理团队（48 小时内），告知对方您的急诊情况。

尽管 Family Care 不涵盖医疗服务，但如您前往急诊室就诊或住院，告知护理团队很重要。这样，我们就可以告知您当前的提供者您在医院并协调后续服务。例如，在您离开医院前，医生可能将您转到家庭保健服务机构接受后续服务。护理团队须在您出院前授权家庭保健服务。

在正常营业时间后，我如何获得护理?

如有紧急需求不能等到下一个工作日，请致电 800-963-0035 或 TTY 711。值班员工每天 24 小时，每周七天全天候待命。值班员工可临时授权在下一个工作日到来前继续提供所需服务。护理团队将跟踪您的情况，以确定是否应继续提供服务。

如我不在区域范围内但需要服务，该怎么办?

如您即将离开 My Choice Wisconsin 的服务区域且希望在离开后继续获得服务，必须**尽快通知您的团队**。My Choice Wisconsin 将咨询收入维持机构，了解您离开是否会影响您的县居民身份。

- 如您**不再被视为** My Choice Wisconsin 服务的县居民，请联系所前往的县老年和残疾资源中心（ADRC）。ADRC 会告知该县 的可用计划。
- 如您**仍被视为居民**，My Choice Wisconsin 将与您一起计划一种具成本效益的方式，来支持您的需求并保障您离开后的健康与安全。

如 My Choice Wisconsin 认为无法制定具成本效益的计划来满足您的需求并确保您离开服务区域后的健康与安全，我们会让州将您从该计划中除名。如我们让州将您除名，您将有机会通过上诉流程反对我们的请求。（更多信息参见第 8 章。）

如永久性搬离我们的服务区域，My Choice Wisconsin 不会支付护理费用。计划永久性搬离的，请尽早联系护理团队。您的团队将与您讨论永久性搬离的后果。如留在 Wisconsin，我们会将您推荐到新地点的 ADRC，以便您在那里获得其他可用计划和组织的相关信息。如决定更换，护理团队和 ADRC 的员工可以帮助您将服务切换至新地点的提供者。

提供哪些服务?

可用服务一般因会员的护理水平而异。Family Care 有两个“护理水平”：

1.) **“疗养院护理水平”**——如属于该护理水平，意味着您的需求足够重要，您有资格获得疗养院服务。（这并不意味着您必须在疗养院获得服务。）该护理水平的可用服务组合非常广泛。
2.) **“非疗养院护理水平”**——如属于该护理水平，意味着您有一些长期护理服务需求，但没有资格获得疗养院服务。该护理水平的可用服务组合有限。

随着时间推移，护理水平可能因您的健康与生活状况变化而变化。例如，如您住院或住进疗养院，护理团队将与您会面，以确定护理水平是否已发生变化。如不知道自己的护理水平，请询问护理团队。

Family Care 涵盖的服务在下一页 (第 33 页) “Family Care 福利套餐”表中列示。尽管福利套餐中的服务面向所有会员，但并不意味着仅仅因为服务在列表中您就能获得。您只能获得为长期护理结果提供支持并确保您的健康与安全所需的服务。您和护理团队将通过 RAD 流程，为您制定最具成本效益的护理计划。

My Choice Wisconsin 可能需要提供不在列表中的服务。其他支持或服务必须符合一定条件。您和护理团队将决定您何时可能需要其他服务，以实现您的长期护理结果。

在您开始获得所有服务之前，护理团队必须予以批准。请注意：

- 一些会员可能需要支付成本分摊才能具备获享 Family Care 的资格。
- 在 Family Care 中，有授权居住服务和入住疗养院方面的规定。My Choice Wisconsin 仅在特定情况下批准居住服务。
- 在 Family Care 中，仅福利套餐的部分服务有资格自我导向。如需更多信息，请咨询护理团队。

Family Care 福利套餐表

下列服务仅在符合下列条件时可用：

- 必须为您的长期护理结果提供支持。
- 经护理团队预先批准。
- 在您的护理计划中有述。

	疗养院 护理水平	非疗养院 护理水平
基于社区的 MEDICAID 州计划服务		
酒精和其他药物滥用 (AODA) 日间治疗服务（除医院或医生提供之外的所有环境）	✓	✓
酒精和其他药物滥用 (AODA) 服务（住院或医生提供的除外）	✓	✓
护理/病例管理服务	✓	✓
社区支持计划（医生提供的除外）	✓	✓
耐用医疗设备和医疗用品（助听器、假体和计划生育用品除外）	✓	✓
家庭保健	✓	✓
心理健康日间治疗服务（所有环境）	✓	✓
心理健康服务（住院或医生提供的除外）	✓	✓
看护（包括呼吸道护理、间歇护理和私人义务护理）	✓	✓
职业治疗（除住院以外的所有环境）	✓	✓
个人护理	✓	✓
物理治疗（除住院以外的所有环境）	✓	✓
言语和语言病理学服务（除住院以外的所有环境）	✓	✓
前往预约就诊途中的交通（救护车除外）	✓	✓

	疗养院 护理水平	非疗养院 护理水平
机构 MEDICAID 州计划服务		
疗养院，包括针对智力障碍人员的中等监护设施和精神病院。（精神病院的服务仅面向年龄在 21 岁以下或 65 岁及以上的会员。）	✓	
家庭和基于社区的放弃服务		
调适性辅助工具	✓	
成人日间护理	✓	
辅助技术/通信辅助工具	✓	
护理员临床咨询与治疗服务	✓	
消费者教育和培训	✓	
咨询与治疗服务	✓	
日常生活技能培训	✓	
日间服务	✓	
财务管理服务	✓	
送餐到家	✓	
房屋修缮	✓	
房地产咨询	✓	
个人紧急应答系统	✓	
职前服务	✓	
搬迁服务	✓	
居家护理：1-2 张床位的成人家庭住宅	✓	
居家护理：3-4 张床位的成人家庭住宅	✓	
居家护理：社区住宿设施	✓	
居家护理：居家护理综合公寓楼	✓	
暂托护理	✓	
自我导向的个人护理服务	✓	

	疗养院 护理水平	非疗养院 护理水平
专业护理	✓	
专业医疗设备与用品	✓	
支持中介	✓	
就业援助 —— 个人和小团体就业支持服务	✓	
支持性家庭护理	✓	
无薪护理员培训服务	✓	
交通（专项交通）—— 社区和其他交通	✓	
未来职业规划与支持	✓	

不提供哪些服务?

下列服务不在 Family Care 长期护理福利套餐内，但可以通过 Wisconsin Medicaid ForwardHealth 卡提供：

- 酒精和其他药物滥用服务（由医生或在住院环境中提供）
- 听力学，包括听力功能评估和听力障碍康复
- 脊柱推拿
- 危机干预
- 牙科
- 急救护理（包括空中和地面救护车）
- 眼镜
- 计划生育服务
- 助听器和助听器电池
- 临终安养院（晚期病人的支持性护理）
- 医院：住院和门诊，包括急诊护理（门诊物理治疗、职业治疗、言语和语言病理学、非医生提供的心理健康服务以及非医生提供的酒精和其他药物滥用服务除外）
- 精神病院的服务（服务仅面向年龄在 21 岁以下或 65 岁及以上的会员）
- 独立执业护士服务
- 实验室与 X 光
- 药物/处方药
- 心理健康服务（由医生或在住院环境中提供）
- 验光
- 医生和诊所服务（门诊物理治疗、职业治疗、言语和语言病理学、非医生提供的心理健康服务以及非医生提供的酒精和其他药物滥用服务除外）
- 足科医生（足部护理）
- 产前护理协调
- 修复学
- 精神病学
- 基于学校的服务
- 救护车运输

Family Care 不涵盖以上服务，但您有资格通过普通 Medicaid 计划获得。护理团队将与您密切协作，帮助您在需要时获得这些服务。如您享有 Medicare, 退伍军人 (VA) 福利或除 Medicaid 以外的其他保险，这些保险可能涵盖上述服务。这些服务可能需要支付定额手续费。

除上述服务外，也不提供下列项目与服务：

- 护理团队未授权或护理计划中未包含的服务
- 为长期护理结果提供支持的非必需服务
- 正常生活开支，如租金、按揭还款、食品、公用事业、娱乐、服装、家具、家居用品和保险等开支
- 生活辅助设施或疗养院内您的房间里的个人物品，如电话或电视
- 住宅内的食宿费
- 监护费

我要支付任何服务的费用吗?

只要是为您的长期护理结果提供支持所必需，您无需为护理计划中列示的服务支付费用。如您安排护理计划中未涵盖的服务，您将负责支付该服务的费用。

您负责承担从普通 Medicaid 计划中获得的服务的定额手续费。其中包括药物、诊疗和医院挂号的定额手续费。定额手续费是会员为涵盖的医疗服务所支付的固定费用（比如 5 美元）。如您享有退伍军人 (VA) 福利或除 Medicaid 以外的其他保险，也可能要负责承担定额手续费。

您可能每月要支付的其他开支有两种：

- 成本分摊
- 食宿费

成本分摊与食宿费是两项不同的费用，会员可能必须支付这两项。

成本分摊

一些会员可能需要支付一笔月支付额才能保留获享 Family Care 的资格。该月支付额称之为**成本分摊**。成本分摊基于几个因素，如会员的收入、住房成本和医疗费用。您支付的某些开支金额可能低于成本分摊额。护理团队会解释可降低成本分摊额的开支类型和您应当保留的收据。他们会索要收据副本，厘清开支是否有助于减少您的欠款。

如您有成本分摊，将每月会从 My Choice Wisconsin 收到一份账单。虽然您把款项寄到 My Choice Wisconsin，但收入维持机构会确定您每月必须支付的金额。

您的成本分摊额每年查看一次或在收入变化时随时查看。**您必须在发生变化后 10 天内，向护理团队与收入维持机构报告所有收入与资产变化情况**。资产包括但不限于机动车辆、现金、支票、储蓄账户和人寿保险的现金价值。

未支付每月成本分摊额可能导致失去资格，并可能从 Family Care 中除名。如您认为自己的成本分摊不正确，可向 Wisconsin Division of Hearings and Appeals（听证和上诉司）提出召开州公正听证会的请求。关于如何申请召开州公正听证会的说明，参见第 57 页。

如您对成本分摊有疑问，请联系您的护理团队。

减少成本分摊

如因必要的生活开支导致您无能力支付每月成本分摊，则您可能符合减少成本分摊额的资格。必要的生活开支包括偿还按揭贷款、租金、房屋或租房保险、财产税、公用事业费用、食品开支、卫生用品费用以及车辆操作和维护费。

减少成本分摊会使您的每月生活开支更加负担得起，让您得以继续注册 Family Care。

如要请求减少成本分摊，必须填妥“减少成本分摊申请书”。申请书副本请见附录 3，也可从网站 www.dhs.wisconsin.gov/library/f-01827.htm 在线获取。

必须随同申请书一起提交的有每月收入、每月开支和每月向 My Choice Wisconsin支付的成本分摊额证明。申请书会告诉您需要哪些证明，并举例说明需要提供的文件类型。

如需填写申请书方面的帮助，可从 ombudsman（督察员）处获得免费援助。Family Care ombudsman（督察员）计划的联系信息参见第 60 页。

食宿费

如您住在成人家庭住宅、社区住宿设施或居家护理综合公寓楼，将自行负责支付食宿（租金和食物）费。

My Choice Wisconsin 将支付您的服务中护理与监督部分的费用。我们会告诉您食宿费的具体金额，并每月向您发送账单。

如对食宿费有疑问或无能力支付，请联系您的护理团队。护理团队可以帮助您寻找满足您的需求且价格更优惠的设施。

我如何支付款项?

成本分摊与食宿费可以支票或汇票的形式支付。请将款项付至：

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

也可从您的银行账户自动提款。详细信息请咨询护理团队。

如我收到服务账单，该怎么办？

您无需为包含在护理计划中、经护理团队授权的服务支付费用。如误收到提供者发来的账单，请勿支付。应联系您的团队，以便他们解决这个问题。

Family Care 会支付居住服务或疗养院的费用吗？

Family Care 的一个重要目标是帮助会员尽量独立生活。所有人（含残疾人士与老年人）应能在获得所需支持的情况下在家居住，并融入重视他们的贡献的社区。

研究调查显示，大部分人希望住在自己家或公寓，与家人朋友在一起。大多数 Family Care 服务可上门为大多数人提供，而在家居住通常是最具成本效益的选项。

Family Care 福利套餐包含居家护理与疗养院服务。但是，从家搬到护理设施或疗养院应当是最后的选择。

仅当符合下列一项或多项条件时，护理团队才会授权居家护理或入住疗养院：

- 在家无法确保您的健康与安全。
- 在家无法以具有成本效益的方式支持您的长期护理结果。
- 为您的长期护理结果提供支持时，入住设施是最具成本效益的选项。

即使居家护理是唯一选择，您可能无法住在或搬进自己想要的设施。该设施可能未与 My Choice Wisconsin 签订合约或不愿意接受我们支付的费率。Family Care 无法强迫提供者接受我们的费率。

如您住在自己家且您和护理团队同意您不应该再住在那里，你们将一起决定居住服务。您和您的团队负责从 My Choice Wisconsin 提供者网络中找出最具成本效益的居住选项。一旦搬迁，您住在住宿设施或疗养院期间我们将继续与您合作。

护理团队必须授权所有居住服务。会员不自行选择居住提供者，这点非常重要。您必须与您的团队一起做出此等决定，确保 My Choice Wisconsin 支付这些服务的费用。

您必须支付设施费用中的租金与餐费。 此等费用亦称为“食宿费”开支。

如何协调 Medicare 与我的其他保险福利？

当您注册 My Choice Wisconsin 时，我们会询问您是否有除 Medicaid（Medicaid 亦称 Medical Assistance、MA 或 Title 19）以外的其他保险。其他保险包括 Medicare、退休人员医疗保险、长期护理保险及其他私人医疗保险。

重要的是，您向我们提供您拥有的其他保险相关信息。**如您选择不使用其他保险，我们可能拒绝支付其他保险本应涵盖的任何服务费用**。

在 Medicaid（含 Family Care）支付服务费用前，您的其他保险必须先结算。My Choice Wisconsin 希望您：

- 告诉我们您有无其他保险，包括 Medicare A 部分和 B 部分。
- 如您的 Medicare A 部分和 B 部分覆盖范围或其他保险发生变更，请告知我们最新信息。
- 告诉我们您是否收到保险公司的付款，原因是您可能需要向 My Choice Wisconsin 退款。您如何处理这些付款会影响您获享 Family Care 的资格。

如因为您觉得自己无法承担目前没有 Medicare，护理团队可能会找到帮助您支付 Medicare 保险费的计划。

如有 Medicare，它将涵盖您的大部分医疗服务费用，包括医生与医院的费用。Medicare 不涵盖的费用部分称为 Medicare 自付额、共同保险或定额手续费。Medicaid 或 My Choice Wisconsin 将为会员支付 Medicare 自付额、共同保险或定额手续费。

如您收到 Medicare 或提供者开具的 Medicare 自付额、共同保险或定额手续费账单，请联系护理团队。

何谓遗产追缴？它如何适用于我？

如您已注册 Medicaid 或者是 My Choice Wisconsin 的会员，则适用遗产追缴规定。Medicaid 适用于大多数长期护理服务，不论其由 My Choice Wisconsin 还是通过其他计划提供。

通过遗产追缴，州寻求追偿所有 Medicaid 长期护理服务的费用。当会员与会员的配偶均去世后，用该会员或会员配偶的遗产来偿还。偿还的款项归还给州，以用于其他需要的人的护理。

通过提起遗产索偿进行追缴。当会员的配偶或残疾子女仍在世时，州不会要求用会员的遗产偿还。当他们都去世后，才会追缴。

关于遗产追缴的更多信息，请联系护理团队。Medicaid 遗产追缴的相关信息也可通过下列资源获取：

免费电话： 800-362-3002
TTY： 711 或 800-947-3529
网站： www.dhs.wisconsin.gov/medicaid/erp.htm

第 6 章、会员的权利

我们必须尊重 My Choice Wisconsin 会员的权利。

1.) **我们必须以适合会员的方式提供信息**。如要以适合自己的方式向我们索取信息，请联系护理团队。

2.) **我们必须始终有尊严、尊重和公平对待会员**。会员拥有以下权利：

- 从 My Choice Wisconsin 员工和提供者处获得仁爱、体贴的护理。
- 在安全干净的环境下获得护理。
- 不必为 My Choice Wisconsin 工作或提供服务。
- 与 My Choice Wisconsin 员工讨论您认为应该做出的政策变更或应该提供的服务时，获得鼓励与帮助。
- 作为 My Choice Wisconsin 的会员，鼓励您行使权利。
- 免受歧视。My Choice Wisconsin 必须遵守保护会员免受歧视或不公平对待的法律。我们不因种族、心理残疾、肢体残疾、宗教、性别、性别身份、性取向、健康、民族、信条（信仰）、年龄、原国籍或收入来源而歧视他人。
- 远离被用作胁迫、惩罚、便利或报复手段的任何形式的限制或隔离。这意味着您有权不受限制或被迫独处，而限制或被迫独处的目的是为了让您按照某种方式行事、惩罚您或因为有人发现其有用。
- 不受虐待、忽视和经济剥削。
  - **虐待**可以是身体、情感、经济或性方面的虐待，也可以是某人未经您的知情同意，给您药物或实验研究等治疗。
  - **忽视**发生在护理员未提供护理、服务或监督，对个人造成重大危险之时。自我忽视是指对自己的护理负责的个人未能获得充分护理，包括食物、住所、服装、医疗或牙科护理。
  - **经济剥削**可以是欺诈、引诱、强迫、盗窃、财务代理人行为不当、身份盗窃、伪造或未经授权使用财务交易卡（包括信用卡、借记卡、ATM 和类似卡）。

如您正在经历虐待、忽视或经济剥削，可以怎么做？ 护理团队竭诚与您讨论您认为可能存在虐待、忽视或经济剥削的问题。他们会帮助您报告或获得安全服务。在紧急情况下，应始终拨打 911。

如您认为自己或认识的人是虐待、忽视或经济剥削的受害者，可联系成人保护服务。成人保护服务帮助保护经历过虐待、忽视或经济剥削的老年人与高危成

人的安全。如有人因健康状况或残疾无法照顾自己的安全，他们也会提供帮助。

第 9-11 页列示了报告目击或涉嫌虐待事件的电话号码。

3.) **我们必须确保会员及时获取其涵盖的服务**。做为 My Choice Wisconsin 会员，您有权在需要时获得护理计划中列述的服务。护理团队将安排您涵盖的服务。此外，您的团队还会协调您的医疗服务提供者。比如医生、牙医和足科医生等等。选择提供者时，请联系您的团队获取援助。

如从其他 Medicaid 计划或组织转到 My Choice Wisconsin，我们必须确保您像以前一样获得服务。注册后我们将与您会面，以制定您的护理计划。在新计划中，您的服务与提供者可能发生变化。但是，如提供者同意与我们合作并符合我们的要求，您可以保留该提供者。

4.) **我们必须保护会员个人健康信息的隐私**。如您对自己的个人健康信息隐私有疑问或疑虑，请致电 800-963-0035。有关 My Choice Wisconsin 的隐私惯例通知，参见附录 7（第 83 页）。

5.) **我们必须赋予会员访问其医疗记录的权限**。如需记录副本，请向护理团队索取。会员有权要求 My Choice Wisconsin 更改或纠正自己的记录。

6.) **我们必须向会员提供关于 My Choice Wisconsin、我们的提供者网络及可用服务**的信息。如需此信息，请咨询护理团队。

7.) **我们必须支持会员对自己的服务做决定的权利**。

- 您有权知悉自己的所有选择。这意味着您有权被告知所有可用选项、具体费用或 Family Care 涵盖与否。此外，您还可以就您认为会满足自身需求的其他服务提出建议。
- 您有权被告知自身护理中涉及的任何风险。
- 您有权对任何推荐的护理和服务说“不”。
- 您有权获得第二诊疗意见。如需获取第二意见方面的帮助，请询问护理团队。
- 如无法为自己做决定，您有权就自己想完成的事给出指示。有时，人们因事故或重病无法为自己做医疗服务决定。如若处于此情形，您有权说出自己想发生的事。这意味着您可以提出“**预先指示**”。

  预先指示有多个不同的类型和名称。“**生前遗嘱**”和“**医疗服务授权书**”文件就是预先指示的两个示例。

您决定自己想要预先指示与否。护理团队会解释如何拟定和使用预先指示，但不能强迫您拟定或者因为您有无预先指示对您区别对待。

如您认为 My Choice Wisconsin 未遵循您的预先指示，可向 Wisconsin 质量保证司投诉。如要投诉，请拨打 800-642-6552。

若想知道关于预先指示的更多信息，请联系护理团队。此外，您可以在 State of Wisconsin 的网站 www.dhs.wisconsin.gov/forms/advdirectives 找到预先指示表。

8.) **您有权在自己居住并真正接纳您成为一份子的社区获享 Family Care 服务**。这是联邦家庭和社区服务环境规则赋予您的权利。此规则适用于您的居住环境和在家以外获得日间服务的环境。My Choice Wisconsin 必须确保您在连接您与社区和支持您独立的地方，获得 Family Care 服务。这意味着支持您的以下能力的地方：

- 居住在自己想住的地方。
- 融入社区生活。
- 与所在社区的其他人一样找工作和参加工作。
- 控制自己的时间安排。
- 获取和控制自己的钱。
- 决定何时去看谁。
- 维护自己的隐私。

如您对获得服务的地方有疑虑，可联系护理团队。

9.) **如您对自己的护理或服务申诉意，有权提起申诉或上诉**。（关于如何提起申诉或上诉的信息，参见第 8 章。）

第 7 章、会员的责任

身为 My Choice Wisconsin 的会员，您必须做到以下几点。如有任何疑问，请联系护理团队。我们将竭诚为您提供帮助。

1.) 熟悉 Family Care 福利套餐中的服务。包括了解自己需要做到哪些才能获得服务。

2.) 参与初次和持续制定您的护理计划。

3.) 参与 RAD 流程，找到最具成本效益的方式来满足您的需求并为您的长期护理结果提供支持。会员、家人和朋友共同承担以最具成本效益的方式使用公共税收资金的责任。

4.) 与护理团队讨论朋友、家庭或其他社区与志愿者组织可以帮助支持您的方式以及您可以为自己做更多事的方式。

5.) 按照您与护理团队达成一致的护理计划执行。

6.) 如您拒绝治疗或者不遵循护理团队与提供者给出的指示，则对自己的行为负责。

7.) 利用 My Choice Wisconsin 旗下的提供者或机构，您和护理团队另行决定的除外。

8.) 按照 My Choice Wisconsin 的程序在正常营业时间之外获得护理。

9.) 如搬到新地址或电话号码变更，请通知我们。

10.) 通知我们任何计划的暂时居住或搬出服务区域。

11.) 向 My Choice Wisconsin 提供正确的医疗服务需求、财务和偏好信息，并尽快告诉我们状态的任何变更情况。其中包括当我们需要您无法轻松获得的其他信息时，签署“信息发布”表。

12.) 有尊严地对待并尊重您的团队、家庭护理人员和服务提供者。

13.) 接受服务时不考虑提供者的种族、肤色、宗教、年龄、性别、性取向、健康、民族、信条（信仰）或原国籍。

14.) 按时支付每月费用，包括您应支付的任何成本分摊或食宿费。如遇到付款问题，请尽快告知护理团队。

15.) 在合适的情况下，使用您的 Medicare 和私人保险福利。如您有任何其他医疗保险，请告知 My Choice Wisconsin 和收入维持机构。

16.) 妥善保管 My Choice Wisconsin 提供给您的轮椅和医院床位等任何耐用医疗设备。

17.) 报告提供者或 My Choice Wisconsin 员工实施的欺诈或滥用。如您怀疑有人正在实施或已经实施欺诈或滥用公共援助资金，包括 Family Care，请拨打欺诈热线电话或在线提交报告：

报告公共援助欺诈
877-865-3432（免费电话），或访问网站
www.dhs.wisconsin.gov/fraud

如您认为您发现了欺诈、浪费、滥用或违规行为，您可以通过以下保密方式联系 My Choice Wisconsin：

- **拨打**匿名合规热线免费电话 1-833-253-3465 或本地电话 608-245-3576
- **Email**: Compliance@mychoicewi.org

18.) 切勿参与任何欺诈活动或滥用福利。其中可能包括：

- 虚报自己的残疾程度。
- 虚报收入和资产水平。
- 虚报住处。
- 出售 My Choice Wisconsin *提供的医疗设备。*

任何欺诈活动可能导致从 Family Care 中除名或可能面临刑事诉讼。

19.) 如有疑问或疑虑，请致电护理团队获取帮助。

20.) 向我们反馈我们的具体表现。我们会不时询问会员是否愿意参与会员采访、满意度调查或其他质量审核活动。会员的答复与评论将帮助我们了解优势和需要改进的方面。如您想知道任何调查的结果，请告诉我们。我们很乐意与您分享此信息。

概述

我们致力于向会员提供优质服务。有时，您可能会有疑虑。身为会员，您有权利就 My Choice Wisconsin 做出的决定提起申诉或上诉，并及时获得公正的审核。

如您对自己获得的护理或服务申诉意，应先告知护理团队。与您的团队讨论通常是解决疑虑的最简单、最快速的方式。如不想与您的团队讨论，可致电我们的其中一位会员权利专家。会员权利专家会告知您的权利，尝试非正式地解决您的疑虑并帮助您提起申诉或上诉。在整个申诉和上诉流程中，会员权利专家会与您一起尝试寻找可行的解决方案。

如需获得申诉和上诉流程援助，请联系其中一位 My Choice Wisconsin **会员权利专家：**

My Choice Wisconsin
Member Rights Specialist
10201 W Innovation Drive Suite 100
Wauwatosa, WI 53226
Toll-free: *800-963-0035 Ext 3448*
TTY: *711*
Email: *mrs@mychoicewi.org*

如无法直接与护理团队或会员权利专家一起解决疑虑，可以向 My Choice Wisconsin 提起申诉或上诉。

本手册告诉您如何提起申诉或上诉，由于每个选项均有不同的截至期限，二者看似很混乱。注意：本手册中的“天”是指一年中的任意一天，包括假日。本手册中的“工作日”是指星期一至星期五，不含假日。因为有人提供帮助，所以您无需知道或理解本章中的所有信息。

如您有不知道如何解决的特定类型的疑虑，可询问护理团队或其中一位 My Choice Wisconsin 会员权利专家。此外，Ombudsman（督察员）计划也可以帮助提起申诉和上诉的所有 Family Care 会员。（Ombudsman（督察员）计划的联系信息参见第 60 页。）此外，还可以有一名家人、朋友、律师或支持者帮助您。会员权利专家也能向您提供关于可以帮助您的其他地方的信息。

您的诉讼文件副本

您有权免费获得一份与您的申诉或上诉有关的诉讼文件信息副本。信息是指所有文件、医疗记录以及与您的申诉或上诉有关的其他材料。其中包括申诉或上诉期间 My Choice Wisconsin 收集的任何新信息或额外信息。如要索取诉讼文件副本，请联系 My Choice Wisconsin，电话 800-963-0035 Ext 3448，或 发送电子邮件至 mrs@mychoicewi.org。

如您投诉护理团队或提供者或者与其意见不一致，您不会陷入麻烦。
如提起申诉或上诉，您不会受到区别对待。
我们希望您对您的护理满意。

申诉

何谓申诉？

申诉是指您对 My Choice Wisconsin、我们的提供者之一或您的护理与服务质量申诉意。例如，在下列情形下，您可能想提起申诉：

- 您的个人护理员经常迟到。
- 您感觉护理团队不听您的。
- 您在预约提供者时有困难。
- 您对提供者的失禁产品申诉意。

谁可以提起申诉？

下列任意一方均可提起申诉：

- 您
- 您的法定决策者。例如，法定监护人或已生效的医疗服务授权书。
- 对于 Medicaid，您已指定为自己的授权代表的人员或组织
- 获得您的书面许可的任何人。例如家人、朋友或提供者。

提起申诉的截止日期是什么时候？

您可以随时提起申诉。

我如何提起申诉？

如要提起申诉，必须联系

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

开始该流程。

第 1 步：向 My Choice Wisconsin *申诉提交上诉*

My Choice Wisconsin 希望您对护理和服务满意。我们的其中一位会员权利专家可以与您和护理团队协作，试图以非正式方式解决您的疑虑。我们常常妥善解决会员的疑虑，而非任其进一步发展。但如我们无法解决您的疑虑，您可以通过致电或写信给我们，向 My Choice Wisconsin*申诉提出上诉。*

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

接下来会发生什么？

如您向 My Choice Wisconsin 申诉提出上诉，我们会在五个工作日内向您发送一封信函，告知我们已收到您的申诉。之后，不在护理团队内的 My Choice Wisconsin 员工会尝试以非正式的方式解决您的疑虑，或者提出 My Choice Wisconsin 与您都满意的解决方案。如我们无法提出解决方案或者您不想与 My Choice Wisconsin 员工一起以非正式的方式解决您的疑虑，我们的申诉和上诉委员会将审核您的申诉并作出决定。

- 该委员会的人员由 My Choice Wisconsin 代表组成，且至少包含一名“消费者”。消费者即也从我们这里获得服务的人员，或从我们这里获得服务的某人的代表。有时，专门从事您的申诉主题的其他人可能是委员会的一员。
- 当委员会计划开会审核您的申诉时，我们会告知您。
- 此会议具保密性质。如您担心隐私或有其他疑虑，可以要求消费者不加入委员会。
- 您有权亲自出席。您也可以有一位支持者、朋友、家人或证人陪同。

- 委员会将给您机会解释疑虑。您可以向委员会递交信息、证据和证词。
- 护理团队或其他 My Choice Wisconsin 员工可能会出席此会议。
- 委员会将在我们首次收到您的申诉之日起 90 天内作出决定。委员会将发给您一封决定函。

如我不同意申诉和上诉委员会的决定，该怎么办？

如您不同意申诉和上诉委员会的决定，可请求 Wisconsin卫生服务部（简称 DHS）予以审核。

第 2 步：请求 DHS 审核

注意：请求 DHS 审核前，您必须完成 My Choice Wisconsin申诉上诉流程。

您可以请求 DHS 审核申诉和上诉委员会关于您的申诉的决定。DHS 是负责 Family Care 计划的州机构。DHS 与叫做 MetaStar 的外部组织一起审核申诉。MetaStar 将审核您的申诉之事实与申诉和上诉委员会的决定。MetaStar 将发给您关于您的申诉的最终决定。

如要请求 DHS 审核您的申诉，请致电或发送电子邮件至：

DHS Family Care Grievances
免费电话：888-203-8338
电子邮件：dhsfamcare@wisconsin.gov

请求 DHS 审核的截止日期是什么时候？

My Choice Wisconsin*的*申诉上诉和上上诉委员会必须在我们收到您的申诉之日起 90 天内，向您发送关于您的申诉上诉的决定。例如，如My Choice Wisconsin在 5 月 1 日收到您的申诉上诉，我们必须在 7 月 30 日之前发给您我们的决定。

- 倘若申诉和上诉委员会在 90 天内向您发送决定，那么您可以从收到决定之日起 45 天内请求 DHS 审核。

  例如，My Choice Wisconsin 必须在 7 月 30 日之前向您发送决定。6 月 1 日，您收到该决定但并不同意。那么，您必须在 7 月 16 日前请求 DHS 审核 My Choice Wisconsin 的决定。

- 倘若申诉和上诉委员会未在 90 天内向您发送决定，那么自该期限届满之日起 45 天内您可以请求 DHS 审核。

例如，My Choice Wisconsin 必须在 7 月 30 日之前向您发送决定。截至 7 月 30 日，My Choice Wisconsin 未向您发送决定。从 7 月 31 日起到 9 月 14 日止，您可以在此期间请求 DHS 审核您的申诉。

接下来会发生什么？

DHS 与叫做 MetaStar 的外部组织一起审核申诉。如请求 DHS 审核，则 MetaStar 会联系您。

- MetaStar 将书面回复，告知您他们已收到您提出的由 DHS 审核申诉的请求。
- 如 MetaStar 告诉 DHS My Choice Wisconsin 不符合某些要求，DHS 可能命令我们采取措施解决该问题。
- MetaStar 将在其收到您的请求之日起 30 天内完成您的申诉审核。
- MetaStar 将在完成审核后七天内发给您和 My Choice Wisconsin关于您的申诉的最终决定。

如我不同意 DHS 审核，怎么办？

MetaStar 作出的是最终决定。您无法就申诉申请召开州公正听证会。

上诉

何谓上诉？

上诉是指请求审核 My Choice Wisconsin 作出的决定。例如，如护理团队拒绝您请求的某项服务或支持，您可以提起上诉。其他示例还有关于减少或结束某服务的决定或关于拒绝支付某服务费用的决定。

谁可以提起上诉？

下列任意一方均可提起上诉：

- 您
- 您的法定决策者。例如，法定监护人或已生效的医疗服务授权书。
- 对于 Medicaid，您已指定为自己的授权代表的人员或组织。
- 获得您的书面许可的任何人。例如家人、朋友或提供者。

我可以就哪些类别的问题上诉？

在下列几类情形下，您有权提起上诉：

1.) 如 My Choice Wisconsin 符合下列条件，您可以提起上诉：
- 计划停止、暂停或减少您目前获得的授权服务。
- 决定拒绝 Family Care 福利套餐中您请求的服务。*
- 决定不支付福利套餐中的服务费用。*

如我们采取上述其中一项行动，则必须向您发送“**不良福利认定通知**”。该通知包含我们计划停止、暂停或减少服务的日期。如要查看不良福利认定通知，请参见附录 4。

> *注意：Family Care 提供福利套餐表中所示的服务。如请求的服务不在此表中，则My Choice Wisconsin无需提供该服务或支付该服务的费用。我们会考虑您的请求。但是，如我们拒绝，您无法就我们的决定提起上诉。我们会向您发函，通知您请求的服务不在福利套餐中。

2.) 在下列情况下，您可以向 My Choice Wisconsin 提起上诉：
- 您的功能资格发生变化。
- 出于以下原因，您不喜欢自己的护理计划：
  - 护理计划不支持您居住在自己想住的地方。
  - 护理计划不提供充分的护理、治疗或支持，来满足您的需求并达成既定结果。
  - 护理计划要求您接受不想要的护理、治疗或支持，或者您认为不必要的限制性护理、治疗或支持。
- My Choice Wisconsin 未能：
  - 及时安排或提供服务。
  - 在规定时限内解决您的上诉。
  - 如您是居住在农村地区的会员且该地区只有一家管理式医疗服务组织，涵盖非网络提供者提供给您的服务。
- My Choice Wisconsin 要求 DHS 将您除名。
- My Choice Wisconsin 要求您支付您认为自己不应支付的款项。

在这些情况下，My Choice Wisconsin 将向您发送一封您的上诉权利函。收到上诉权利函后，应认真阅读。此函可能告知您提起上诉的截止期限。如您对信函或通知有疑问，应始终致电我们的其中一位会员权利专家获取帮助。

我如何提起上诉？

如要提起上诉，必须联系

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

开始该流程。

向 My Choice Wisconsin 上诉期间继续获得服务

如您正在获得福利并在福利变更前上诉，将继续获得相同的服务，直至 My Choice Wisconsin 的申诉和上诉委员会就您的上诉作出决定。

如您想在向 My Choice Wisconsin 上诉期间继续享受福利，则必须：

- 在 My Choice Wisconsin 计划停止、暂停或减少服务的日期***当日或之前***，在您的上诉邮件上盖邮戳，或者以传真和电子邮件的方式发送上诉。
- 要求在向 My Choice Wisconsin 上诉的整个过程中继续提供服务。

如 My Choice Wisconsin的申诉和上诉委员会决定 My Choice Wisconsin 的决策是正确的，您可能需要偿还从提起上诉到申诉和上诉委员会作出决定期间您已获得的额外福利。但是，如还款会导致您承担较大财务负担，则可能无需偿还该费用。

如您希望有人帮您提起上诉，可与My Choice Wisconsin的会员权利专家讨论。支持者也会帮助您。支持者可以是家人、朋友、律师、ombudsman（督察员）或愿意提供帮助的任何其他人。督察员计划可以为提起上诉的所有 Family Care 会员提供帮助。（督察员计划的联系信息参见第 60 页。）

向 My Choice Wisconsin提起上诉

如要向 My Choice Wisconsin 提起上诉，您可以：

- **致电** My Choice Wisconsin。如通过致电给我们开始上诉流程，我们会要求您发送一封书面申请。根据您的意愿，会员权利专家可以帮助您以书面形式提起上诉。
- **以信件或传真的方式发送申请表，或将申请表附在电子邮件内**。申请表副本参见附录 5。也可在网站 www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm 上在线找到此表。
- **把您的请求写在信上或纸上，**并通过邮寄或传真的方式发送至下列地址。
- **通过电子邮件将请求**发送至下列地址。

如要通过电话开始上诉流程，请致电或发送传真至：

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

如通过致电给我们开始上诉流程，我们会要求您以书面形式提出请求。

如要开始书面上诉流程，请以信件或电子邮件的形式将申请表、信函或书面通知发送至：

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

您可以访问网站 www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm，在线获取上诉申请表。申请表副本参见附录 5。

向 My Choice Wisconsin 提起上诉的截止日期是什么时候？

向 My Choice Wisconsin 提起的上诉必须**不迟于不良福利认定通知日期后 60 天盖上邮戳，或者以传真和电子邮件的方式发出**。例如，如您在 8 月 1 日收到通知，那么您的上诉必须在 9 月 30 日当日或之前盖上邮戳，或者以传真和电子邮件的方式发出。

如 My Choice Wisconsin 停止、暂停或减少您的服务，只要您在 My Choice Wisconsin 计划变更服务日期**当日或之前**在申请邮件上盖邮戳，或者以传真和电子邮件的方式发出，则可以要求在上诉期间继续提供服务。

接下来会发生什么？

如您向 My Choice Wisconsin 提起上诉，我们会在五个工作日内向您发送一封信函，告知我们已收到您的上诉。我们会尝试以非正式的方式解决您的疑虑，或者提出令 My Choice Wisconsin 和您都满意的解决方案。如我们无法提出解决方案或者您不想与 My Choice Wisconsin 员工一起以非正式的方式解决您的疑虑，我们的申诉和上诉委员会将开会审核您的上诉。

- 当委员会计划开会审核您的上诉时，我们会告知您。
- 该委员会的人员由 My Choice Wisconsin 代表组成，且至少包含一名“消费者”。消费者即也从我们这里获得服务的人员，或从我们这里获得服务的某人的代表。有时，专门从事您的上诉主题的其他人可能是委员会的一员。
- 此会议具保密性质。如您担心隐私或有其他疑虑，可以要求消费者不加入委员会。
- 您有权亲自出席。您也可以有一位支持者、朋友、家人或证人陪同。
- 护理团队或其他My Choice Wisconsin 员工可能会出席此会议。
- 委员会将给您机会解释不同意护理团队的决定的理由。您或您的代表可递交信息、证据和证词。您可以带证人出席或者描述自己的疑虑，以帮助委员会了解您的观点。
- 委员会听取您的上诉后，My Choice Wisconsin 将在我们收到上诉之日起 30 天内向您发送决定函。在下列情形下，My Choice Wisconsin 最长可于 44 天内作出决定：
  - 您请求给予更多时间，以向委员会递交信息。
  - 我们需要更多时间来收集信息。如我们需要更多时间，会向您发送一封信函，通知您延期的理由。

加快上诉速度

My Choice Wisconsin 有 30 天时间对您的上诉作出决定。您可以要求我们加快上诉速度。我们称之为“加急上诉”。如您要求我们加快上诉速度，我们会就您的健康或执行日常活动的能力是否需要加急上诉作出决定。如我们加急处理，会尽快告知您。

在加急上诉中，您将在提出请求后 72 小时内收到关于上诉的决定。但是，如需要其他信息或延期符合您的最佳利益，My Choice Wisconsin 可能将此期限最长延长至 14 天。如您有需要我们考虑的其他信息，必须迅速提交。

如要申请加急上诉，请联系：

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

如我不同意申诉和上诉委员会的决定，该怎么办？

如您不同意此决定，可向听证和上诉司申请召开州公正听证会。您必须在自己收到申诉和上诉委员会决定之日起 90 天内提出申请。此外，如 My Choice Wisconsin 未在收到您的上诉后 30 天内向您发送书面决定，您也可申请召开州公正听证会。

请注意：您在收到申诉和上诉委员会的书面决定或委员会未及时向您发送决定之前，您无法申请召开州公正听证会。

州公正听证会

如您申请召开州公正听证会，此听证会将由独立行政法法官主持召开。该行政法法官与 My Choice Wisconsin 之间无任何关联。

关于州公正听证会的更多信息，可在以下网址找到：
https://doa.wi.gov/Pages/LicensesHearings/DHAAdministrativeHearingProcess.aspx。

如何申请召开州公正听证会？

如要申请召开州公正听证会，您可以通过下列任意一种方式提出：

- **向听证和上诉司**发送申请表。此申请表可从以下网址在线获取：www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm。此外，您也可以从My Choice Wisconsin 的会员权利专家或本手册中列示的其中一家倡导组织（参见第 60 页）处获得副本。附录 6 载有此表范本。
- **寄信**。包含您的姓名、联系信息和签名。解释您上诉的事由。

务必在申请表或信函中附上签名，并包含 My Choice Wisconsin 对于您申请召开州公证听证会的上诉决定副本。如 My Choice Wisconsin 未向您出具上诉决定，则包含 My Choice Wisconsin 确认收到上诉的信函副本。切勿寄出信函正本。会员权利专家或支持者会帮助您以书面形式提起上诉。

如要申请召开州公正听证会

将填妥的申请表或要求召开听证会的信函寄至：

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

申请召开州公正听证会的截止日期是什么时候？

- 召开公正听证会的申请函必须不迟于您收到 My Choice Wisconsin 的申诉和上诉委员会的决定函之日起 90 天加盖邮戳，或者以传真的方式发出。

  例如，如您在 8 月 1 日收到 My Choice Wisconsin的决定信件，则召开公正听证会的申请函必须在 10 月 30 日当日或之前加盖邮戳，或者以传真的方式发出。

- 此外，如 My Choice Wisconsin 未在收到您的上诉后 30 天内向您提供其决定，您也可申请召开州公正听证会。在这种情况下，从 My Choice Wisconsin 的决定时限届满之日起，您有 90 天时间申请召开公正听证会。

  例如，如 My Choice Wisconsin 必须在 9 月 1 日之前向您提供决定但截至该日仍未提供的，从 9 月 2 日起至 12 月 1 日期间，您可以申请召开公正听证会。

在关于减少、暂停或终止服务的州公正听证会期间，继续提供服务

如向 My Choice Wisconsin上诉期间继续向您提供服务，则您可以继续获得相同的服务，直至行政法法官就您的公正听证会申请作出决定为止。

如您想在州公正听证会期间继续享受福利，则必须：

- 在 My Choice Wisconsin 计划停止、暂停或减少服务的日期*当日或之前*，在您的州公正听证会申请上盖邮戳或者以传真的方式发出。
- 要求在州公正听证会的整个过程中继续提供服务。

如行政法法官裁定 My Choice Wisconsin 是正确的，**您可能需要偿还从提起上诉到行政法法官作出裁定期间您已获得的额外福利。**但是，如这会导致您承担较大财务负担，则可能无需偿还该费用。

接下来会发生什么？

- 当您发出州公正听证会申请后，听证和上诉司将向您邮寄一封包含听证会日期、时间和地点的信函。
- 该听证会将通过电话的形式召开，或可能在您所在县的办事处召开。
- 行政法法官将主持该听证会。
- 您有权出席。您也可以有一位支持者、朋友、家人或证人陪同。
- 护理团队或其他 My Choice Wisconsin 员工将出席听证会，说明他们的决定。
- 您将有机会解释不同意护理团队的决定的理由。您或您的代表可递交信息、带证人出席或者描述您的疑虑，以帮助行政法法官了解您的观点。

- 行政法法官必须从您提出召开听证会申请之日起 90 天内作出裁定。

您也可以就自己获享 Family Care 的财务资格相关决定提起上诉。

- 收入维持机构的员工将至少每年审核您的信息一次，确保您依然具备获享 Family Care 的财务资格。如有成本分摊，收入维持机构还将确保您支付正确的金额。
- 如收入维持机构决定您不再具备获享 Family Care 的财务资格或表示您的成本分摊将发生变化，该机构将向您发送一封信函，其中包含您获享 Family Care 的资格相关信息。此信函的首页注有“关于您的福利”字样。最后一页载述您申请召开公正听证会的权利相关信息。

向听证和上诉司 提起上诉，是反对获享 Family Care 的**财务资格**相关决定的唯一办法。其中包括关于成本分摊的决定。

如我不同意行政法法官的裁定，可以怎么做？

如您不同意行政法法官的裁定，有两种选择。

1.) 申请重审。如您想让 听证和上诉司 重新考虑其决定，则必须在行政法法官裁定之日起 20 日内提出申请。仅当满足下列其中一个或所有条件时，行政法法官才会准予重审：
   - 您可以证明事实或法律发生严重错误
   - 您拥有首次听证会上无法取得和出示的新信息
2.) 将案子递交至巡回法院。如您想诉至法院，必须从行政法法官裁定之日起 30 天内提交申请。

谁可以帮助我提起申诉或上诉?

每当您需要申诉或上诉方面的帮助或者对自己的权利有疑问时，您可以联系 My Choice Wisconsin 的会员权利专家。支持者也可以帮助回答申诉与上诉流程的相关问题。此外，支持者还会告知关于您的权利的更多信息，My Choice Wisconsin 正为您的需求与结果提供支持。您可以请任何人作为您的支持者，包括家人、朋友、律师或愿意提供帮助的任何其他人。

下文列出了几个您可以联系并获取援助的地点。会员权利专家也能向您提供关于可以帮助您的其他地方的信息。

督察员计划

区域督察员 计划免费帮助所有 Family Care 会员处理申诉和上诉问题。他们会及时回复您的疑虑。两个督察员计划通常都通过非正式谈判解决会员的问题，而非通过听证会。以下代理机构为 Family Care 会员提供支持：

60 岁及以上的会员：

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care
1402 Pankratz Street, Suite 111
Madison, WI 53704-4001
免费电话：800-815-0015
TYY：711
传真：608-246-7001
电子邮件：boaltc@wisconsin.gov
http://longtermcare.wi.gov

18 到 59 岁的会员：

Disability Rights Wisconsin
1502 West Broadway, Suite 201
Madison, WI 53713
免费电话：800-928-8778
TTY：711
传真：833-635-1968
电子邮件：info@drwi.org
www.disabilityrightswi.org

第 9 章、终止 My Choice Wisconsin 的会员身份

您可以随时选择结束 My Choice Wisconsin 的会员身份，也可挑选自己想要除名的日期。我们不能因为您的状况或情况，建议或鼓励您从 Family Care 中除名。但在有限的情况下，即使您未选择除名，您的会员身份也会终止。例如，当您失去获享 Medicaid 的资格时，您的会员身份会终止。

在会员身份终止前，您将继续通过 My Choice Wisconsin 获得护理。您的会员身份可能因下列原因终止，比如您不再符合资格，或者您已决定在 Family Care 计划外获得长期护理服务。其中包括决定注册其他长期护理计划或其他管理式医疗服务组织（如有）。

1.) 您想结束 Family Care 的会员身份。

如要结束会员身份，请联系所在区域的 ADRC （联系信息参见第 12-15 页）。ADRC 将处理您的除名，并询问您是否想注册其他管理式医疗服务组织或 Medicaid 计划，比如 IRIS（Include, Respect, I Self-Direct（包容、尊重、自我指导））计划。ADRC 将帮助您把服务切换并过渡到新计划或组织。

2.) 如您不再符合资格，将从 Family Care 中除名。

My Choice Wisconsin 必须向收入维持机构报告下列信息。收入维持员工将审核该信息，核实您是否仍具备获享 Family Care 的资格。如他们认定您不再符合资格，则会终止您的 Family Care 会员身份。**您失去资格的原因有：**

- 您的财务状况发生变化，该状况可能导致您失去获享 Family Care 的财务资格
- Wisconsin 成人长期护理功能筛查 认定您不再符合功能资格
- 您不支付成本分摊
- 您故意向我们提供错误信息，影响您注册该计划的资格
- 您入狱
- 您的年龄为 21-64 岁并住进精神病院
- 您永久性搬离 My Choice Wisconsin 的服务区域。如您搬家或长途旅行，须告知护理团队。

3.) 经 DHS 批准，My Choice Wisconsin 可能将您从 Family Care 除名。

My Choice Wisconsin 可能出于以下原因要求 DHS 将您除名：

- 您超过 30 天停止接受服务且我们不知道原因。
- 您拒绝参与护理规划，且我们无法确保您的健康与安全。
- 您的行为方式持续对员工、提供者或其他会员造成破坏或不安全。

DHS 审核我们提出的将您除名的请求，并决定是否应终止您的会员身份。

会员身份*不会*因您的健康状况下降或您需要更多服务而终止。

如从 Family Care 除名或 My Choice Wisconsin 的会员身份终止，您有权提起上诉。您将收到一封收入维持机构发送的信函，告知您福利终止的原因。此信函的首页注有“关于您的福利”字样。信中说明您如何提起上诉。（更多信息参见第 8 章。）

附录

1.重要词汇的释义

虐待 —— 对个人的身体、心理或性虐待。此外，还包括忽视、经济剥削、未经同意治疗以及不合理的拘留或监禁。

行政法法官 —— 主持州公正听证会的官员，负责解决会员与所属管理式医疗服务组织之间的争议。

预先指示 —— 个人对医治相关愿望的书面声明。预先指示确保医务人员在此人无法交流时执行这些愿望。

支持者 —— 可以帮助您确保管理式医疗服务组织满足您的需求和结果之人。支持者可以帮助您与管理式医疗服务组织一起以非正式的方式解决争议，并在您决定提起申诉或上诉时代表您。

老年和残疾资源中心（简称 ADRC） —— 提供老年人或与残疾人居住有关的生活各方面信息与援助的服务中心。ADRC 负责处理 Family Care 计划的注册和除名的事宜。

上诉 —— 请求您的管理式医疗服务组织审核已拒绝、减少或暂停服务的决定。例如，如护理团队拒绝支付服务费用或终止服务，您有权提起上诉。

资产 —— 资产包括但不限于机动车辆、现金、支票、储蓄账户、存款单、货币市场账户和人寿保险的现金价值。

Medicaid 授权代表 —— 您指定帮助自己使用 F-10126A 表 (www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm) 或 F-10126B 表 (www.dhs.wisconsin.gov/forms/f10126b.pdf) 获取并保留 Medicaid 的个人或机构。

福利计划 —— 面向 Family Care 会员提供的服务。其中包括但不限于个人护理、家庭保健、交通、医疗用品和护理保健。

护理计划 —— 记录您的个人体验和长期护理结果、需求、偏好及强项的一份连续计划。该计划注明您将从家人和朋友处获得的服务，以及您的管理式医疗服务组织提供的授权服务。

护理团队 —— 为每位 Family Care 会员指定一支护理团队，团队成员包括该会员，以及至少一位社会工作者 / 护理经理和一位注册护士。您与护理团队一起评估您的需求，规定您的结果并拟定您的护理计划。您的社会工作者护理经理和护士授权、协调并监督您的服务。

选择 —— Family Care 计划支持会员在获得服务时的选择。选择意味着您对于何时以及如何提供护理拥有话语权。

定额手续费 —— 会员为涵盖的医疗服务所支付的固定费用（比如 5 美元）。

成本分摊 —— 您为了保留获享 Family Care 的资格每月必须支付的金额。

具成本效益 —— 以合理的费用和精力为您的指定长期护理结果提供高效支持的选项。

卫生服务部（简称 DHS） —— 执行 Wisconsin Medicaid 计划（含 Family Care）的 State of Wisconsin 机构。

DHS 审核 ——卫生服务部（简称 DHS）对会员的申诉作出的决定。DHS 与 MetaStar 一起审核申诉并对申诉作出最终决定。

除名—— 终止 Family Care 会员身份的过程。

听证和上诉司 —— 负责州公正听证会的 State of Wisconsin 机构。

注册 —— 注册 Family Care 纯属自愿。如要注册，请联系当地的老年和残疾资源中心（简称 ADRC）。

遗产追缴—— 当个人获得由 Medicaid 提供资金的长期护理服务时，State of Wisconsin 寻求追偿 Medicaid 的费用。本州在个人及其配偶去世后，用此人的遗产偿还。

加急上诉 —— 会员用来加快上诉速度的流程。如您认为标准等待时间可能严重损害您的健康和执行日常活动的能力，可要求管理式医疗服务组织加快上诉速度。

Family Care——一个 Medicaid 长期护理计划，它帮助有身体、发育或智力残疾的老年人与成人。加入该计划的人员可获得帮助其尽可能在自己家生活的服务。

财务资格 —— 财务资格是指获享 Medicaid 的财务资格。收入维持机构调查会员的收入和资产，以认定此人是否有资格获享 Medicaid。会员必须拥有获享 Medicaid 的资格才能加入 Family Care。

功能资格 —— Wisconsin 长期护理功能筛查）认定会员是否具备获享 Family Care 的功能资格。功能筛查收集个人的健康状况信息，以及对沐浴、穿衣和上洗手间等活动方面的帮助需求信息。

申诉 —— 对护理、服务或其他一般事务表示申诉意。申诉的对象包括护理质量、您与护理团队之间的关系和会员权利。

监护人 —— 个人无法对自己的生活作出决定的，法院可能为此人指定一名监护人。

收入维持机构 —— 收入维持机构的员工认定获享 Medicaid、Family Care 和其他公共福利的财务资格。

法定决策者 —— 拥有为会员做决定的合法权利之人。法定决策者可以是个人和/或遗产的监护人、保护人、或者医疗服务授权书与财务文件中指定为代理人的人员。

护理水平 —— 指您开展日常活动所需的帮助程度。会员必须达到“疗养院”护理水平或“非疗养院”护理水平，才有资格获享 Family Care。

长期护理 —— 因为残疾、变老或有慢性病，限制了一整天做必须做的事的能力时，可能需要的支持与服务。其中包括沐浴、穿衣、做饭和出门工作等事宜。长期护理可以在家、社区、疗养院和生活辅助设施内提供。

长期护理结果 —— 您或护理团队指定让您最大程度独立的情形、条件或状况。

管理式医疗服务组织 —— 执行 Family Care 计划的机构。

Medicaid —— 由 Wisconsin 卫生服务部（简称 DHS）执行的医疗和长期护理计划。Medicaid 亦称“Medical Assistance”、“MA”和“Title 19”。必须符合 Medicaid 资格要求才能成为 Family Care 会员。

Medicare —— 面向 65 岁及以上老年人、65 岁以下特定残疾人士以及终末期肾病（永久性的肾衰竭，需透析或肾脏移植）患者的联邦医疗保险计划。Medicare 涵盖住院、医生服务、处方药和其他服务。

会员 —— 符合功能和财务资格条件并注册 Family Care 的人员。

会员权利专家 —— 可以帮助会员理解自身权利与责任的管理式医疗服务组织的员工。会员权利专家辅助关于护理和服务方面的疑虑，并帮助会员提起申诉或上诉。

MetaStar —— Wisconsin 卫生服务部（简称 DHS）与之合作审核会员的申诉，并对此作出最终决定的机构。

自然支持者 —— 在会员的生活中，已经选择为其提供帮助的人员。

非疗养院护理水平 —— 处于该护理水平的会员有一些长期护理服务需求，但没有资格获得疗养院服务。该护理水平的 Family Care 服务组合有限。

不良福利认定通知 —— 管理式医疗服务组织出具的书面通知，说明服务的变更情况和变更理由。如管理式医疗服务组织拒绝会员要求的涵盖服务、拒绝支付涵盖服务的费用，或者计划停止、暂停或减少服务，则必须向会员发送不良福利认定通知。

上诉权利通知 —— 解释会员就提起上诉所拥有的选项的信函。如管理式医疗服务组织不及时提供服务或未在截止期限内处理上诉，则必须发出上诉权利函。

疗养院护理水平 —— 处于该护理水平的会员拥有足够重要的需求，有资格获得疗养院服务。该护理水平的 Family Care 服务组合非常广泛。

督察员 —— **调查报告的疑虑且可以帮助会员解决护理和服务问题的人员。**

个人经历结果 —— 您对生活的目标。

医疗服务授权书 —— 人们用来授权他人在自己无法做决定时，代表自己做医疗服务决定的法律文件。

事先授权（事先批准） —— 护理团队必须在会员获得服务前授权该服务（紧急情况除外）。如会员自行获得服务或寻找网络外的提供者，管理式医疗服务组织可能不会支付该服务的费用。

提供者网络 —— 管理式医疗服务组织与其订立合约以提供服务的机构与个人。提供者包括服务人员、个人护理、支持性家庭护理、家庭保健机构、生活护理辅助设施和疗养院。在会员可以从目录中选择提供者之前，护理团队必须授权其服务。

居住服务 —— **居家护理环境包括成人家庭住宅、社区住宿设施、居家护理综合公寓楼和疗养院。**

资源分配决策（简称 RAD）流程 —— 会员及其护理团队用于帮助查找最具成本效益和高效的方式来满足其需求并为其长期护理结果提供支持的工具。

食宿费 —— 在居家护理环境中生活时，与租金和食物费用有关的开支。会员负责支付自己的食宿开支。

自我导向的支持 —— 会员安排、购买和指导自己的部分长期护理服务的方式。对于自我导向的支持，会员可以选择对自己的服务预算拥有控制权并对此负责，也可对提供者拥有控制权，包括雇佣、培训、监督和解雇自主护理人员的责任。

服务区域 —— 会员必须居住在该区域，才能注册和保持注册 My Choice Wisconsin。

州公正听证会 —— 就职于State of Wisconsin 听证和上诉司的行政法法官主持的听证会。

2. Family Care 福利套餐中的服务释义

家庭和基于社区的放弃服务释义 可根据要求提供完整释义 这些服务不面向处于非疗养院护理水平的会员。
调试性辅助工具是指提高人们开展日常生活活动或控制居住环境（包括病人升降机、控制开关等）的能力之控制设施或器具。此外，也可以是帮助人们接触和融入社区，并在社区中发挥作用的服务。其中包括车辆改装（如厢式货车升降机、手动控制器），且可能包括从信誉良好的提供者处初次购买训练有素的服务犬，让会员与训练有素的服务犬共同协作所需的任何售后培训，以及从信誉良好的提供者处获得训练有素的服务犬的持续维护费。（当会员作为涵盖的福利获得一条服务犬时，他/她承认自己拥有该服务犬，并同意对该服务犬的行为承担责任）。
成人日间护理服务是指在集体非居住环境下为下列会员的日间部分服务，比如需要丰富的社交和健康支持体验的成人，或者需要日常生活活动、监督和/或保护援助的成人。包括个人护理与监督、便餐、医疗护理和往返日间护理设施的交通服务。
辅助技术/通信辅助工具是指提高、维持或改善会员在家、工作和社区时机能水平的物品、设备或产品系统。包括设备或者辅助会员听、说或看的服务，比如通信系统、助听器、语言辅助工具、口译员和电子技术（平板电脑、移动设备、软件）。
护理管理服务（亦称病例管理或服务协调）由护理团队提供。会员是护理团队的核心。该团队至少由一位注册护士和一位社会工作者 / 护理经理组成，还可能包含适合会员需求的其他专业人士以及会员要求的家庭或其他自然支持者。服务包括评估、护理规划、服务授权和会员的健康与幸福监督。
临床咨询与治疗服务协助无薪护理员和有薪支持员工执行会员的治疗和支持计划。服务包括评估、拟定家庭治疗计划、支持计划、干预计划以及为执行这些计划的培训和技术援助。此外，还包括服务于需求复杂（超出常规护理范围）的会员的护理员与员工培训。
消费者教育和培训是指下列服务，这些服务旨在帮助残疾人士培养自我主张技能、支持自主决定、行使民事权利以及掌握对其他支持服务负责和进行控制所需的技能。这些服务包括会员、会员的护理员和法定决策者的教育与培训。涵盖的费用可能包括注册费、书本和其他教育材料费，以及参加培训课程、会议和其他类似活动的交通费用。
咨询与治疗服务是指治疗个人、社交、身体、医疗、行为、情感、认知、心理健康、酒精或其他药物滥用障碍的服务。服务可能包括协助适应衰老与残疾、人际关系协助、娱乐治疗、艺术治疗、营养咨询、医疗咨询、体重咨询和悲伤咨询。
日常生活技能培训向会员及其自然支持者传授开展日常生活活动涉及的技能，包括提高会员的独立能力和融入社区生活的技能。比如传授资金管理、家庭护理维护、食物烹调、移动训练、自理技能以及获取和使用社区资源所需的技能。
日间服务是指在非居住环境（日间中心）下提供的定期服务，以提高社交能力并培养开展日常生活与社区生活活动的技能。

财务管理服务协助会员及其家庭管理服务资金与个人理财。此服务包括在会员授权支付其自我导向的支持计划中包含的服务费用后，个人或机构向服务提供者支付费用。财政管理服务还包括帮助会员编制个人资金预算，以确保资源用于住房和其他必要成本。
送餐到家（有时称之为“meals on wheels”）包括为没有辅助就无法烹调或取得营养膳食的会员每天送一至两餐，而购买并规划食物、物资、设备、劳动力与交通的相关费用。
房屋修缮是指为了安排和进行会员的居住区修缮或改进并评估此方面的需求而提供服务与物品，从而创造无障碍环境或提高安全性。可能包括下列材料与服务，比如坡道、座椅电梯、轮椅电梯、厨房/浴室改装、专用无障碍环境/安全改装，以及声控、光敏、动作感应和电子设备，从而提高会员的自力更生和生活自理能力。
房地产咨询是指帮助会员在社区获得住房的服务，房屋买卖或租赁不包含在此服务范围内。房地产咨询包括分析房屋所有权与租赁选项，发现财务资源，了解房屋的地点与类型偏好，了解无障碍环境与改装需求以及找到可用房源。
个人紧急应答系统是一项为社区居住人员和医疗专业人士之间提供直接通信连接（通过电话或其他电子系统）的服务，以便在身体、情感或环境紧急情况下立即获得援助。
职前服务涉及会员可从中培养非具体工作的一般优势与技能的学习和工作经历，这些优势与技能对于在整体社区环境下获得有薪工作的就业能力有利。这些服务培养并传授一般技能，其中包括与主管、同事或客户有效沟通的能力，公认的社会职场行为和着装、执行命令的能力、处理任务的能力、职场解决问题的能力、一般职场安全与移动训练。职前服务旨在创造一条以社区为基础的整体就业路径，让人们获得最低薪资或超过最低薪资的待遇，但不低于非残疾人士做相同或相似工作所获得的普通工资和福利水平。
搬迁服务是指会员从一家机构或家庭住宅搬至社区内的独立生活安排所需的服务与物品。搬迁服务可能包括支付会员的个人物品搬运费、一般清洁和家政组织服务费、押金、公用事业相关费用、电话安装费，以及购买必要的家具、电话、烹饪用具/餐具、基本清洗设备、家居用品、浴室和卧室家具以及厨房电器。
居家护理：1-2 张床位的成人家庭住宅是指运营商为最多两名成人提供高于食宿水平的护理、治疗、支持或服务的场所。服务一般包括支持性家庭护理、个人护理和监督。此外，还可能包括交通和娱乐/社交活动、行为与社交支持以及日常生活技能培训。
居家护理：3-4 张床位的成人家庭住宅是与执照持有者无关联的 3-4 名成人居住并获得高于食宿水平的护理、治疗或服务的场所，每位住户每周最多可获得 7 个小时护理。服务一般包括支持性家庭护理、个人护理和监督。此外，还可能包括行为和社交支持、日常生活技能培训以及交通服务。
居家护理：社区住宿设施是指家庭式的环境，与运营商或管理人无关联的五名或以上成人居住在此并获得护理、治疗、支持、监督、培训和交通服务，每位住户每周最多可获得 3 个小时护理。
居家护理：居家护理综合公寓楼是指家庭式的社区环境，五名或以上成人住在自己的居住单元，彼此隔开。服务包括支持性服务（洗衣、家居清洁）、个人护理、护理服务（伤口护理、用药管理）和紧急援助。

暂托护理服务是指提供的短期服务，以减轻会员的家庭或其他主要护理员的日常压力和护理需求。暂托护理可以在会员的家中、居住设施、医院或疗养院提供。
自我导向的个人护理服务是指协助会员开展日常生活活动的服务以及会员在社区生活所需的家政服务。日常生活活动包括帮助沐浴、用餐、穿衣、用药管理，口腔、头发和皮肤护理，备餐、支付账单、移动、上厕所、转移和使用交通工具。会员按照医生的指示及其会员计划，选择个人或机构为其提供服务。
专业护理是指在医学上必需的专业护理服务，此服务可能只能由高级执业护士、注册护士或在注册护士的监督下工作的持照实习护士提供。包括观察记录症状和反应、一般护理程序与技巧，且可能包括定期评估会员的医疗状况和持续监控会员复杂或脆弱的医疗状况。
专业医疗设备与用品是指维持会员的健康、管理医疗或身体状况、改善机能或提高独立能力所需的物品。 允许的物品可能包括失禁用品、伤口敷料、矫形器、肠内营养（胃管喂食）产品、特定非处方药、医疗所需的皮肤调理乳液/润滑剂处方药、维生素 D 处方药、多种维生素或钙补充剂以及静脉用品。
支持中介是指会员选择辅助自己规划、获取和指导自我导向的支持的人员。
就业支持服务（个人与小团体就业支持服务）帮助由于残疾需要获得持续支持的会员，使其在整个社区工作环境中获得并保持竞争上岗。此服务的结果是持续有薪就业，从事达到个人和职业目标的工作，且薪资达到或高于综合环境下一般劳动力的最低薪资。 • 个人就业服务具有个性化的特点，可能包括职业/工作相关的发现或评估、以个人为中心的职业规划、就业安置、工作发展、面见潜在雇主、岗位分析、工作指导与培训、交通、职业提升服务或自主创业支持。 • 小团体就业服务是指在企业、行业或社区环境下，为 2-8 名残疾员工提供的服务和培训。比如流动作业队或其他商业工作组雇佣小组残疾工人在社区工作。服务可能包括职业/工作相关的发现或评估、以个人为中心的职业规划、就业安置、工作发展、面见潜在雇主、岗位分析、培训和系统指导、工作指导与培训、交通、职业提升服务或自主创业支持。
支持性家庭护理包括直接协助会员开展日常生活活动和满足个人需求的服务，以确保在家和在社区充分发挥作用。服务可能包括帮助穿衣、沐浴、用药管理、用餐、上厕所、梳洗、移动、支付账单、使用交通工具和做家务。
无薪护理员培训服务帮助那些为会员提供无偿护理、培训、陪伴、监督或其他支持的人员。培训包括治疗方案和会员护理计划中包含的其他服务指导，服务计划中规定的设备的使用以及会员在社区安全生活所需的指导。
交通（专项交通）：社区和其他交通 • 社区交通服务帮助会员获得社区服务和资源，并参加社区活动。服务可能包括车票或交通卡，以及会员与随行人员前往目的地的交通。不包括急救（救护车）交通。 • 其他交通服务帮助自我导向的会员获得 Medicaid 涵盖的非急救医疗服务。服务可能包括车票或交通卡、里程报销以及会员与随行人员前往目的地的交通。不包括由社区交通提供的非医疗交通（参见上文）。不包括急救（救护车）交通。

未来职业规划与支持是一项以个人为中心的团队职业规划与支持服务，为会员获得、维持或促进就业与自主创业提供帮助。此服务可能包括制定就业计划、工作激励福利分析与支持、资源团队协调、职业探索与就业目标验证、求职支持、岗位跟进和长期支持。

3. 减少成本分摊申请书

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. Notice Adverse Benefit Determination（不利福利认定通知）范本

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. My Choice Wisconsin 上诉申请表

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. 州公正听证会申请表

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. 隐私条例通知

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*

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