



My Choice Wisconsin Priručnik za članove Family Care

Telefon: 414-287-7600 Besplatni broj 800-963-0035 TTY:711 Faks: 414-287-7704

www.mychoicewi.org

DHS odobrenje od 08/10/2021



Caring Starts Here

www.mychoicewi.org

800-963-0035 TTY 711

Vaš tim za upravljanje njegom uključuje:

Ime i prezime menadžera za pružanje usluga zdravstvene njege

Telefonski broj

Ime i prezime medicinske sestre

Telefonski broj

Ime i prezime nadzornika

Telefonski broj

KADA TREBATE NAZVATI SVOJ TIM ZA UPRAVLJANJE NJEGOM

- kod bilo kakvog pada**
- kod promjena u fizičkom ili mentalnom zdravlju**
- kod hitnog pružanja njege / posjete hitnoj pomoći**
- kod hospitalizacije**

Ako imate hitni slučaj, pozovite 911

Višejezične usluge tumača

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 البكم الصم هاتف - (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

ໂບດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 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 दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-963-0035 (TTY: 711) पर कॉल करें।

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:

- Pruža besplatna pomagala i usluge osobama s invaliditetom za učinkovitu komunikaciju s nama, kao što su:
 - Kvalifikovani tumači znakovnog jezika
 - Pisane informacije u drugim formatima (veliki tisak, audio, pristupačni elektronički formati, drugi formati)
 - Pomoćna pomagala i usluge za članove s oštećenjem sluha i vida
- Pruža besplatne usluge pristupa jeziku ljudima čiji primarni jezik nije engleski, kao što su:
 - Kvalifikovani tumači
 - Informacije na drugim jezicima

Ako su vam potrebne ove usluge, obratite se korisničkoj službi na 1-800-963-0035.

Sadržaj

1. poglavlje: Važni telefonski brojevi i resursi	7
My Choice Wisconsin Kontakt informacije	7
Ostali važni kontakti	9
Poglavlje 2. Dobrodošlica i uvod	20
Dobro došli u My Choice Wisconsin.....	20
Kako mi može Family Care program pomoći?.....	20
Ko će mi pomoći?	21
Šta znači biti član?	22
Ko može biti član My Choice Wisconsin?	22
Kako mogu postati član?	24
Poglavlje 3. Stvari koje treba znati o dobivanju usluga.....	25
Kako Family Care radi?.....	25
Šta bi trebalo biti u vašem planu njege?	26
Kako se odabiru i odobravaju usluge?.....	27
Šta ako se moje potrebe promijene?	28
Kako da koristim mrežu pružatelja usluga?.....	28
Kako vam Family Care pomaže u upravljanju vlastitim uslugama?	29
Šta su samostalno upravljanje potpore?.....	29
Šta da radim u hitnim slučajevima?	30
Kako mogu dobiti njegu nakon uobičajenog radnog vremena?	31
Šta ako trebam njegu dok sam izvan područja?.....	31
Poglavlje 4. Family Care paket pogodnosti.....	32

Koje se usluge pružaju?	32
Family Care tabela paketa pogodnosti.....	33
Koje usluge se ne pružaju?	36
Poglavlje 5. Razumijevanje ko plaća usluge i koordinacija vaših pogodnosti	38
Hoću li platiti bilo koju uslugu?	38
Kako vršim uplatu?.....	39
Šta ako dobijem račun za usluge?.....	40
Da li Family Care plaća usluge stanovanja ili staračke domove?	40
Kako se koordiniraju Medicare i moja druga osiguranja?	41
Šta je estate recovery (povrat kroz imovinu)? Kako se to odnosi na mene?	41
Poglavlje 6. Vaša prava	43
Poglavlje 7. Vaše odgovornosti	46
Poglavlje 8. Pritužbe i žalbe	48
Uvod	48
Pritužbe.....	49
Žalbe	52
Državno pravično saslušanje	57
Ko mi može pomoći u vezi sa mojom pritužbom ili žalbom?	60
Poglavlje 9. Prestanak članstva u My Choice Wisconsin.....	62
DODACI.....	64
1. Definicije važnih riječi	64
2. Definicije usluga u Family Care paketu pogodnosti.....	68
3. Zahtjev za smanjenje udjela troškova.....	73

4. Primjer Notice of Adverse Benefit Determination (Obavijest o utvrđivanju štetne koristi).....	77
5. My Choice Wisconsin obrazac zahtjeva za žalbu.....	81
6. Obrazac zahtjeva za državnu pravičnu raspravu.....	83
7. Obavijest o praksi privatnosti	86

1. poglavlje: Važni telefonski brojevi i resursi



My Choice Wisconsin Kontakt informacije

My Choice Wisconsin, organizacija za upravljanje njegovom (Managed Care Organization, MCO), cijeni vaše komentare, prijedloge i pitanja. Kontaktirajte nas od 8:00 do 17:00, od ponedjeljka do petka, izuzev praznika.

My Choice Wisconsin Main Office

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

Phone: 414-287-7600
Toll Free: 800-963-0035
TTY: 711
Fax: 414-287-7704

Email: info@mychoicewi.org

Website: 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

Pomoć izvan radnog vremena

Ako vam je potrebna hitna pomoć izvan uobičajenog radnog vremena, nazovite My Choice Wisconsin dežurnu liniju za hitne slučajeve na besplatni telefonski broj: **800-963-0035**. Na sve pozive bit će odgovoreno u roku od 30 minuta.

Ako imate hitni slučaj, pozovite 911

Stručnjaci za prava članova

Osooblje za prava članova stručnjaci su za objašnjavanje njihovih prava. Oni su vam na raspolaganju ako imate pritužbu ili žalbu. Mogu vam dati informacije ili pomoć ako se želite žaliti na odluku koju je donio vaš tim.

My Choice Wisconsin – Stručnjak za prava članova:

Telefon: 1-800-963-0035 lok. 3448

Faks: 608-245-3821

<https://mychoicewi.org/contact/grievances-appeals/>

Ako imate hitni slučaj, pozovite 911

Ostali važni kontakti

Usluge zaštite za odrasle

Svaki okrug ima agenciju koja će proučavati prijavljene slučajeve zlostavljanja, zanemarivanja, financijskog iskorištavanja i samozanemarivanja. Nazovite svoju okružnu telefonsku liniju za pomoć ako trebate razgovarati s nekim o sumnji na zlostavljanje rizične odrasle osobe (u dobi od 18 do 59 godina). Da biste prijavili zlostavljanje starijih osoba starijih od 60 godina, obratite se vašoj okružnoj agenciji za rizične starije odrasle osobe.

Podnesite povjerljivu prijavu zlostavljanja, zanemarivanja ili financijskog iskorištavanja odrasle osobe jednoj od dole navedenih agencija. Naziv agencije ovisi o okrugu u kojoj živi osoba o

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 (Resursni centri za starenje i invalidnost)

Aging and disability resource centers (Resursni centri za starenje i invalidnost) (ADRC-ovi) su prvo mjesto na kojem se mogu dobiti tačne, nepristrane informacije o svim aspektima života vezanim za starenje ili život s invaliditetom. ADRC-ovi su ljubazna i mjesta sa dobrodošlicom na kojima svako - pojedinci, zabrinute porodice ili prijatelji ili profesionalci koji rade sa problemima starenja ili invaliditeta - može potražiti informacije prilagođene svojoj situaciji. ADRC pruža informacije o programima i uslugama, pomaže ljudima da razumiju njihove mogućnosti dugotrajne njege i pomaže im da se prijave za programe i pogodnosti. ADRC-ovi u My Choice Wisconsin-ovim regionima usluge su:

**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
Email: resctr@co.richland.wi.us

ADRC of Southwest Wisconsin - Cont

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

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

Telefon: 262-741-3400

TTY/TDD/Relay: WI Relay 711

Email: adrc@waukeshacounty.gov

Posjetite www.dhs.wisconsin.gov/adrc za više informacija o ADRC-ovima.

Ombudsman (Ombudsman) programi

Ombudsman (om-budz-man) je nezavisni zagovornik ili pomagač koji ne radi za My Choice Wisconsin. Osobe koje primaju Family Care usluge mogu dobiti besplatnu pomoć od ombudsman (ombudsmana). Organizacija koju treba kontaktirati ovisi o dobi člana.

Ako imate **60 godina ili više**, kontaktirajte:

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care

1402 Pankratz Street, Suite 111

Madison, WI 53704-4001

Besplatni broj telefona: 800-815-0015

TTY: 711

Faks: 608-246-7001

E-pošta: BOALTC@wisconsin.govlongtermcare.wi.gov

Ako imate **između 18 i 59 godina**, kontaktirajte:

Disability Rights Wisconsin

1502 West Broadway, Suite 201

Madison, WI 53713

Besplatni broj telefona: 800-928-8778

TTY: 711

Faks: 833-635-1968

www.disabilityrightswi.org

Konzorcij za održavanje prihoda

Promjene u svojoj životnoj situaciji ili financijama morate prijaviti u roku od 10 dana. Ako se preselite, morate prijaviti novu adresu. Ove promjene mogu utjecati na to ispunjavate li uvjete za Medicaid i Family Care. Prijavite ove promjene konzorciju za održavanje prihoda vašeg okruga i My Choice Wisconsin. Konzorcijumi u našim regionima usluge su:

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 (MiES)
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)

Ako imate problema s korištenjem vaše ForwardHealth kartice za usluge ili predmete koji nisu u Family Care paketu pogodnosti (poput naočara, posjeta liječniku ili recepta), nazovite ForwardHealth usluge za članove besplatno na:

800-362-3002

Prijavljivanje prevare s javnom pomoći

Prevara znači dobivanje pokrića ili uplata za koje znate da ne biste trebali dobiti ili pomoć nekome drugom sa pokrivanjem ili uplatama za koje znate da ih ne bi trebali dobiti. Svako ko počini prevaru može biti krivično gonjen. Ako sud utvrdi da je osoba dobila zdravstvenu zaštitu činjenjem prevare, sud će tražiti da ta osoba uz ostale kazne vrati državi te naknade.

Ako sumnjate u nekoga zbog zloupotrebe sredstava javne pomoći, uključujući Family Care, nazovite dežurnu telefonsku liniju za prevare ili podnesite izvještaj na mreži na:

877-865-3432

www.dhs.wisconsin.gov/fraud

Ako mislite da ste identifikovali prijevaru, otpad, zluporabu ili nepoštipanje, možete se obratiti My Choice Wisconsin na sljedeće povjerljive načine:

- Pozovite besplatnu anonimnu dežurnu liniju za usklađenost: 1-833-253-3465 ili lokalno na: 608- 245-3576
- Email: Compliance@mychoicewi.org

Wisconsin FoodShare (QUEST kartica)

Ako imate pitanja ili nedoumice o FoodShare, ili želite da znate stanje vaše FoodShare/QUEST kartice, ili želite da prijavite izgublenu ili ukradenu QUEST karticu, pozovite besplatnu telefonsku liniju FoodShare korisničke službe na:

877-415-5164

Wisconsin Division of Quality Assurance (Odsjek za osiguranje kvaliteta u Wisconsinu)

Ako mislite da je njegovatelj, agencija ili ustanova prekršila državne ili savezne zakone, imate pravo podnijeti žalbu Wisconsin Division of Quality Assurance (Odsjek za osiguranje kvaliteta u Wisconsinu). Kada podnosite žalbu, možda će se od vas tražiti okrug u kojoj se pružatelj usluga nalazi. Da biste podnijeli žalbu, pozovite:

800-642-6552

Independent Advocates at Disability Rights Wisconsin

(Nezavisni zagovornici prava osoba s invaliditetom u Wisconsinu)

Ako tražite pomoć za prevladavanje prepreka ka neovisnosti i želite identifikovati usluge podrške zajednice, nazovite Zagovornike prava osoba s invaliditetom. Rade s pojedincima kako bi identifikovali ciljeve i postigli pozitivne promjene. Pozovite ih na:

414-773-4646

Poglavlje 2. Dobrodošlica i uvod

Dobro došli u My Choice Wisconsin

Dobro došli u My Choice Wisconsin, organizaciju upravljane njege koja upravlja Family Care programom. Family Care je Medicaid je dugoročni program njege koji pomaže starijima i odraslima s tjelesnim, razvojnim ili intelektualnim teškoćama. Ljudi koji učestvuju u programu dobijaju usluge koje im pomažu da žive u vlastitom domu kad god je to moguće. Family Care finansiraju državni i savezni porezi.

Ovaj priručnik će vam pružiti informacije koje su vam potrebne za:

- Razumijevanje osnova programa Family Care.
- Upoznavanje sa uslugama iz paketa pogodnosti.
- Razumijevanje vaših prava i odgovornosti kao Family Care člana.
- Podnošenje žalbe ili prigovora ako imate problem ili nedoumicu.

Ako želite pomoć u pregledu ovog priručnika, kontaktirajte svoj tim za njegu. Kontakt podaci vašeg tima nalaze se na unutarnjoj strani omota ovog priručnika.

Riječi „vi” i „vaše” u ovom dokumentu se općenito odnose na *vas, člana*. „Vi” i „vaš” takođe mogu označavati vašeg pravnog donosioca odluka, poput zakonskog staratelja ili aktiviranog punomoćja.

Na kraju ovog priručnika (stranica 64) nalaze se definicije bitnih riječi. Ove definicije mogu vam pomoći da razumijete riječi i izraze koji se često koriste u ovom priručniku.

Ako još niste član i imate pitanja ili želite više informacija o tome kako se upisati u Family Care ili druge programe, obratite se aging and disability resource center (Resursni centar za starenje i invalidnost) (ADRC) u vašem području. ADRC-ovi pružaju informacije i pomoć ljudima da se prijave za programe i pogodnosti. ADRC je zasebna agencija. Nije dio My Choice Wisconsin. ADRC vam je dostupan za pomoć, bez obzira odlučite li se postati Family Care član. Adresa i broj telefona vašeg lokalnog ADRC-a može se pronaći na stranici 12.

Kako mi može Family Care program pomoći?

Glavni cilj Family Care je osigurati da ste sigurni i podržani kod kuće. Kada živite u svom domu ili u domu svoje porodice, imate više moći nad svojim životom. Možete odlučiti kada ćete raditi određene stvari, poput vremena kada ćete se probuditi i jesti obroke i kako planirati dan.

Kada se pridružite Family Care, My Choice Wisconsin će razgovarati s vama o tome koje usluge će vam pomoći da živite što samostalnije. Pomoć u kupanju, prijevozu, održavanju domaćinstva i obroci koji se dostavljaju kući neke su od usluga koje nudimo. Usluge mogu čak uključivati izgradnju rampe za invalidska kolica ili upotrebu medicinskog sistema upozorenja. (Pogledajte poglavlje 4 za potpunu listu obuhvaćenih usluga.)

Family Care pruža upravljanje njegom i niz usluga dizajniranih da zadovolje vaše potrebe. Pobrinit ćemo se da dobijete potrebnu njegu kako biste bili zdravi i sigurni. Takođe ćemo vam pomoći da održite veze sa porodicom, prijateljima i zajednicom.

Ako ste mlada odrasla osoba koja se priprema za iseljavanje, My Choice Wisconsin može vam pomoći da postanete nezavisniji. Na primjer, možemo vam pomoći da razvijete vještine potrebne za pronalazak posla ili da naučite kako sami pripremiti svoje obroke.

Family Care:

- Može poboljšati ili održati vaš kvalitet života.
- Pomaže vam da živite u svom domu ili stanu, među porodicom i prijateljima.
- Uključuje vas u odluke o vašoj njezi i uslugama.
- Uvećava vašu nezavisnost.

Ko će mi pomoći?

Kada postanete Family Care član, radit ćete s timom profesionalaca iz My Choice Wisconsin. Vi ste središnji dio vašeg tima za njegu i **trebali biste biti uključeni u svaki dio** planiranja njege.

Vaš tim za njegu uključuje **vas** i:

- Medicinsku sestru.
- Socijalnog radnika ili menadžera za pružanje usluga zdravstvene njege.
- Ostale profesionalce, ovisno o vašim potrebama, poput radnog ili fizikalnog terapeuta ili stručnjaka za mentalno zdravlje.
- Svako drugi za koga želite da bude uključen, uključujući članove porodice ili prijatelje.

Posao vašeg tima za njegu je surađivati s vama kako biste:

- Prepoznali svoje snage, resurse, potrebe i sklonosti.
- Razvili plan njege koji uključuje pomoć koja vam je potrebna.
- Pobrinit se da su vam usluge iz vašeg plana zaista pružene.
- Osigurali da usluge koje pruža Family Care odgovaraju vašim potrebama i da su isplative.
- Pobrinit se da vaš plan nastavi raditi za vas.

Obavijestite svoj tim ako vam treba pomoć u sudjelovanju u procesu.

Family Care ne zamjenjuje pomoć koju dobijate od porodice, prijatelja ili drugih članova zajednice. My Choice Wisconsin potiče članove porodice, prijatelje i druge ljude koji su vam važni da budu uključeni u vašu brigu. Radit ćemo s vama na izgradnji ovih važnih odnosa. Takođe možemo pomoći u pronalaženju resursa u vašoj zajednici koji vam mogu pomoći, poput biblioteka, centara za starije osobe i crkava.

Po potrebi možemo vam pomoći i u pronalaženju načina za jačanje vaše mreže podrške. Na primjer, ako ljudi koji vam pomažu trebaju odmor, možemo pružiti usluge predaha. Predah pruža privremeni odmor vašim njegovateljima kako bi im dao vremena da se opuste i održavaju vlastito zdravlje.

Šta znači biti član?

Kao član My Choice Wisconsin -ovog Family Care programa, vi i vaš tim za njegu zajedno ćete donositi odluke o vašem zdravlju i načinu života. Zajedno ćete vi i vaš tim za njegu donijeti najbolje moguće odluke da vas podržite.

Usluge dugotrajne njege dobit ćete putem My Choice Wisconsin pružatelja njege. Kada se pridružite Family Care, mi ćemo vam dati informacije o tome kako doći do liste pružatelja usluga koji su se složili da rade s nama. Vi i vaš tim za njegu zajedno ćete odabrati pružatelje usluga koji najbolje podržavaju vaše potrebe.

My Choice Wisconsin vjeruje da bi naši članovi trebali imati lični izbor prilikom primanja usluga. Izbor znači imati pravo glasa kako i kada se pruža njega. Biti član i imati lični izbor takođe znači da ste odgovorni za pomaganje svom timu za njegu u pronalaženju najisplativijih načina da vas podrže.

My Choice Wisconsin je odgovoran za ispunjavanje potreba dugotrajne njege **svih** naših članova. To možemo učiniti samo ako nam svi članovi pomažu u razvoju planova njege koji ne samo da rade, već su i razumni i isplativi. Zajedničkim radom možemo se pobrinuti da Family Care ostaje na raspolaganju drugim ljudima koji trebaju naše usluge.

Možete zadržati svoje trenutne pružatelje medicinskih usluga (na primjer, svog ljekara opšte prakse, podijatra, stomatologa i kiropraktičara), bolnice, klinike i apoteke u kojima možete dobiti lijekove na recept. **My Choice Wisconsin -ov Family Care program nije odgovoran za ove usluge.** Ove usluge su plaćene drugim vrstama osiguranja. Vaš tim za njegu pomoći će vam u koordinaciji vaših Family Care usluga sa uslugama vašeg ljekara i drugih pružatelja medicinskih usluga.

Ko može biti član My Choice Wisconsin?

Članstvo je dobrovoljno. Vaš je izbor hoćete li se upisati u My Choice Wisconsin. Da biste vam mi mogli pružati usluge, morate ispuniti **sve** sljedeće zahtjeve:

- Biti odrasla osoba sa tjelesnim ili razvojnim/intelektualnim invaliditetom ili imati 65 godina ili više.

- Postanite stanovnik jednog od naših područja usluge (pogledajte listu ispod).
- Ispunjavati finansijske uslove za Medicaid.
- Ispunjavati funkcionalne uslove određene od strane Wisconsin Adult Long Term Care Functional Screen (Test funkcionalnosti za dugotrajnu njegu odraslih u Wisconsinu).
- Potpišite obrazac za upis.

Naše područje pružanja usluga uključuje ove okruge u Wisconsinu:

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

Ako se planirate iseliti iz područja usluge, morate to obavijestiti. Kontakt podaci vašeg tima nalaze se na unutarnjoj strani omota ovog priručnika. Ako se preselite izvan našeg područja usluga, možda nećete moći ostati prijavljeni u My Choice Wisconsin.

Jednom kada postanete član, morate nastaviti ispunjavati financijske i funkcionalne uvjete da biste ostali prijavljeni.

- **Ispunjavanje financijskih uslova** znači ispunjavanje uslova za Medicaid (takođe poznat kao Medical Assistance, MA, ili Title 19). Agencija za održavanje prihoda provjerava prihode i imovinu pojedinca kako bi utvrdila da li osoba ispunjava uslove za Medicaid. Ponekad, da bi ispunjavali financijske uslove, članovi će morati platiti dio troškova usluga koje dobijaju. To se naziva „udio troškova” i mora se platiti da bi se i dalje ispunjavali uslovi za Family Care. Ako imate udio troškova, osoblje iz ADRC-a će o tome razgovarati s vama prije nego što donesete konačnu odluku o upisu. Agencija za održavanje prihoda pregledaće da li ispunjavate financijske uslove i udio troškova najmanje jednom godišnje kako bi se uvjerila da i dalje ispunjavate financijske uslove za Family Care.
- **Ispunjavanje uslova funkcionalnosti** je povezano sa zdravljem osobe i potrebom za pomoći oko stvari poput kupanja, odijevanja i korištenja kupaonice. ADRC vam može reći da li ispunjavate uslove funkcionalnosti za Family Care. Vaš tim za njegu pregledavat će vaše uslove funkcionalnosti najmanje jednom godišnje kako bi se uvjerio da i dalje ispunjavate uslove.

Kako mogu postati član?

Ako već niste član, ali ste zainteresirani da postanete član My Choice Wisconsin, pozovite ili posjetite ADRC u vašem području. Adresa i broj telefona vašeg lokalnog ADRC-a može se pronaći na stranici 12.

ADRC će vam pomoći da procijenite nivo potrebe za uslugama i uvjerite se da ispunjavate uslove funkcionalnosti za Family Care. Oni će vam pružiti informacije o drugim dostupnim programima i pomoći vam u odabiru najprikladnijeg resursa ili programa za vas.

Tokom procesa upisa, ADRC će od vas tražiti da:

- Navedete informacije o svom zdravlju i potrebama.
- Navedete informacije o svojim primanjima i imovini.
- Potpišete obrazac „Objavljivanje informacija” za svoju medicinsku evidenciju.
- Ispunite i potpišete obrazac za upis.

Takođe ćete razgovarati sa radnikom za održavanje prihoda. Ova osoba će odrediti ispunjavate li financijske uslove za Family Care.

Poglavlje 3. Stvari koje treba znati o dobivanju usluga

Kako Family Care radi?

Kada se upišete u Family Care, vi i vaš tim za njegu procijenit ćete vaše potrebe, snage i sklonosti. Dio ovog procesa je da vi svom timu kažete o tome kakav život želite živjeti i o podršci koja vam je potrebna za život kakav želite. To vašem timu daje jasno razumijevanje onoga što je vama važno.

Utvrđite ishode svog ličnog iskustva

Tokom procjene, vaš tim za njegu će vam pomoći da identifikujete svoje **ishode ličnog iskustva**. Ovi ishodi su ciljevi koje imate za svoj život i uključuju:

- Informacije o:
 - Gdje i s kim živjeti
 - Potrebnoj podršci i uslugama i ko ih pruža
 - Vašim dnevnim rutinama
- Lično iskustvo - imati:
 - Interakcije s porodicom i prijateljima
 - Posao ili druge značajne aktivnosti
 - Uključenost u zajednici
 - Stabilnost
 - Poštovanje i pravičnost
 - Privatnosti
- Zdravlje i sigurnost - biti:
 - Zdrav(a)
 - Siguran(na)
 - Bez zlostavljanja i zanemarivanja

Samo vi možete svom timu za njegu reći šta vam je važno. **Vi** definirate šta ove izjave o ishodima znače za vas i vaš život. Na primjer, osoba bi mogla željeti:

- Biti dovoljno zdrava i uživati u posjetama sa unucima.
- Imati plaćen posao.
- Biti dovoljno samostalna da živi u svom stanu.

Imati pravo očekivati da će vaš tim za njegu surađivati s vama kako bi utvrdio vaše lične ishode. Prije nego My Choice Wisconsin kupi usluge za vas, vaš tim za njegu mora razmotriti koje usluge najbolje podržavaju vaše potrebe i koje su najisplativije. To ne znači da će My Choice

Wisconsin uvijek pružati usluge da vam pomogne da postignete svoje ishode. **Stvari koje radite za sebe i pomoć koju dobijate od porodice, prijatelja i drugih bit će vrlo važan dio plana za potporu vašim ishodima.**

Utvrđite ishode dugotrajne njege

Tokom procesa procjene, vi i vaš tim za njegu takođe ćete identifikovati vaše **dugoročne ishode njege**. Ovo pomaže vama i vašem timu da znate koje će usluge zadovoljiti vaše potrebe za dugotrajnom njegom. Ishodi dugoročne njege su stvari koje vam Family Care može pomoći da postignete život kakav želite. Na primjer:

- Biti u mogućnosti zadovoljiti svoje dnevne potrebe
- Dobivanje onoga što vam treba da biste bili sigurni, zdravi i što nezavisniji

Ako imate ove stvari spremne, one će vam omogućiti da se usredotočite na ljude i aktivnosti koji su vam najvažniji. Na primjer, traženje pomoći da se odjene ili okupa takođe može pomoći osobi da se osjeća dovoljno dobro da ode na posao ili posjeti porodicu i prijatelje.

Vaš tim za njegu izradit će plan njege koji će vam pomoći da krenete prema ishodima koje vi i vaš tim identifikujete tokom postupka procjene.

Šta bi trebalo biti u vašem planu njege?

Vaš plan njege sadržavat će i jasno vam reći:

- Vaše potrebe za fizičkim zdravljem i sposobnost za obavljanje određenih zadataka i aktivnosti (poput jedenja i odijevanja).
- Vaše snage i sklonosti.
- Ishode vašeg ličnog iskustva.
- Ishode dugotrajne njege.
- Usluge koje ćete dobiti.
- Ko će pružati svaku uslugu.
- Stvari koje ćete raditi sami ili uz pomoć porodice, prijatelja ili drugih resursa u vašoj zajednici.

Vaš tim za njegu zatražit će od vas da potpišete plan njege koji pokazuje da ste sudjelovali u njegovom razvoju. Dobit ćete kopiju potpisanog plana. Ako niste zadovoljni svojim planom, dostupni su vam postupci za žalbe i prigovore. (Pogledajte poglavlje 8 za više informacija.)

Vaš tim za njegu redovno će kontaktirati s vama kako bi razgovarao o vašem stanju i provjerio pomažu li vam vaše usluge. Vaš tim mora se osobno sastati s vama najmanje svaka tri mjeseca. Vaš tim se može češće sastajati s vama ako postoji potreba za češćim posjetima.

Kako se odabiru i odobravaju usluge?

Vaš tim za njegu mora odobriti sve usluge **prije** nego što ih primite. My Choice Wisconsin nije dužan plaćati usluge koje primete bez našeg prethodnog odobrenja. **Ako se sami dogovorite za usluge bez odobrenja vašeg tima za njegu, možda ćete ih morati platiti.** Razgovarajte sa svojim timom ako vam je potrebna usluga koja nije odobrena.

Napomena: Ako razmišljate o preseljenju u instituciju za pomoć ili u starački dom, My Choice Wisconsin će odobriti usluge stanovanja samo u određenim situacijama. Pogledajte stranicu 4040 za više detalja.

My Choice Wisconsin je odgovoran za podršku vašim ishodima dugoročne njege, ali takođe moramo uzeti u obzir troškove prilikom planiranja njege i odabira pružatelja njege koji će zadovoljiti vaše potrebe. Da bi to učinio, vaš tim za njegu koristit će postupak Resource Allocation Decision (Odluka o dodjeli resursa) (RAD) kao vodič pri donošenju odluka o uslugama.

O postupku Resource Allocation Decision (Odluka o dodjeli resursa)

RAD postupak je korak-po-korak alat koji ćete vi i vaš tim koristiti za pronalaženje najučinkovitijih i najefikasnijih načina da udovoljite svojim potrebama i podržite svoje ishode dugoročne njege.

Isplativost je važan dio RAD-a. Isplativost znači podržati vaše dugoročne ishode njege uz razumne troškove i napor. Na primjer, ako dva različita pružatelja njega nude pomoć koja vam je potrebna, My Choice Wisconsin kupit će prikladniju uslugu.

Vi imate pravo znati i razumjeti sve svoje mogućnosti, uključujući koliko stvari koštaju. Vaša je odgovornost razgovarati sa svojim timom za njegu o ovim opcijama kako biste mogli zajedno donositi odluke. To uključuje postavljanje pitanja i razmjenu mišljenja.

Tokom RAD postupka, vi i vaš tim za njegu razgovarat ćete o uslugama koje su vam potrebne. Zajedno ćete istražiti dostupne mogućnosti za postizanje vaših ishoda dugoročnih njege. To uključuje razgovor o tome kako prijatelji, porodica ili drugi mogu pomoći. Mnogo puta možete postići jedan ili više svojih ishoda bez puno pomoći My Choice Wisconsin, jer porodica, prijatelji ili drugi ljudi mogu i odlučiti da vam pomognu. My Choice Wisconsin kupuje usluge koje vaša podrška ne može pružiti.

Osnovna pravila za dobivanje usluga

Općenito ćemo pokrivati vaše usluge sve dok:

- Su usluge u Family Care paketu pogodnosti (pogledajte stranicu 32).
- Usluge podržavaju vaše ishode dugoročne njege.
- Su usluge najisplativiji način da podržite vaše potrebe.
- Su usluge uključene u vaš plan njege.
- Je usluge prethodno odobrio i ovlastio vaš tim za njegu.

Naš je cilj podržati ljude u vašem životu koji su već odabrali da vam pomognu. Ove „prirodne podrške” zadržavaju ljude koji su vam važni u vašem svakodnevnom životu. Nadovezujući se na zamjenu, pomoć koju dobivate od porodice i prijatelja jača ove neprocjenjive veze i pomaže My Choice Wisconsin u plaćanju usluga tamo gdje su i kada potrebne.

Na kraju RAD postupka, vi i vaš tim za njegu razgovarat ćete o tome kako možete imati veću kontrolu u svom životu i ako ste zainteresirani za usmjeravanje svojih usluga.

Vaš tim za njegu pronaći će pružatelje usluga koji će vam pomoći. Ovi pružatelji usluga moraju imati ugovor sa My Choice Wisconsin. Ako niste zadovoljni ni sa jednim pružateljem usluga, imate pravo zatražiti novog pružatelja usluga, ali prvo morate razgovarati sa svojim timom za njegu. Vaš tim mora odobriti sve usluge koje primete.

Šta ako se moje potrebe promijene?

Vaše se usluge mogu vremenom mijenjati kako se mijenjaju zdravstvena i životna situacija. Na primjer, vaše usluge mogu se smanjiti ako se vaše fizičko zdravlje poboljša. Ako se vaše potrebe povećaju, pobrinut ćemo se da dobijete potrebnu pomoć kako biste ostali sigurni, zdravi i što nezavisniji. Jedan od naših ciljeva je pružanje prave usluge, u pravoj mjeri i na pravom mjestu.

Ako se vaše potrebe promjene, obavijestite svoj tim za njegu. Znajte da ćemo uvijek biti tu da vas podržimo.

Kako da koristim mrežu pružatelja usluga?

Vi i vaš tim za njegu odabrat ćete pružatelje usluga iz „mreže pružatelja usluga”. Popis pružatelja usluga koje rutinski koristimo nalazi se na našoj web-lokaciji www.mychoicewi.org. Mi to zovemo Provider Network Directory (Direktorij mreže pružatelja usluga). Ako želite papirnu kopiju Provider Network Directory (Direktorij mreže pružatelja usluga), možete zatražiti kopiju od svog tima za njegu.

Obavijestite svoj tim ako želite informacije o mogućnostima naših pružatelja usluga. Na primjer, možete pitati da li pružatelji usluga imaju osoblje koje govori određeni jezik ili razumije određenu etničku kulturu ili vjersko uvjerenje. Vaš tim za njegu takođe vam može reći jesu li lokacija i oprema pružatelja usluga pristupačni osobama sa invaliditetom.

Sklapamo ugovore s pružateljima usluga koji pomažu u podržavanju ishoda dugotrajne njege naših članova. Naši pružatelji usluga rade s nama na isplativ način i moraju udovoljavati našim standardima kvaliteta. Naša mreža pružatelja usluga nudi vam izbor pružatelja usluga, kad god je to moguće. Međutim, My Choice Wisconsin takođe mora biti siguran da je pružatelj usluga isplativ izbor.

Nakon što vaš tim za njegu odobri vaše usluge, vi i vaš tim ćete birati između pružatelja usluga u My Choice Wisconsin -ovom Provider Network Directory (Direktorij mrežne pružatelja usluga). Ako nemamo pružatelja usluga koji može zadovoljiti vaše potrebe ili ako se svi naši redovni pružatelji usluga nalaze predaleko od vašeg prebivališta, možda ćemo koristiti pružatelja usluga

izvan naše mreže. Da biste odabrali pružatelja usluga izvan naše mreže, morate razgovarati sa svojim timom za njegu.

Ako ste domorodački Amerikanac ili domorodac iz Aljaske, pokrivene usluge možete dobiti od domorodačkog pružatelja zdravstvene zaštite izvan naše mreže.

Možda će doći vrijeme kada želite promijeniti pružatelja usluga. Obratite se svom timu za njegu ako želite da promijenite jednog pružatelja usluge drugim iz mreže. **Ako promijenite pružatelja usluga bez da ste razgovarali sa svojim timom i prethodno dobili odobrenje, možda ćete biti odgovorni za troškove usluge.**

Za pružatelje usluga koji dolaze kod vas kući ili pružaju intimnu ličnu njegu, možda ćemo moći kupiti usluge od ljudi koji su vam poznati, poput člana porodice. Osoba koju odaberete koristiti mora biti kvalifikovana i pristati raditi po cijeni sličnoj ostalim našim pružateljima usluga.

Kako vam Family Care pomaže u upravljanju vlastitim uslugama?

My Choice Wisconsin poštuje izbore naših članova. Na primjer:

- Životni aranžman, dnevna rutina i usluge podrške po vašem izboru primjeri su kategorija ishoda koje podržava Family Care. Vi govorite šta vam je važno u ovim područjima ishoda. Radite sa svojim timom za njegu kako biste pronašli razumne načine za potporu vašim ishodima. Ako ne mislite da vaš plan njege nudi razumnu podršku za vaše ishode, možete podnijeti žalbu ili prigovor. (Pogledajte poglavlje 8 za više informacija.)
- Ako pitate, razmotrit ćemo korištenje pružatelja usluga kojeg obično ne koristimo.
- Za pružatelje usluga koji dolaze kod vas kući ili pružaju intimnu ličnu njegu, mi ćemo - na vaš zahtjev - kupiti usluge od bilo kog kvalifikovanog pružatelja usluge po vašem izboru, uključujući člana porodice. **Pružatelj usluge ili član porodice mora ispuniti naše zahtjeve i prihvatiti iznos novca koji plaćamo.**
- Imate pravo prebaciti se u drugi tim za njegu, do dva puta u kalendarskoj godini. Ne morate reći zašto želite drugi tim. My Choice Wisconsin možda neće uvijek moći ispuniti vaš zahtjev ili vam dati određeni tim koji želite.
- Možete odabrati samostalno upravljanje jedne ili više svojih usluga.

Šta su samostalno upravljanje potpore?

Možete koristiti opciju samostalno upravljane potpore Family Care ako želite imati veću odgovornost i biti više uključeni u upravljanje vlastitim uslugama. Ako se odlučite za samostalno upravljanje, znači da ćete imati više za reći o tome kako i od koga dobivate svoje usluge.

Sa nekim vrstama samostalno upravljane potpore imate kontrolu i odgovornost za vlastiti budžet za usluge. Takođe možete imati kontrolu nad svojim pružateljima usluga, uključujući odgovornost za zapošljavanje, obuku, nadzor i otpuštanje vaših radnika iz direktne njege. Kod

drugih vrsta potpore koje sami upravljate, sami odabirete svog pružatelja usluga, ali agencija brine o stvarnom zapošljavanju, obuci i nadzoru osoblja.

Samostalno upravljane potpore najčešće se koriste za kućnu njegu, ali se mogu koristiti i za usluge izvan kuće, poput prijevoza i osobne njege na vašem radnom mjestu. Vaš tim za njegu može vam reći kojim uslugama možete sami upravljati Family Care.

Vi sami birate koliko želite sudjelovati u samostalno upravljanoj potpori. To nije pristup „sve ili ništa”. Možete odabrati upravljanje jedne ili više svojih usluga. Na primjer, možete odabrati samostalno upravljanje uslugama koje vam pomažu da ostanete u svom domu ili vam pomažu da pronađete i zadržite posao. Tada biste sa svojim timom za njegu mogli upravljati uslugama usmjerenim na druge ishode u vašem planu njege.

Ako odlučite koristiti opciju samostalno upravljane potpore, zajedno sa svojim timom utvrdit ćete budžet za usluge na osnovu vašeg plana njege. U okviru tog budžeta kupit ćete svoje usluge, bilo direktno ili uz pomoć druge osobe ili agencije koju odaberete.

Ako ste zainteresirani za samostalno upravljanu potporu, pitajte svoj tim za njegu za više informacija o njenim prednostima i ograničenjima.

Šta da radim u hitnim slučajevima?

Ako imate hitan slučaj, pozovite 911.

Ne morate kontaktirati svoj tim za njegu ili dobiti ranije odobrenje u hitnim slučajevima.

Hitan slučaj znači da vjerujete da je vaše zdravlje u ozbiljnoj opasnosti. Hitan slučaj može biti iznenadna bolest, sumnja na srčani ili moždani udar, slomljena kost ili teški napad astme.

Ako imate hitan medicinski slučaj:

- Potražite pomoć što je brže moguće. Nazovite 911 ili idite do najbliže hitne pomoći, bolnice ili centra za hitnu pomoć.
- Recite osoblju hitne pomoći i bolnice da ste član My Choice Wisconsin.
- Vi ili neko drugi trebali biste što prije kontaktirati vaš tim za njegu što je prije moguće (u roku od 48 sati) kako biste im rekli o vašoj hitnoj pomoći.

Iako Family Care ne pokriva medicinske usluge, važno je obavijestiti svoj tim za njegu ako idete u hitnu pomoć ili ste primljeni u bolnicu. Na taj način možemo obavijestiti vaše trenutne pružatelje usluga da ste u bolnici i možemo koordinirati naknadne usluge. Na primjer, prije nego što izađete iz bolnice, liječnik vas može uputiti u kućnu zdravstvenu agenciju radi naknadnih usluga. Vaš tim za njegu trebao bi odobriti kućne zdravstvene usluge prije otpusta.

Kako mogu dobiti njegu nakon uobičajenog radnog vremena?

Ako imate hitnu potrebu koja ne može pričekati sljedeći radni dan, nazovite 800-963-0035 ili TTY 711. Dežurno osoblje dostupno je 24 sata dnevno, sedam dana u sedmici. Dežurno osoblje može privremeno odobriti potrebne usluge da se nastave do sljedećeg radnog dana. Vaš tim za njegu pratit će vas kako bi utvrdio da li usluge treba nastaviti.

Šta ako trebam njegu dok sam izvan područja?

Ako ćete izaći iz područja pružanja usluge My Choice Wisconsin i želite nastaviti primiti svoje usluge dok vas nema, morate **što prije obavijestiti svoj tim za njegu**. My Choice Wisconsin konzultirat će se s agencijom za održavanje prihoda kako bi saznali hoće li vaše odsustvo utjecati na vaš status stanovnika county (okrug).

- Ako vas više **neće smatrati stanovnikom** county (okrug) kojem usluge pruža My Choice Wisconsin, obratite se aging and disability resource center (Resursnom centru za starenje i invalidnost) (ADRC) u county (okrug) u koji idete. ADRC vam može reći o programima dostupnim u tom county (okrug).
- Ako i **dalje budete smatrani stanovnikom**, My Choice Wisconsin će zajedno s vama planirati isplativ način da podrži vaše potrebe i održi vas zdravim i sigurnim dok vas nema.

Ako My Choice Wisconsin vjeruje da ne može izraditi isplativ plan koji udovoljava vašim potrebama i osigurava vaše zdravlje i sigurnost dok ste izvan područja pružanja usluge, možemo zatražiti od države da vas isključi iz programa. Ako zatražimo da vas država odjavi, dobit ćete priliku da osporite naš zahtjev kroz žalbeni postupak. (Pogledajte poglavlje 8 za više informacija.)

My Choice Wisconsin ne plaća njegu ako se trajno iselite iz našeg područja pružanja usluge. Ako planirate trajno preseljenje, kontaktirajte svoj tim za njegu što je prije moguće. Vaš tim će razgovarati s vama o posljedicama trajnog preseljenja. Ako ostanete u Wisconsinu, uputit ćemo vas na ADRC na vašoj novoj lokaciji gdje možete dobiti informacije o drugim programima i organizacijama koji su vam dostupni. Ako se odlučite za promjenu, vaš tim za njegu i osoblje ADRC-a mogu vam pomoći da svoje usluge prebacite na pružatelje usluga na vašoj novoj lokaciji.

Poglavlje 4. Family Care paket pogodnosti

Koje se usluge pružaju?

Usluge koje su vam dostupne uglavnom ovise o vašem nivou njege. Family Care ima dva „nivoa njege“:

- 1.) „**Nivo njege u staračkom domu**” - Ako ispunite ovaj nivo njege, to znači da su vaše potrebe dovoljno značajne da imate pravo na usluge u staračkom domu. (To ne znači da morate biti u staračkom domu da biste primali usluge.) Na ovom nivou njege dostupan je vrlo širok skup usluga.
- 2.) „**Nivo njege u van staračkog doma**” - ako ispunite ovaj nivo njege, znači da imate neke potrebe za uslugama dugotrajne njege, ali ne biste imali pravo na usluge u staračkom domu. Ograničeni skup usluga dostupan je na ovom nivou njege.

Vaš nivo njege može vremenom mijenjati kako se mijenjaju zdravstvena i životna situacija. Na primjer, ako ste primljeni u bolnicu ili starački dom, vaš tim za njegu sastat će se s vama kako bi utvrdio da li se nivo vaše njege promijenio. Ako ne znate svoj nivo njege, pitajte svoj tim za njegu.

Usluge koje Family Care pokriva navedene su u tabeli „Family Care paket pogodnosti” na sljedećoj stranici (stranica 33). Iako su usluge u paketu pogodnosti dostupne svim članovima, to ne znači da možete dobiti uslugu samo zato što je na spisku. Dobit ćete samo usluge potrebne za podršku ishoda dugoročne njege i osiguranje vašeg zdravlja i sigurnosti. Vi i vaš tim za njegu koristit ćete RAD postupak da biste za vas stvorili najisplativiji plan njege.

My Choice Wisconsin će možda trebati pružiti uslugu koja nije navedena. Alternativna podrška ili usluge moraju ispunjavati određene uslove. Vi i vaš tim za njegu odlučit ćete kada će vam trebati alternativne usluge kako biste postigli svoje ishode dugoročne njege.

Vaš tim za njegu mora odobriti sve usluge prije nego što ih počnete primati. Imajte na umu:

- Neki članovi će možda morati platiti udio troškova da bi imali pravo na Family Care.
- Postoje pravila za odobravanje usluga smještaja u domu i staračkih domova u Family Care. My Choice Wisconsin odobrit će usluge stanovanja samo u određenim situacijama.
- Samo neke usluge iz paketa pogodnosti ispunjavaju uvjete za samostalno upravljanje u Family Care. Pitajte svoj tim za njegu ako želite dodatne informacije.

Family Care tabela paketa pogodnosti

Sljedeće usluge su dostupne sve dok su:

- Potrebne za podršku vašim ishodima dugotrajne njege.
- Unaprijed odobrene od strane vašeg tima za njegu.
- Navedene u vašem planu njege.

	Nivo njege u staračkom domu	Nivo njege van staračkog doma
USLUGE MEDICAID DRŽAVNOG PLANA ZASNOVANOG U ZAJEDNICI		
Usluge dnevnog liječenja od zlouporabe alkohola i drugih droga (AODA) (u svim okruženjima, osim u bolnici ili ako postoji ljekar)	✓	✓
Usluge liječenja od zlouporabe alkohola i drugih droga (AODA) (osim u bolnici ili ako postoji ljekara)	✓	✓
Usluge njege/upravljanja slučajem	✓	✓
Program podrške u zajednici (osim ako postoji ljekar)	✓	✓
Trajna medicinska oprema i medicinski materijali (osim slušnih pomagala, proteza i potrepština za planiranje porodice)	✓	✓
Kućno zdravlje	✓	✓
Usluge dnevnog liječenja mentalnog zdravlja (u svim slučajevima)	✓	✓
Usluge mentalnog zdravlja (osim u bolnici ili ako postoji ljekar)	✓	✓
Njega (uključujući njegu respiratornih organa, njegu s prekidima i njegu u privatnim službama)	✓	✓
Radna terapija (u svim okruženjima, osim u stacionarnoj bolnici)	✓	✓
Lična njega	✓	✓
Fizikalna terapija (u svim okruženjima, osim u stacionarnoj bolnici)	✓	✓
Usluge govorne i jezične patologije (u svim okruženjima, osim u stacionarnoj bolnici)	✓	✓
Prijevoz do medicinskih pregleda (osim hitne pomoći)	✓	✓

	Nivo njege u staračkom domu	Nivo njege van staračkog doma
INSTITUCIONALNE USLUGE MEDICAID DRŽAVNOG PLANA		
Starački dom, uključujući ustanovu za njegu osoba s intelektualnim poteškoćama i ustanovu za mentalne bolesti. (Usluge u instituciji za mentalne bolesti pokrivene su samo za članove mlađe od 21 godine ili starije od 65 godina.)	✓	
USLUGE ODRICANJA KUĆE I ZASNOVANE NA ZAJEDNICI		
Adaptivna pomagala	✓	
Dnevna njega za odrasle	✓	
Pomoćna tehnologija/komunikacijska pomagala	✓	
Konsultativne kliničke i terapijske usluge za njegovatelje	✓	
Obrazovanje i obuka potrošača	✓	
Savjetodavne i terapijske usluge	✓	
Obuka vještina za svakodnevni život	✓	
Dnevne usluge	✓	
Vrhunske usluge financijskog upravljanja	✓	
Dostavljanje obroka kući	✓	
Izmjene kuće	✓	
Stambeno savjetovanje	✓	
Lični sistem za hitne slučajeve	✓	
Prevokacijske usluge	✓	
Usluge preseljenja	✓	
Stambeno zbrinjavanje: 1-2 krevetna porodična kuća za odrasle	✓	
Stambeno zbrinjavanje: 3-4 krevetna porodična kuća za odrasle	✓	
Stambeno zbrinjavanje: stambeni objekat u zajednici	✓	
Stambeno zbrinjavanje: kompleks apartmana stambenog zbrinjavanja	✓	
Privremena njega radi predaha	✓	
Samostalno upravljane usluge lične njege	✓	
Kvalifikovana njega	✓	

	Nivo njege u staračkom domu	Nivo njege van staračkog doma
Specijalizovana medicinska oprema i materijali	✓	
Broker za podršku	✓	
Podržavano zapošljavanje - usluge podrške zapošljavanju pojedinaca i manjih grupa	✓	
Potporna kućna njega	✓	
Usluge obuke za neplaćene negovatelje	✓	
Prijevoz (specijalizirani prijevoz) - prijevoz z zajednici i drugi prijevozi	✓	
Planiranje i podrška profesionalne budućnosti	✓	

Koje usluge se ne pružaju?

Sljedeće usluge nisu u Family Care paketu pogodnosti za dugotrajnu njegu, **ali su vam dostupne putem vaše Wisconsin Medicaid ForwardHealth kartice:**

- Usluge liječenja od zlorabe alkohola i drugih droga (AODA) (osim u bolnici ili ako postoji ljekar)
- Audiologija, uključujući procjenu slušne funkcije i rehabilitaciju oštećenja sluha
- Kiropraktičar
- Krizna intervencija
- Stomatologija
- Hitna pomoć (uključujući zračnu i hitnu pomoć na zemlji)
- Naočare
- Usluge planiranja porodice
- Slušni aparati i baterije za slušni aparat
- Hospicij (pomoćno zbrinjavanje smrtno bolesnih)
- Bolnica: stacionarna i ambulantna, uključujući hitnu pomoć (osim ambulantne fizikalne terapije, radne terapije i govorne i jezične patologije, službe za mentalno zdravlje bez ljekara i usluge liječenja od zlorabe alkohola i drugih droga bez ljekara)
- Usluge u instituciji za mentalne bolesti (usluge su pokrivene samo za članove mlađe od 21 godine ili starije od 65 godina.)
- Usluge nezavisne medicinske sestre
- Laboratorija i rendgen
- Lijekovi/lijekovi na recept
- Usluge mentalnog zdravlja (pruža ih ljekar ili u stacionaru)
- Optometrija
- Ljekarske i kliničke usluge (osim ambulantne fizikalne terapije, radne terapije i govorne i jezične patologije, službe za mentalno zdravlje bez ljekara i usluge liječenja od zlorabe alkohola i drugih droga bez ljekara)
- Podijatrija (njega stopala)
- Koordinacija prenatalne njege
- Protetika
- Psihijatrija
- Školske usluge
- Prevoz kolima hitne pomoći

Family Care ne pokriva gore navedene usluge, ali imate pravo na njih putem redovnog Medicaid programa. Vaš tim za njegu blisko će surađivati s vama kako bi vam pomogao da dobijete ove usluge kada vam zatrebaju. Ako imate Medicare, Veterans (VA) pogodnosti ili neko drugo osiguranje osim Medicaid, ova osiguranja mogu pokrivati gore navedene usluge. Za ove usluge možda postoji plaćanje.

Pored gore navedenog popisa, ne pružaju se ni sljedeći proizvodi i usluge:

- Usluge koje vaš tim za njegu nije odobrio ili nisu uključene u vaš plan njege
- Usluge koje nisu potrebne da bi se podržali vaši ishodi dugoročne njege
- Uobičajeni životni troškovi, poput plaćanja stanarine ili hipoteke, hrane, komunalija, zabave, odjeće, namještaja, potrepština za domaćinstvo i osiguranja
- Lični predmeti u vašoj sobi u smještaju za pomoć ili u staračkom domu, poput telefona ili televizora
- Soba i pansion u stambenom stanovanju
- Naknade za starateljstvo

Poglavlje 5. Razumijevanje ko plaća usluge i koordinacija vaših pogodnosti

Hoću li platiti bilo koju uslugu?

Ne morate plaćati usluge koje su navedene u vašem planu njege po potrebi kao potporu ishodima dugoročne njege. Ako dogovorite usluge koje nisu u vašem planu njege, bit ćete odgovorni za njihovo plaćanje.

Odgovorni ste za plaćanje usluga koje dobivate iz redovnog Medicaid programa. To uključuje plaćanje lijekova, posjete ljekaru i bolnice. Naknade su fiksni iznos (na primjer, 5 USD) koji plaćate za pokrivenu zdravstvenu uslugu. Takođe možete biti odgovorni za uplate ako imate Veterans (VA) pogodnosti ili neko drugo osiguranje osim Medicaid programa.

Postoje dvije druge vrste troškova koje ćete morati platiti svakog mjeseca:

- Udio troškova
- Soba i pansion

Dijeljenje troškova i soba i pansion dvije su različite stvari, ali možda ćete morati platiti oboje.

Udio troškova

Neki članovi će možda morati plaćati mjesečni iznos da bi i dalje imali pravo na Family Care. Ova mjesečna uplata poznata je kao **udio troškova**. Vaš udio troškova temelji se na nekoliko čimbenika, uključujući vaš prihod, troškove stanovanja i medicinske troškove. Iznos koji plaćate za određene troškove može smanjiti vaš udio troškova. Vaš tim za njegu može vam objasniti vrste troškova koji mogu smanjiti vaš udio troškova i račune koje biste trebali zadržati. Tražit će kopije računa i shvatiti može li trošak smanjiti iznos koji dugujete.

Ako imate udio troškova, primat ćete račun od My Choice Wisconsin svakog mjeseca. Iako uplatu šaljete My Choice Wisconsin, agencija za održavanje prihoda određuje iznos koji morate platiti svakog mjeseca.

Iznos vašeg udjela troškova pregledavat će se jednom godišnje ili u bilo kojem trenutku kada se vaš prihod promijeni. **Sve promjene prihoda i imovine morate prijaviti svom timu za njegu i agenciji za održavanje prihoda u roku od 10 dana od promjene.** Imovina uključuje, ali nije ograničena na, motorna vozila, gotovinu, čekovne i štedne račune i novčanu vrijednost životnog osiguranja.

Neplaćanje vašeg mjesečnog udjela troškova može rezultirati gubitkom prava i možda ćete biti isključeni iz Family Care. Ako mislite da je vaš udio troškova netačan, možete podnijeti zahtjev za državno pravično saslušanje kod Wisconsin Division of Hearings and Appeals (Odjel za saslušanja i žalbe). Pogledajte stranicu 57 za upute o tome kako zatražiti državno pravično saslušanje.

Ako imate pitanja o udjelu troškova, kontaktirajte svoj tim za njegu.

Smanjenje udjela troškova

Ako niste u mogućnosti platiti svoj mjesečni udio troškova zbog potrebnih životnih troškova, možete se kvalifikovati za smanjenje iznosa udjela troškova. Potrebni životni troškovi uključuju otplatu hipoteke, stanarinu, osiguranje stana ili stanara, porez na imovinu, režije, hranu, odjeću, higijenske potrepštine i troškove upravljanja i održavanja vozila.

Smanjenje udjela troškova može učiniti vaše mjesečne troškove života pristupačnijim i omogućiti vam da ostanete upisani u Family Care.

Da biste zatražili smanjenje udjela troškova, morate popuniti „Zahtjev za smanjenje udjela troškova”. Pogledajte dodatak br. 3 za kopiju prijave ili potražite obrazac za prijavu na mreži na www.dhs.wisconsin.gov/library/f-01827.htm.

Uz prijavu ćete morati dostaviti dokaz o mjesečnom prihodu, mjesečnim troškovima i iznosu udjela troškova koji plaćate My Choice Wisconsin svakog mjeseca. Aplikacija vam govori koja vrsta dokaza je potrebna i daje primjere vrsta dokumenata koje ćete morati dostaviti.

Ako vam je potrebna pomoć u popunjavanju zahtjeva, pomoć možete dobiti od ombudsman (ombudsmana) besplatno. Informacije o kontaktima za Family Care ombudsman (ombudsmana) programe nalaze se na stranici 60.

Soba i pension

Bit ćete odgovorni za plaćanje troškova sobe i pansiona (stanarine i hrane) ako živite u porodičnoj kući za odrasle, stambenom objektu u zajednici ili stambenom kompleksu apartmana za njegu.

My Choice Wisconsin će plaćati dio njege i nadzora vaših usluga. Reći ćemo vam koliko će koštati vaša soba i pension, a račune ćemo vam slati svakog mjeseca.

Ako imate pitanja o sobi i pansionu ili ne možete izvršiti plaćanje, kontaktirajte svoj tim za njegu. Vaš tim za njegu može vam pomoći da po povoljnijoj cijeni pronađete ustanovu koji udovoljava vašim potrebama.

Kako vršim uplatu?

Udio troškova i plaćanje sobe i pansiona mogu se izvršiti čekom ili uplatnicom. Pošaljite uplate na:

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

Moguće je i automatsko povlačenje sredstava sa vašeg bankovnog računa. Za detalje pitajte svoj tim za njegu.

Šta ako dobijem račun za usluge?

Ne morate plaćati usluge koje vaš tim za njegu odobrava kao dio vašeg plana njege. Ako račun pogrešno primite od pružatelja usluga, nemojte ga plaćati. Umjesto toga, kontaktirajte svoj tim kako bi mogao riješiti problem.

Da li Family Care plaća usluge stanovanja ili staračke domove?

Važan cilj Family Care je pomoći članovima da žive što samostalnije. Svi ljudi - uključujući osobe s invaliditetom i starije osobe - trebali bi moći živjeti kod kuće uz podršku koja im je potrebna i sudjelovati u zajednicama koje cijene njihov doprinos.

Studije i ankete pokazuju da većina ljudi želi živjeti u vlastitom domu ili stanu, među porodicom i prijateljima. Većina Family Care usluga može se pružiti kod kuće za većinu ljudi, a život kod kuće je obično najisplativija opcija.

Family Care paket pogodnosti uključuje usluge kućne njege i usluge staračkog doma. Međutim, preseljenje od kuće do ustanove za njegu ili staračkog doma trebalo bi biti posljednji izbor.

Vaš tim za njegu odobrit će boravak u domovima za njegu i njegu samo kada se primjenjuje jedno ili više od sljedećeg:

- Vaše zdravlje i sigurnost ne mogu biti osigurani u vašem domu.
- Ishodi vaše dugoročne njege ne mogu se isplativo podržati u vašem domu.
- Useljenje u ustanovu je najisplativija opcija za podršku vašim ishodima dugoročne njege.

Čak i ako je dom za njegu jedina opcija, možda nećete moći boraviti ili se preseliti u željenu ustanovu. Ta ustanova možda nema ugovor sa My Choice Wisconsin ili možda neće biti voljna prihvatiti cijenu koju plaćamo. Family Care ne može prisiliti pružatelje usluga da prihvate naše cijene.

Ako živite u svom domu i vi i vaš tim za njegu slažete se da više ne biste trebali živjeti tamo, zajednički ćete odlučiti o uslugama stanovanja. Vi i vaš tim odgovorni ste za pronalaženje najisplativijih stambenih opcija unutar mreže pružatelja usluga My Choice Wisconsin. Kada se preselite, nastaviti ćemo raditi s vama dok ste u stambenom objektu ili staračkom domu.

Vaš tim za njegu mora odobriti sve usluge stanovanja. Vrlo je važno da sami ne odaberete pružatelja usluga stanovanja. Na tim odlukama morate surađivati sa svojim timom kako biste bili sigurni da će My Choice Wisconsin platiti ove usluge.

Od vas će se tražiti da platite dio stanarine i hrane troškove objekta. Ovi se troškovi nazivaju i troškovi „sobe i pansiona”.

Kako se koordiniraju Medicare i moja druga osiguranja?

Kada se upišete na My Choice Wisconsin, pitat ćemo vas imate li neko drugo osiguranje osim Medicaid-a (Medicaid je poznat i kao Medical Assistance, MA ili Title 19). Drugo osiguranje uključuje Medicare, zdravstveno osiguranje za umirovljenike, osiguranje za dugotrajnu njegu i drugo privatno zdravstveno osiguranje.

Važno je da nam date podatke o drugim osiguranjima koja imate. **Ako odlučite da ne koristite svoje drugo osiguranje, možemo odbiti platiti bilo koju uslugu koju bi pokrili.**

Prije nego što Medicaid, uključujući Family Care, plati usluge, prvo se mora naplatiti vaše drugo osiguranje. My Choice Wisconsin od vas očekuje da:

- Nam javite ako imate drugo osiguranje, uključujući Medicare dijelove A i B.
- Nas obavijestite ako dođe do promjena u vašem osiguranju Medicare dijelova A i B ili drugog osiguranja.
- Nas obavijestite ako primite uplatu od osiguravajućeg društva, jer ćete možda morati izvršiti povrat My Choice Wisconsin. Način na koji obrađujete ove isplate može utjecati na vaše ispunjavanje uslova za Family Care.

Ako trenutno nemate Medicare jer smatrate da ga ne možete priuštiti, vaš tim za njegu vam možda može pronaći program koji će vam pomoći da platite premije za Medicare.

Ako imate Medicare, on će pokriti većinu vaših troškova zdravstvene zaštite, uključujući ljekare i bolnice. Dio troškova koji Medicare ne pokriva naziva se Medicare odbitkom, saosiguranjem ili doplatom. Medicaid ili My Choice Wisconsin će platiti Medicare odbitak, saosiguranje ili doplatu za vas.

Ako primite račun od Medicare-a ili pružatelja usluga za iznos Medicare odbitka, saosiguranja ili doplate, kontaktirajte svoj tim za njegu.

Šta je estate recovery (povrat kroz imovinu)? Kako se to odnosi na mene?

Ako ste već upisani u Medicaid ili ste član My Choice Wisconsin, za vas se primjenjuju pravila estate recovery (povrat kroz imovinu). Medicaid estate recovery (povrat kroz imovinu) odnosi se na većinu usluga dugotrajne njege, bilo da ih pruža My Choice Wisconsin ili drugi programi.

Država kroz estate recovery (povrat kroz imovinu) traži da joj se vrte troškovi svih Medicaid usluga dugoročne njege. Povrat se vrši kroz vašu imovinu ili imovinu supružnika nakon što ste oboje umrli. Povraćeni novac vraća se državi kako bi se koristio za njegu drugih kojima je ona potrebna.

Povrat se vrši podnošenjem zahtjeva nad imovinom. Država neće pokušati da vam izvrši povrat kroz vašu imovinu dok su vaš supružnik ili dijete s invaliditetom još uvijek živi. Povrat će se dogoditi nakon njihove smrti.

Za više informacija o estate recovery (povrat kroz imovinu), pitajte svoj tim za njegu. Informacije o programu Medicaid estate recovery (povrat kroz imovinu) dostupne su i putem dolje navedenih izvora:

Besplatan telefonski broj:	800-362-3002
TTY:	711 ili 800-947-3529
Web stranca:	www.dhs.wisconsin.gov/medicaid/erp.htm

Poglavlje 6. Vaša prava

Moramo poštovati vaša prava kao člana My Choice Wisconsin.

- 1.) **Moramo pružiti informacije na način koji odgovara vama.** Da biste od nas dobili informacije na način koji odgovara vama, kontaktirajte svoj tim za njegu.
- 2.) **Moramo se prema vama odnositi dostojanstveno, s poštovanjem i u svakom trenutku.** Imate pravo:
 - Na saosjećajnu, pažljivu njegu My Choice Wisconsin osoblja i pružatelja usluga.
 - Na dobijanje svoje njege u sigurnom, čistom okruženju.
 - Da ne morate raditi posao ili obavljati usluge za My Choice Wisconsin.
 - Da budete ohrabreni i pomognuti u razgovoru sa My Choice Wisconsin osobljem o promjenama u politici za koju mislite da bi je trebalo poduzeti ili uslugama za koje mislite da bi ih trebalo pružiti.
 - Da budete ohrabreni da ostvarujete svoja prava kao član My Choice Wisconsin.
 - Da budete bez diskriminacije. My Choice Wisconsin se mora pridržavati zakona koji vas štite od diskriminacije ili nepravednog postupanja. Ne vršimo diskriminaciju na osnovu rase, mentalnog ili fizičkog invaliditeta osobe, vjere, spola, rodnog identiteta, seksualne orijentacije, zdravlja, etničke pripadnosti, vjeroispovijesti, dobi, nacionalnog porijekla ili izvora plaćanja.
 - Da budete bez bilo kog oblika obuzdavanja ili povučenosti koji se koristi kao sredstvo prinude, discipline, pogodnosti ili odmazde. To znači da imate pravo biti slobodni od toga da budete sputani ili prisiljeni da budete sami kako biste se ponašali na određeni način ili vi vas kaznili ili zato što to neko smatra korisnim.
 - Da budete bez zlostavljanja, zanemarivanja i finansijskog iskorištavanja.
 - **Zlostavljanje** može biti fizičko, emocionalno, finansijsko ili seksualno. Zlostavljanje može biti i ako vam neko pruži tretman, poput lijekova, ili eksperimentalno istraživanje bez vašeg informiranog pristanka.
 - **Zanemarivanje** je kada njegovatelj ne pruži njegu, usluge ili nadzor, što stvara značajan rizik od opasnosti za pojedinca. Samozanemarivanje je kada pojedinac koji je odgovoran za vlastitu njegu ne uspije dobiti odgovarajuću njegu, uključujući hranu, sklonište, odjeću ili medicinsku ili zubarsku njegu.
 - **Financijsko iskorištavanje** može biti prijevara, primamljivanje ili prisila, krađa, neprimjereno ponašanje fiskalnog agenta, krađa identiteta, krivotvorenje ili neovlašteno korištenje kartica finansijskih transakcija, uključujući kreditne, debitne, kartice za ATM i slične kartice.

Šta možete učiniti ako se suočite sa zlostavljanjem, zanemarivanjem ili finansijskim iskorištavanjem? Vaš tim za njegu dostupan je za razgovor s vama o

problemima za koje smatrate da mogu biti zlostavljanje, zanemarivanje ili finansijsko iskorištavanje. Oni vam mogu pomoći u izvještavanju ili osiguranju usluga zbog sigurnosti. Uvijek trebate nazvati 911 u hitnom slučaju.

Ako smatrate da ste vi ili neko koga znate žrtva zlostavljanja, zanemarivanja ili finansijskog iskorištavanja, možete kontaktirati Adult Protective Services (Zaštitne službe za odrasle). Adult Protective Services (Zaštitne službe za odrasle) pomažu u zaštiti sigurnosti starijih osoba i odraslih u riziku koji su doživjeli zlostavljanje, zanemarivanje ili iskorištavanje. Oni pomažu i kada osoba nije u stanju da se stara o svojoj sigurnosti zbog zdravstvenog stanja ili invaliditeta.

Na stranicama 9-11 navedeni su telefonski brojevi koje treba nazvati kako bi prijavili incidente svjedočenja ili sumnje na zlostavljanje.

- 3.) **Moramo osigurati da pravovremeno pristupite svojim pokrivenim uslugama.** Kao član My Choice Wisconsin, imate pravo primati usluge navedene u vašem planu njege kada vam zatrebaju. Vaš tim za njegu će se pobrinuti za pokriveno usluge. Vaš tim će se također koordinirati s vašim zdravstvenim radnicima. Primjeri toga su ljekari, stomatolozi i pedijatri. Obratite se svom timu za pomoć u odabiru pružatelja njege.

Ako u My Choice Wisconsin dolazite iz drugog Medicaid programa ili organizacije, moramo osigurati da imate isti pristup uslugama kao i prije. Nakon što se prijavite, sastat ćemo se s vama kako bismo razvili vaš plan njege. Vaše usluge i pružatelji njege mogu se promijeniti prema vašem novom planu, ali možda ćete moći zadržati svoje pružatelje usluga ako se oni slože da rade s nama i udovoljavaju našim zahtjevima.

- 4.) **Moramo zaštititi privatnost vaših ličnih zdravstvenih podataka.** Ako imate pitanja ili nedoumice u vezi s privatnošću svojih ličnih zdravstvenih podataka, nazovite 800-963-0035. Pogledajte dodatak br. 7, stranicu 86 za My Choice Wisconsin Obavijest o praksama privatnosti.
- 5.) **Moramo vam omogućiti pristup vašim zdravstvenim kartonima.** Pitajte svoj tim za njegu ako želite kopiju svog kartona. Imate pravo tražiti My Choice Wisconsin da promijeni ili ispravi vaše evidencije.
- 6.) **Moramo vam dati informacije o My Choice Wisconsin, našoj mreži pružatelja usluga i dostupnim uslugama.** Ako želite ove informacije, obratite se svom timu za njegu.
- 7.) **Moramo podržati vaše pravo na donošenje odluka o vašim uslugama.**
- Imate pravo znati o svim svojim izbore. To znači da imate pravo biti obaviješteni o svim dostupnim opcijama, koliko koštaju i jesu li pokriveno Family Care. Možete predložiti i druge usluge za koje mislite da bi zadovoljile vaše potrebe.
 - Imate pravo da vam se kaže o svim rizicima koji su povezani sa vašom njegom.
 - Imate pravo reći “ne” bilo kojoj preporučenoj njezi ili uslugama.

- Imate pravo dobiti drugo medicinsko mišljenje. Pitajte svoj tim za njegu ako vam treba pomoć u dobivanju drugog mišljenja.
- Imate pravo davati upute o tome šta želite učiniti ako niste u mogućnosti sami donositi odluke. Ponekad ljudi postanu nesposobni da sami donose zdravstvene odluke zbog nesreća ili ozbiljne bolesti. Imate pravo reći šta želite da se dogodi ako ste u ovoj situaciji. To znači da možete razviti „**uputu unaprijed**”.

Postoje različite vrste uputa unaprijed i različiti nazivi za njih. Dokumenti nazvani “**living will (izjava o postupcima u slučaju nesposobnosti donošenja odluke)**” i “**power of attorney for health care (punomoć za zdravstvenu zaštitu)**” primjeri su uputa unaprijed.

Vi odlučujete želite li uputu unaprijed. Vaš tim za njegu može vam objasniti kako napraviti i koristiti uputu unaprijed, ali ne može vas prisiliti da je imate ili se prema vama ponašati drugačije na osnovu toga da li imate uputu unaprijed ili ne.

Možete podnijeti žalbu Wisconsin Division of Quality Assurance (Odjel za osiguranje kvaliteta) ako mislite da My Choice Wisconsin ne slijedi vaše upute unaprijed. Da biste podnijeli žalbu, pozovite 800-642-6552.

Obratite se svom timu za njegu ako želite znati više o uputama unaprijed. Obrasce za prethodne direktive možete pronaći i na web stranici State of Wisconsin na adresi www.dhs.wisconsin.gov/forms/advdirectives.

- 8.) **Imate pravo na Family Care usluge na mjestima koja vam omogućavaju da budete istinski dio zajednice u kojoj živite.** Ovo je vaše pravo prema federalnom pravilu postavki usluga za dom i zajednicu. Pravilo se odnosi na postavke u kojima živite i postavke izvan vašeg doma u kojem primete usluge tokom dana. My Choice Wisconsin mora osigurati da svoje Family Care usluge primete na mjestima koja vas povezuju sa vašom zajednicom i podržavaju vašu nezavisnost. To znači mjesta koja podržavaju vašu sposobnost da:

- Živate tamo gdje želite živjeti.
- Učestvujete u životu zajednice.
- Pronađete i učestvujete u radu na isti način kao i drugi ljudi u vašoj zajednici.
- Kontrolišete svoj raspored.
- Pristupate i kontrolirate svoj novac.
- Odlučujete koga ćete vidjeti i kada ih vidjeti.
- Održavate svoju privatnost.

Ako imate nedoumica u vezi s mjestima na kojima primete usluge, možete kontaktirati svoj tim za njegu.

- 9.) **Imate pravo uložiti žalbu ili prigovor ako ste nezadovoljni njegom ili uslugama.** (Pogledajte poglavlje 8 za informacije o načinu podnošenja žalbe ili prigovora.)

Poglavlje 7. Vaše odgovornosti

U nastavku su navedene stvari koje trebate učiniti kao član My Choice Wisconsin. Ako imate pitanja, obratite se svom timu za njegu. Ovdje smo da vam pomognemo.

- 1.) Upoznavanje sa uslugama iz Family Care paketa pogodnosti. To uključuje razumijevanje onoga što trebate učiniti da biste dobili svoje usluge.
- 2.) Sudjelujte u početnom i kontinuiranom razvoju vašeg plana njege.
- 3.) Sudjelujte u RAD postupku kako biste pronašli najekonomičnije načine za zadovoljenje vaših potreba i podržali svoje ishode dugoročne njege. Članovi, porodice i prijatelji dijele odgovornost za najisplativiju upotrebu javnih poreza.
- 4.) Razgovarajte sa svojim timom za njegu o načinima na koje vam mogu pomoći prijatelji, porodica ili druge zajednice i volonterske organizacije ili načinima na koje možete učiniti više za sebe.
- 5.) Slijedite plan njege s kojim ste se složili vi i vaš tim za njegu.
- 6.) Budite odgovorni za svoje postupke ako odbijete liječenje ili ne slijedite upute vašeg tima za njegu ili pružatelja usluga.
- 7.) Koristite pružatelje usluga ili agencije koji su dio My Choice Wisconsin, osim ako vi i vaš tim za njegu ne odlučite drugačije.
- 8.) Slijedite My Choice Wisconsin postupke za dobivanje njege nakon radnog vremena.
- 9.) Obavijestite nas ako se preselite na novu adresu ili promijenite broj telefona.
- 10.) Obavijestite nas o bilo kojem planiranom privremenom boravku ili iseljenju iz područja pružanja usluge.
- 11.) Pružite My Choice Wisconsin tačne informacije o svojim zdravstvenim potrebama, financijama i preferencijama i recite nam što je prije moguće o svim promjenama u vašem statusu. To uključuje potpisivanje obrasca za „objavljivanje informacija” kada su nam potrebne druge informacije koje nisu lako dostupne.
- 12.) Postupajte dostojanstveno i s poštovanjem prema svom timu, osoblju kućne njege i pružateljima usluga.
- 13.) Prihvatite usluge bez obzira na rasu, boju kože, religiju, dob, spol, seksualnu orijentaciju, zdravlje, etničku pripadnost, vjeroispovijest ili nacionalno podrijetlo.

- 14.) Platite sve mjesečne troškove na vrijeme, uključujući udio troškova ili naknade za sobu i pansion. Obavijestite svoj tim za njegu što je prije moguće ako imate problema sa plaćanjem.
- 15.) Koristite Medicare i pogodnosti privatnog osiguranja, kada je to prikladno. Ako imate neko drugo zdravstveno osiguranje, obavijestite My Choice Wisconsin i agenciju za održavanje prihoda.
- 16.) Vodite računa o trajnoj medicinskoj opremi, kao što su invalidska kolica i bolnički kreveti koje ste dobili od My Choice Wisconsin.
- 17.) Prijavite prevaru ili zloupotrebu koju su počinili pružatelji usluga ili My Choice Wisconsin zaposlenici. Ako sumnjate da neko čini ili je počinio prevaru ili zloupotrebu sredstava javne pomoći, uključujući Family Care, možete nazvati telefon za pomoć u slučaju prevara ili podnijeti izvještaj na mreži na:

Prijavite prevaru javne pomoći

877-865-3432 (besplatan telefonski broj) ili posjetite

www.dhs.wisconsin.gov/fraud

Ako mislite da ste identifikovali prijevaru, otpad, zlouporabu ili nepoštivanje, možete se obratiti My Choice Wisconsin na sljedeće povjerljive načine:

- **Pozovite** besplatnu anonimnu dežurnu liniju za usklađenost: 1-833-253-3465 ili lokalno na: 608- 245-3576
- **Email:** Compliance@mychoicewi.org

18.) Ne upuštajte se u bilo kakvu prevaru ili zloupotrebu. To može uključivati:

- Pogrešno predstavljanje vašeg nivoa invaliditeta.
- Pogrešno predstavljanje prihoda i količine imovine.
- Pogrešno predstavljanje prebivališta.
- Prodaju medicinske opreme koju isporučuje My Choice Wisconsin.

Svaka prevara može dovesti do odjave iz Family Care ili mogućeg krivičnog gonjenja.

- 19.) Nazovite svoj tim za njegu ako imate pitanja ili nedoumice.
- 20.) Recite nam kako radimo. S vremena na vrijeme možemo vas pitati da li ste voljni sudjelovati u intervjuima sa članovima, anketama o zadovoljstvu ili drugim aktivnostima provjere kvaliteta. Vaši odgovori i komentari pomoći će nam da prepoznamo svoje snage, kao i područja koja moramo poboljšati. Obavijestite nas ako želite znati rezultate bilo koje ankete. Bili bismo sretni da podijelimo te informacije s vama.

Poglavlje 8. Pritužbe i žalbe

Uvod

Posvećeni smo pružanju kvalitetnih usluga našim članovima. Možda će doći vrijeme kada ćete biti zabrinuti. Kao član imate pravo podnijeti pritužbu ili se žaliti na odluku koju je donio My Choice Wisconsin i dobiti brzu i poštenu provjeru.

Ako niste zadovoljni njegovom ili uslugama, prvo trebate razgovarati sa svojim timom za njegu. Razgovor sa svojim timom obično je najlakši i najbrži način za rješavanje vaših problema. Ako ne želite razgovarati sa svojim timom, možete nazvati jednog od naših stručnjaka za prava članova. Stručnjak za prava članova može vam reći o vašim pravima, pokušati neformalno riješiti vaše nedoumice i pomoći vam da podnesete pritužbu ili žalbu. Stručnjak za prava članova može surađivati s vama tijekom cijelog postupka za pritužbe i žalbe kako bi pokušao pronaći izvodljivo rješenje.

Za pomoć u postupku pritužbe i žalbe obratite se jednom od My Choice Wisconsin stručnjaka za prava članova na:

**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*

Ako ne možete riješiti svoju zabrinutost izravno radeći sa svojim timom za njegu ili stručnjakom za prava članova, možete podnijeti pritužbu ili žalbu kod My Choice Wisconsin.

Ovaj priručnik vam govori kako podnijeti pritužbu ili žalbu, što može izgledati zbunjujuće jer svaka opcija ima različite rokove. Napomena: Kada ovaj priručnik spominje „dane”, to znači bilo koji dan u godini, uključujući praznike. Kada ovaj priručnik spominje „radne dane”, to znači od ponedjeljka do petka, isključujući praznike. Ne morate znati ili razumjeti sve informacije u ovom poglavlju jer postoje ljudi na raspolaganju da vam pomognu.

Ako imate određenu vrstu zabrinutosti koju ne znate riješiti, možete zatražiti svoj tim za njegu ili jednog od My Choice Wisconsin stručnjaka za prava članova. Na raspolaganju su i programi ombudsman (ombudsmana) koji pomažu svim Family Care članovima u vezi s pritužbama i žalbama. (Kontakt informacije za programe ombudsman (ombudsmana) nalaze se na stranici 60.) Takođe vam može pomoći član porodice, prijatelj, pravnik ili advokat. Stručnjak za prava članova možda će vam moći dati informacije o drugim mjestima koja vam mogu pomoći.

Primjerak spisa vašeg predmeta

Imate pravo na besplatan primjerak informacija u spisu vašeg predmeta koji se odnosi na vašu žalbu. Pod informacijama se podrazumijevaju svi dokumenti, medicinski kartoni i ostali materijali koji se odnose na vašu pritužbu ili žalbu. To uključuje sve nove ili dodatne informacije koje My Choice Wisconsin prikupe tokom vaše pritužbe ili žalbe. Da biste zatražili kopiju spisa predmeta, obratite se My Choice Wisconsin na broj: 800-963-0035 lok. 3448 ili email: mrs@mychoicewi.org.

Nećete upasti u nevolju ako se žalite ili ne slažete s vašim timom, za njegu ili pružateljima usluga. Ako podnesete pritužbu ili žalbu, prema vama se neće postupati drugačije. Želimo da budete zadovoljni njegom.

Pritužbe

Šta je pritužba?

Žalba je kada niste zadovoljni My Choice Wisconsin uslugom, jednim od naših pružatelja usluge ili kvalitetom vaše njege ili usluga. Na primjer, možda ćete htjeti podnijeti pritužbu ako:

- Vaš radnik lične njege često kasni.
- Osjećate da vas tim za njegu ne sluša.
- Imate problema sa dogovaranjem sastanaka s pružateljem usluga.
- Niste zadovoljni proizvodima za inkontinenciju svog pružatelja usluga.

Ko može podnijeti pritužbu?

Pritužbu može podnijeti bilo ko od sljedećih:

- Vi
- Vaš pravni donosilac odluka. Na primjer, zakonski staratelj ili aktivirana punomoć za zdravstvenu zaštitu.
- Osoba ili organizacija koju ste odredili kao svog ovlaštenog predstavnika u Medicaid svrhe
- Bilo koja osoba s vašim pismenim odobrenjem. Na primjer, član porodice, prijatelj ili pružatelj usluge.

Koji je rok za podnošenje pritužbe?

Pritužbu možete podnijeti u bilo kojem trenutku.

Kako mogu podnijeti pritužbu?

Ako želite podnijeti pritužbu, morate započeti postupak kontaktiranjem

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

KORAK 1: Podnesite svoju pritužbu My Choice Wisconsin

My Choice Wisconsin želi da budete zadovoljni njegom i uslugama. Jedan od naših stručnjaka za prava članova može raditi s vama i vašim timom za njegu kako bi neformalno pokušao riješiti vaše nedoumice. Često se možemo pobrinuti za vaše probleme bez daljih koraka. Međutim, ako ne možemo riješiti vaše zabrinutosti, možete podnijeti pritužbu kod My Choice Wisconsin pozivom ili pisanjem.

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

Šta se dalje dešava?

Ako podnesete pritužbu kod My Choice Wisconsin, u roku od pet radnih dana poslat ćemo vam pismo kako bismo vas obavijestili da smo primili vašu pritužbu. Tada će My Choice Wisconsin osoblje koje nije u vašem timu za njegu pokušati neformalno pomoći u rješavanju vaših problema ili doći do rješenja koje zadovoljava i My Choice Wisconsin i vas. Ako ne uspijemo doći do rješenja ili ako ne želite surađivati sa osobljem My Choice Wisconsin kako bi se neformalno bavili vašom zabrinutošću, naš Odbor za pritužbe i žalbe razmotrit će vašu žalbu i donijeti odluku.

- Odbor se sastoji od My Choice Wisconsin predstavnika i najmanje jednog „potrošača”. Potrošač je osoba koja od nas takođe prima usluge ili zastupa nekoga ko prima usluge. Ponekad bi drugi ljudi koji su se specijalizirali za temu vaše pritužbe mogli biti dio odbora.
- Obavijestit ćemo vas kada se odbor planira sastati kako bi razmotrio vašu pritužbu.
- Sastanak je povjerljiv. Možete zatražiti da potrošač ne bude u odboru ako ste zabrinuti zbog privatnosti ili imate drugih zabrinutosti.

- Imate pravo da lično prisustvujete. Sa sobom možete povesti advokata, prijatelja, člana porodice ili svjedoke.
- Odbor će vam pružiti priliku da objasnite svoje zabrinutosti. Komitetu možete dostaviti informacije, dokaze i svjedočenja.
- Vaš tim za njegu ili drugo osoblje My Choice Wisconsin vjerojatno će biti na sastanku.
- Odbor će donijeti odluku u roku od 90 dana od dana kada smo prvi put primili vašu pritužbu. Odbor će vam poslati pismo s odlukom.

Šta ako se ne slažem s odlukom Odbora za pritužbe i žalbe?

Ako se ne slažete s odlukom Odbora za žalbe i žalbe, možete zatražiti pregled od strane Wisconsin Department of Health Services (Ministarstvo za zdravstvo) (DHS).

KORAK 2: Zatražite DHS pregled

Napomena: Prvo morate proći My Choice Wisconsin postupak pritužbe prije nego što možete zatražiti DHS pregled.

Možete zatražiti od DHS-a da preispita odluku Odbora za pritužbe i žalbe o vašoj pritužbi. DHS je državna agencija zadužena za Family Care program. DHS surađuje s vanjskom organizacijom koja se zove MetaStar kako bi pregledao pritužbe. MetaStar će pregledati činjenice vaše pritužbe i odluku Odbora za pritužbe i žalbe. MetaStar će vam poslati konačnu odluku o vašoj pritužbi.

Da biste zatražili DHS-ov pregled vaše pritužbe, nazovite ili pošaljite e-poruku:

DHS Family Care Grievances
 Besplatan telefonski broj: 888-203-8338
 E-pošta: dhsfamcare@dhs.wisconsin.gov

Koji je rok da zatražite DHS pregled?

My Choice Wisconsin -ov Odbor za pritužbe i žalbe dužan vam je poslati odluku o vašoj pritužbi u roku od 90 dana od dana kada primimo vašu žalbu. Na primjer, ako My Choice Wisconsin vašu žalbu primi 1. maja, svoju odluku moramo vam poslati do 30. jula.

- Ako vam Odbor za pritužbe i žalbe pošalje odluku u roku od 90 dana, imate 45 dana od datuma kada ste dobili odluku da zatražite DHS pregled.

Na primjer, My Choice Wisconsin vam mora poslati odluku do 30. jula. Odluku ste dobili 1. juna. Ne slažete se s odlukom. Imate rok do 16. jula da zatražite DHS pregled My Choice Wisconsin odluke.

- Ako vam Odbor za pritužbe i žalbe **ne** pošalje odluku u roku od 90 dana, imate 45 dana od datuma isteka roka da zatražite DHS pregled.

Na primjer, My Choice Wisconsin vam mora poslati odluku do 30. jula. Došao je 30. jul, My Choice Wisconsin vam nije poslao odluku. Počevši od 31. jula, imate rok do 14. septembra da zatražite DHS pregled vaše pritužbe.

Šta se dalje dešava?

DHS surađuje s vanjskom organizacijom koja se zove MetaStar kako bi pregledao pritužbe. Ako zatražite DHS pregled, MetaStar će vas kontaktirati.

- MetaStar će odgovoriti u pisanom obliku da bi vas obavijestio da je primio vaš zahtjev za DHS pregled vaše pritužbe.
- Ako MetaStar kaže DHS-u da My Choice Wisconsin nije ispoštovao određene zahtjeve, DHS nam može naložiti da poduzmemo korake za rješavanje problema.
- MetaStar će završiti pregled vaše žalbe u roku od 30 dana od datuma kada je primio vaš zahtjev.
- MetaStar će vama i My Choice Wisconsin poslati konačnu odluku o vašoj žalbi u roku od sedam dana od završetka pregleda.

Šta ako se ne slažem sa DHS pregledom?

Odluka MetaStar-a je konačna. Ne možete tražiti državno pravično saslušanje za pritužbu.

Žalbe

Šta je žalba?

Žalba je zahtjev za pregled odluke koju je donio My Choice Wisconsin. Na primjer, možete podnijeti žalbu ako vaš tim za njegu uskrati uslugu ili podršku koju ste zatražili. Drugi primjeri su odluke o smanjenju ili prestanku usluge ili odbijanju plaćanja usluge.

Ko može podnijeti žalbu?

Žalbu može podnijeti bilo ko od sljedećih:

- Vi
- Vaš pravni donosilac odluka. Na primjer, zakonski staratelj ili aktivirano punomoćje za zdravstvenu zaštitu.
- Osoba ili organizacija koju ste odredili kao svog ovlaštenog predstavnika za Medicaid.

- Bilo koja osoba s vašim pismenim odobrenjem. Na primjer, član porodice, prijatelj ili pružatelj usluge.

Na koje se vrste pitanja mogu žaliti?

Imate pravo podnijeti žalbu u sljedećim situacijama:

1.) Možete podnijeti žalbu ako My Choice Wisconsin:

- Planira zaustaviti, obustaviti ili smanjiti ovlaštene usluge koje trenutno dobivate.
- Odluči odbiti uslugu koju ste zatražili i koja je u Family Care paketu pogodnosti.*
- Odluči da ne plaća uslugu koja je u paketu pogodnosti.*

Ako poduzmemo jednu od gore navedenih radnji, moramo vam poslati „**Notice of Adverse Benefit Determination (Obavijest o utvrđivanju štetne koristi)**”. Obavijest uključuje datum kada planiramo zaustaviti, obustaviti ili smanjiti vaše usluge. Da biste vidjeli kako izgleda Notice of Adverse Benefit Determination (Obavijest o utvrđivanju štetne koristi), idite na dodatak br. 4

*Napomena: **Family Care** pruža usluge navedene u tabeli paketa pogodnosti (pogledajte stranice 32-34). Ako tražite uslugu koja nije na popisu, My Choice Wisconsin ne mora pružati ili plaćati uslugu. Razmotrit ćemo vaš zahtjev, ali ako ga odbijemo, ne možete se žaliti na našu odluku. Poslat ćemo vam pismo da vas obavijestimo da usluga koju

2.) Možete podnijeti žalbu My Choice Wisconsin ako:

- Se vaši uslovi funkcionalnosti promijene.
- Vam se ne sviđa vaš plan njege jer on:
 - Ne podržava vas da živite na mjestu gdje želite živjeti.
 - Ne pruža dovoljno njege, liječenja ili podrške da zadovolji vaše potrebe i utvrđene ishode.
 - Zahtijeva od vas da prihvatite njegu, liječenje ili dodatke koji ne želite ili za koje smatrate da su nepotrebno restriktivni.
- My Choice Wisconsin ne uspije:
 - Pravovremeno dogovoriti ili pružite usluge.
 - Ispoštovati potrebne rokove za rješavanje vaše žalbe.
 - Pokriti vaše usluge od pružatelja usluga izvan mreže ako ste član koji živi u ruralnom području koje ima samo jednu organizaciju za upravljanje.
- My Choice Wisconsin zatraži od DHS da vas ispiše.
- My Choice Wisconsin traži od vas da platite iznos za koji ne vjerujete da dugujete.

U tim situacijama, My Choice Wisconsin će vam poslati pismo s pravom na žalbu. Kad primite pismo sa žalbenim pravima, pažljivo ga pročitajte. Pismo vam može dati rok za podnošenje žalbe. Ako imate pitanja o pismu ili obavijesti, uvijek možete nazvati jednog od naših stručnjaka za prava članova za pomoć.

Kako mogu podnijeti žalbu?

Ako želite podnijeti žalbu, morate započeti postupak kontaktiranjem

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

Nastavljanje usluga tokom žalbe sa My Choice Wisconsin

Ako ostvarujete pogodnosti i tražite žalbu prije nego što se beneficije promijene, možete i dalje dobivati iste usluge dok My Choice Wisconsin Odbor za pritužbe i žalbe ne donese odluku o vašoj žalbi.

Ako želite zadržati svoje pogodnosti tokom žalbe kod My Choice Wisconsin, morate:

- Žalbu poslati poštom, faksom ili e-poštom **na datum ili prije** datuma kada My Choice Wisconsin planira zaustaviti, obustaviti ili smanjiti vaše usluge.
- Zamolite da se vaše usluge nastave tokom vaše žalbe My Choice Wisconsin.

Ako My Choice Wisconsin-ov Odbor za pritužbe i žalbe odluči da je My Choice Wisconsin-ova odluka bila ispravna, možda ćete trebati vratiti dodatne pogodnosti koje ste dobili između vremena kada ste tražili žalbu i vremena kada Odbor za pritužbe i žalbe donese odluku. Međutim, ako taj povraćaj novca predstavlja veliki finansijski problem, možda se od vas neće tražiti da vratite taj novac.

Ako želite da vam neko pomogne uložiti žalbu, možete razgovarati s jednim od My Choice Wisconsin stručnjaka za prava članova. Zastupnik vam takođe može pomoći. Zastupnik može biti član porodice, prijatelj, odvjetnik, ombudsman (ombudsmana) ili bilo koja druga osoba koja želi pomoći. Dostupni su programi ombudsman (ombudsmana) koji svim Family Care članovima pomažu sa žalbama. (Kontakt informacije za programe ombudsman (ombudsmana) nalaze se na stranici 60.)

Podnesite vašu žalbu *My Choice Wisconsin*

Da podnesete žalbu *My Choice Wisconsin* možete:

- **Pozvati *My Choice Wisconsin*.** Ako postupak žalbe započnete pozivom, zamolit ćemo vas da pošaljete pisani zahtjev. Ako želite, stručnjak za prava članova može vam pomoći da uložite žalbu u pisanom obliku.
- **Pošaljite poštom ili faksom obrazac zahtjeva ili priložite obrazac zahtjeva u e-poruci.** Pogledajte dodatak br. 5 za kopiju obrasca zahtjeva. Obrazac možete pronaći na mreži na www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm.
- **Napišite svoj zahtjev u pismu ili na papir i pošaljite ga poštom ili faksom** na dolje navedenu adresu.
- **Pošaljite svoj zahtjev e-poštom** na dolje navedenu adresu.

Da biste započeli postupak žalbe telefonom, pozivom ili faksom:

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

Ako postupak žalbe započnete pozivom, zamolit ćemo vas da svoj zahtjev predate u pisanom obliku.

Da započnete postupak žalbe u pisanom obliku, pošaljite obrazac zahtjeva, pismo ili pisanu poruku poštom ili e-poštom na:

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

Obrazac zahtjeva za žalbu možete dobiti na mreži na www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm. Pogledajte dodatak br. 5 za kopiju obrasca zahtjeva.

Koji je rok za podnošenje žalbe *My Choice Wisconsin*?

Vaša žalba *My Choice Wisconsin* mora biti poslata poštom, faksom ili e-poštom **najkasnije u roku od 60 dana od datuma na Notice of Adverse Benefit Determination (Obavještenju o negativnoj odluci o beneficijama)**. Na primjer, ako dobijete obavijest od 1. avgusta, vaša žalba mora biti poslata poštom, faksom ili e-poštom 30. septembra ili prije.

Ako My Choice Wisconsin zaustavlja, obustavlja ili smanjuje vaše usluge, možete tražiti da se vaše usluge nastave i tokom vaše žalbe ako svoj zahtjev pošaljete poštom, faksom ili e-poštom **na datum ili prije datuma** kada My Choice Wisconsin planira promijeniti vaše usluge.

Šta se dalje dešava?

Ako podnesete žalbu kod My Choice Wisconsin, u roku od pet radnih dana poslat ćemo vam pismo kako bismo vas obavijestili da smo primili vašu žalbu. Mi ćemo pokušati neformalno pomoći u rješavanju vaših problema ili doći do rješenja koje zadovoljava i My Choice Wisconsin i vas. Ako ne uspijemo doći do rješenja ili ako ne želite surađivati sa osobljem My Choice Wisconsin kako bi se neformalno bavili vašom zabrinutošću, naš Odbor za pritužbe i žalbe će se sastati da razmotri vašu žalbu.

- Obavijestit ćemo vas kada se odbor planira sastati kako bi razmotrio vašu žalbu.
- Odbor se sastoji od My Choice Wisconsin predstavnika i najmanje jednog „potrošača”. Potrošač je osoba koja od nas takođe prima usluge ili zastupa nekoga ko ih prima. Ponekad bi drugi ljudi koji su se specijalizirani za temu vaše žalbe mogli biti dio odbora.
- Sastanak je povjerljiv. Možete zatražiti da potrošač ne bude u odboru ako ste zabrinuti zbog privatnosti ili imate drugih zabrinutosti.
- Ako odlučite, imate pravo da lično prisustvujete. Sa sobom možete povesti advokata, prijatelja, člana porodice ili svjedoke.
- Vaš tim za njegu ili drugo osoblje My Choice Wisconsin vjerojatno će biti na sastanku.
- Odbor će vam pružiti priliku da objasnite zašto se ne slažete s odlukom vašeg tima za njegu. Vi ili vaš predstavnik možete iznijeti informacije, dokaze i svjedočenja. Možete dovesti svjedoke ili opisati svoje zabrinutosti kako biste pomogli odboru da shvati vaše stajalište.
- Nakon što odbor sasluša vašu žalbu, My Choice Wisconsin poslat će vam pismo s odlukom u roku od 30 dana od dana kada smo primili vašu žalbu. My Choice Wisconsin može iskoristiti do 44 dana da donese odluku ako:
 - Tražite više vremena za davanje informacija odboru.
 - Nam treba više vremena za prikupljanje informacija. Ako nam zatreba dodatno vrijeme, poslat ćemo vam pismo u kojem ćemo vas obavijestiti o razlogu kašnjenja.

Ubrzano razmatranje vaše žalbe

My Choice Wisconsin ima 30 dana da odluči o vašoj žalbi. Možete tražiti od nas da ubrzamo razmatranje vaše žalbe. To nazivamo „ubrzanom žalbom”. Ako od nas zatražite da ubrzamo vašu žalbu, odlučit ćemo da li vaše zdravlje ili sposobnost obavljanja vaših svakodnevnih aktivnosti zahtijeva ubrzanu žalbu. Obavijestit ćemo vas što je prije moguće ako ćemo ubrzati vašu žalbu.

U ubrzanoj žalbi, dobit ćete odluku o vašoj žalbi u roku od 72 sata od vašeg zahtjeva. Međutim, My Choice Wisconsin može produžiti ovo na ukupno 14 dana ako su potrebne dodatne

informacije i ako je kašnjenje u vašem najboljem interesu. Ako imate dodatne informacije koje želite da uzmemo u obzir, morat ćete ih brzo dostaviti.

Da biste zatražili ubrzanu žalbu, kontaktirajte:

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

Šta ako se ne slažem s odlukom Odbora za pritužbe i žalbe?

Ako se ne slažete s odlukom, možete zatražiti državnu pravičnu raspravu kod Division of Hearings and Appeals (Odjela za rasprave i žalbe). To morate učiniti u roku od 90 dana od datuma kada primite odluku Odbora za pritužbe i žalbe. Možete zatražiti i državnu pravičnu raspravu ako vam My Choice Wisconsin ne pošalje pisanu odluku u roku od 30 dana od primitka vaše žalbe.

Napomena: Ne možete tražiti državnu pravičnu raspravu dok ne primite pisanu odluku Odbora za pritužbe i žalbe ili vam komisija ne pošalje odluku na vrijeme.

Državno pravično saslušanje

Ako zatražite državnu pravičnu raspravu, imaćete raspravu sa nezavisnim sudijom administrativnog prava. Sudija za administrativno pravo nema nikakve veze sa My Choice Wisconsin.

Više informacija o državnim pravičnim raspravama možete pronaći na mreži na <https://doa.wi.gov/Pages/LicensesHearings/DHAAAdministrativeHearingProcess.aspx>.

Kako mogu zatražiti državnu pravičnu raspravu?

Da biste zatražili državnu pravičnu raspravu, možete:

- **Poslati obrazac zahtjeva Division of Hearings and Appeals (Odjel za saslušanja i žalbe).** Obrazac zahtjeva je na mreži www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm. Kopiju možete dobiti i od My Choice Wisconsin stručnjaka za prava članova ili od jedne od zagovaračkih organizacija navedenih u ovom priručniku (pogledajte stranicu 60). Primjer obrasca nalazi se u dodatku br. 6.
- **Pošaljite pismo.** Uključite svoje ime, kontakt informacije i potpis. Objasnite na šta se žalite.

Obavezno dodajte svoj potpis na obrazac zahtjeva ili pismo i priložite kopiju My Choice Wisconsin -ove žalbene odluke uz vaš zahtjev za državnu pravičnu raspravu. Ako vam My Choice Wisconsin ne dostavi odluku o žalbi, priložite kopiju My Choice Wisconsin -ovog pisma kojim potvrđujete da su primili vašu žalbu. Ne šalžite originalni primjerak ni jednog pisma. Stručnjak za prava članova ili zastupnik mogu vam pomoći da uložite žalbu u pisanom obliku.

Da biste zatražili državnu pravičnu raspravu:

Popunjeni obrazac zahtjeva ili pismo u kojem tražite raspravu pošaljite na adresu:

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

Koji je rok da se zatraži državna pravična rasprava?

- Vaš zahtjev za pravičnu raspravu mora biti poslat poštom ili faksom poslan najkasnije u roku od 90 dana od dana kada primite pismo odluke My Choice Wisconsin -ovog Odbora za pritužbe i žalbe.

Na primjer, ako My Choice Wisconsin -ovu odluku dobijete poštom 1. avgusta, vaš zahtjev za pravično saslušanje mora biti poslan poštom ili faksom 30. oktobra ili prije toga.

- Takođe možete zatražiti državnu pravičnu raspravu ako vam My Choice Wisconsin ne dostavi odluku u roku od 30 dana od dana kada je primio vašu žalbu. U tom slučaju imate 90 dana od datuma kada ističe vremenski okvir My Choice Wisconsin -ove odluke da biste zatražili pravičnu raspravu.

Na primjer, ako My Choice Wisconsin ima rok do 1. septembra da donese odluku, a ne donese odluku do tog datuma, počev od 2. septembra imate vremena do 1. decembra da zatražite pravičnu raspravu.

Nastavak pružanja usluga za vrijeme održavanja vaše državne pravične rasprave o smanjenju, obustavi ili ukidanju usluge

Ako su vaše usluge nastavljene tokom vaše žalbe kod My Choice Wisconsin, možete i dalje dobivati iste usluge dok sudija administrativnog prava ne donese odluku o vašem zahtjevu za pravičnu raspravu.

Ako želite zadržati svoje pogodnosti tokom državne pravične rasprave, morate:

- Zahtjev za državnu pravičnu raspravu poslati poštom, e-poštom ili faksom **na datum ili prije** datuma kada My Choice Wisconsin planira zaustaviti, obustaviti ili smanjiti vaše usluge.
- Zamolite da se vaše usluge nastave tokom vaše državne pravične rasprave.

Ako sudija administrativnog prava zaključi da je My Choice Wisconsin bio u pravu, **možda ćete trebati vratiti dodatne pogodnosti koje ste dobili između vremena kada ste podnijeli žalbu i vremena donošenja odluke sudije administrativnog prava.** Međutim, ako taj povraćaj novca predstavlja veliki finansijski problem, možda se od vas neće tražiti da vratite taj novac.

Šta se dalje dešava?

- Nakon što pošaljete zahtjev za državnu pravičnu raspravu, Division of Hearings and Appeals (Odjel za saslušanja i žalbe) će vam poslati pismo s datumom, vremenom i mjestom vaše rasprave.
- Rasprava će se obaviti telefonom ili se može održati u uredu u vašem okrugu.
- Raspravu će voditi sudija administrativnog prava.
- Vi imate pravo sudjelovanja u raspravi. Sa sobom možete povesti advokata, prijatelja, člana porodice ili svjedoke.
- Vaš tim za njegu ili drugo osoblje My Choice Wisconsin prisustvovaće raspravi kako bi objasnili svoju odluku.
- Imat ćete priliku objasniti zašto se ne slažete s odlukom vašeg tima za njegu. Vi ili vaš predstavnik možete iznijeti informacije, dovesti svjedoke ili opisati svoje zabrinutosti kako biste pomogli upravnom sudiji da razumije vaše stajalište.
- Sudija administrativnog prava mora donijeti odluku u roku od 90 dana od dana podnošenja zahtjeva za raspravu.

Takođe možete uložiti žalbu na odluku o vašem ispunjavanju finansijskih uslova za Family Care.

- Barem jednom godišnje radnik iz agencije za održavanje prihoda pregledaće vaše podatke kako bi se uvjerio da i dalje ispunjavate finansijske uslove za Family Care. Ako imate udio troškova, agencija za održavanje prihoda takođe će se pobrinuti da platite pravi iznos.
- Ako agencija za održavanje prihoda odluči da više ne ispunjavate finansijske uslove za Family Care ili kaže da će se promjena udjela troškova promijeniti, agencija će vam poslati pismo s informacijama o vašem ispunjavanju uslova za Family Care. Na prvoj stranici u ovim slovima nalaze se riječi „O vašim pogodnostima”. Zadnja stranica sadrži informacije o vašem pravu da zatražite pravičnu raspravu.

Podnošenje žalbe Division of Hearing and Appeals (Odjel za rasprave i žalbe) jedini je način da se ospore odluke povezane sa **ispunjavanjem financijskih uslova** za Family Care. To uključuje odluke o vašem udjelu troškova.

Šta mogu učiniti ako se ne slažem s odlukom sudije administrativnog prava?

Ako se ne slažete s odlukom sudije administrativnog prava, imate dvije mogućnosti.

- 1.) Zatražite ponovnu raspravu. Ako želite da Division of Hearing and Appeals (Odjel za rasprave i žalbe) preispita svoju odluku, morate zatražiti u roku od 20 dana od datuma odluke sudije administrativnog prava. Sudija administrativnog prava odobrit će ponavljanje rasprave samo ako se primjenjuje jedno ili oboje od sljedećeg:
 - Možete pokazati da se dogodila ozbiljna greška u činjenicama ili zakonu
 - Imate nove informacije koje niste mogli dobiti i iznijeti na prvoj raspravi
- 2.) Iznijeti svoj slučaj na okružni sud. Ako želite iznijeti svoj slučaj na sud, svoju molbu morate podnijeti u roku od 30 dana od datuma odluke sudije administrativnog prava.

Ko mi može pomoći u vezi sa mojom pritužbom ili žalbom?

Možete kontaktirati jednog od My Choice Wisconsin -ovih stručnjaka za prava članova kad god vam zatreba pomoć u vezi sa pritužbom ili žalbom ili ako imate pitanja u vezi sa svojim pravima. Zastupnici su takođe dostupni da odgovore na pitanja o pritužbi i žalbenom postupku. Zastupnik vam takođe može reći više o vašim pravima i pomoći da osigura da My Choice Wisconsin podržava vaše potrebe i ishode. Možete tražiti od bilo koga da vas zastupa, uključujući člana porodice, prijatelja, advokata ili bilo koju drugu osobu koja je voljna pomoći.

Ispod su neka mjesta koja možete kontaktirati za pomoć. Stručnjak za prava članova možda će vam moći dati informacije o drugim mjestima koja vam mogu pomoći.

Ombudsman (ombudsmana) programi

Dostupni su regionalni programi ombudsman (ombudsmana) koji besplatno pomažu svim Family Care članovima oko pritužbi i žalbi. Oni mogu pravovremeno odgovoriti na vaše zabrinutosti. Oba programa ombudsman (ombudsmana) obično će koristiti neformalne pregovore za rješavanje vaših problema bez rasprava. Sljedeće agencije zastupaju Family Care članove:

Za članove od 60 i više godina starosti:

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care
1402 Pankratz Street, Suite 111
Madison, WI 53704-4001

Besplatni broj telefona: 800-815-0015
TTY: 711
Faks: 608-246-7001
E-pošta: boaltc@wisconsin.gov
<http://longtermcare.wi.gov>

Za članove od 18 do 59 godina starosti:

Disability Rights Wisconsin
1502 West Broadway, Suite 201
Madison, WI 53713
Besplatni broj telefona: 800-928-8778
TTY: 711
Faks: 833-635-1968
E-pošta: info@drwi.org
www.disabilityrightswi.org

Poglavlje 9. Prestanak članstva u My Choice Wisconsin

U bilo kojem trenutku možete prekinuti članstvo u My Choice Wisconsin i možete odabrati datum kada se želite odjaviti. Ne možemo vas savjetovati ili ohrabriti da se isključite iz Family Care zbog vaše situacije ili stanja. Međutim, postoje ograničene situacije kada vaše članstvo prestaje čak i ako to nije bio vaš izbor. Na primjer, vaše članstvo prestaje ako izgubite pravo na Medicaid.

I dalje ćete dobijati njegu kroz My Choice Wisconsin dok članstvo ne prestane. Vaše članstvo može prestati jer više ne ispunjavate uslove ili zato što ste odlučili dobijati usluge dugotrajne njege izvan Family Care programa. To bi uključivalo odluke o upisu u drugi program dugotrajne njege ili drugu organizaciju kojom se upravlja, ako je dostupna.

1.) Želite okončati svoje članstvo u Family Care.

Da biste prekinuli članstvo, obratite se ADRC-u u vašem području (pogledajte stranice 12-15 za kontakt informacije). ADRC će obraditi vaše isključenje i pitati želite li se upisati u drugu organizaciju kojom se upravlja njegom ili program Medicaid, kao što je program IRIS (Include, Respect, I Self-Direct (Uključujem, Poštujem, Samostalno Upravljam)). ADRC će vam pomoći da prebacite i prebacite svoje usluge na pružatelje usluga u vašem novom programu ili organizaciji.

2.) Ako prestanete ispunjavati uslove, bit ćete isključeni iz Family Care.

My Choice Wisconsin mora prijaviti dolje navedene podatke agenciji za održavanje prihoda. Osoblje za održavanje prihoda će pregledati te informacije kako bi utvrdilo da li još uvijek ispunjavate uslove za Family Care. Ako utvrde da više ne ispunjavate uslove, prekinut će vaše članstvo u Family Care. **Razlozi zbog kojih možete izgubiti pravo uključuju:**

- Vaše financijske okolnosti se mijenjaju, što može prouzrokovati gubitak vašeg ispunjavanja financijskih uslova za Family Care
- Više ne ispunjavate funkcionalne uslove određene od strane Wisconsin Adult Long Term Care Functional Screen (Test funkcionalnosti za dugotrajnu njegu odraslih u Wisconsinu).
- Ne plaćate svoj udio troška
- Namjerno nam dajete netačne informacije koje utječu na vaše ispunjavanje uslova za program
- Vi ste u zatvoru
- Imate 21-64 godine i primljeni ste u ustanovu za mentalne bolesti
- Trajno se selite iz područja pružanja usluge My Choice Wisconsin. Ako se selite ili imate na duže putovanje, morate obavijestiti svoj tim za njegu.

3.) My Choice Wisconsin može vas odjaviti iz Family Care uz odobrenje DHS-a.

My Choice Wisconsin može tražiti od DHS-a da vas odjavi jer:

- Ste prestali prihvaćati usluge duže od 30 dana, a mi ne znamo zašto.
- Odbijate sudjelovati u planiranju njege i ne možemo osigurati vaše zdravlje i sigurnost.
- Stalno se ponašate na način koji ometa ili je nesiguran za osoblje, pružatelje usluga ili druge članove.

DHS će razmotriti naš zahtjev za odjavom i odlučit će treba li prestati vaše članstvo.

Članstvo se *ne može* prekinuti jer vam zdravstveno stanje opada ili vam treba više usluga.

Imate pravo uložiti žalbu ako budete isključeni iz Family Care ili vaše članstvo u My Choice Wisconsin prestaje. Dobit ćete pismo od agencije za održavanje prihoda koje vam govori zašto će vam prestati pogodnosti. Ovo pismo na prvoj će stranici imati riječi „O vašim pogodnostima”. Pismo će objasniti kako možete podnijeti žalbu. (Pogledajte poglavlje 8 za više informacija.)

DODACI

1. Definicije važnih riječi

Zlostavljanje - Fizičko, mentalno ili seksualno zlostavljanje pojedinca. Zlostavljanje također uključuje zanemarivanje, financijsko iskorištavanje, liječenje bez pristanka i nerazumno zatvaranje ili zadržavanje.

Sudija administrativnog prava - Službenik koji vodi državnu pravičnu raspravu kako bi razriješio spor između člana i njegove ili njezine organizacije za njegu.

Uputa unaprijed - Pisana izjava o željama osobe u vezi s liječenjem. Uputa unaprijed se koristi kako bi se osiguralo da medicinsko osoblje izvrši te želje ukoliko osoba ne može komunicirati.

Zastupnik - Neko ko vam može pomoći da se vaša organizacija kojom se upravlja njegom bavi vašim potrebama i ishodima. Zastupnik vam može pomoći u radu sa vašom organizacijom kojom se njeguje neformalno rješavati sporove, a možda će vas moći zastupati i ako odlučite uložiti žalbu ili pritužbu.

Aging and Disability Resource Center (Resursni centar za starenje i invalidnost) (ADRC) – Uslužni centri koji pružaju informacije i pomoć o svim aspektima života vezanim za starenje ili život s invaliditetom. ADRC je odgovoran za rukovođenje upisom i odjavom u Family Care program.

Žalba - zahtjev da vaša organizacija koja upravlja njegom preispita odluku kojom je usluga odbijena, smanjena ili obustavljena. Na primjer, ako vaš tim za njegu odbije platiti uslugu ili obustavi uslugu, imate pravo uložiti žalbu.

Imovina - Imovina uključuje, ali nije ograničena na, motorna vozila, gotovinu, čekovne i štedne račune, depozitne potvrde, račune na tržištu novca i novčanu vrijednost životnog osiguranja.

Ovlašteni predstavnik za Medicaid - Osoba ili organizacija koju ste imenovali da vam pomogne da dobijete i zadržite Medicaid koristeći obrazac F-10126A (www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm) ili F-10126B (www.dhs.wisconsin.gov/forms/f10126b.pdf).

Paket pogodnosti - Usluge dostupne Family Care članovima. One uključuju, ali nisu ograničene na, ličnu njegu, kućno zdravlje, prijevoz, medicinske potrepštine i njegu.

Plan njege - Stalni plan koji dokumentira vaše lično iskustvo i ishode dugoročne njege, potrebe, sklonosti i snage. Plan identifikuje usluge koje ćete dobiti od porodice i prijatelja i identifikuje ovlaštene usluge koje će pružati vaša upravljana organizacija za njegu.

Tim za njegu - Svakom Family Care članu dodijeljen je tim za njegu koji uključuje člana i najmanje socijalnog radnika i registriranu medicinsku sestru. Vi i vaš tim za njegu procjenjujete svoje potrebe, identifikujete svoje ishode i stvarate svoj plan njege. Vaš socijalni radnik i medicinska sestra odobravaju, koordiniraju i nadgledaju vaše usluge.

Izbor - Family Care program podržava izbor člana prilikom primanja usluga. Izbor znači da imate pravo glasa kako i kada se pruža njega.

Naknada - Fiksni iznos (na primjer, 5 USD) koji plaćate za pokrivenu zdravstvenu uslugu.

Udio troškova - Mjesečni iznos koji ćete možda morati platiti da biste i dalje ispunjavali uslove za Family Care.

Isplativost - opcija koja efikasno podržava vaše identifikovane ishode dugoročne njege uz razumne troškove i napor.

Department of Health Services (Ministarstvo zdravstva) (DHS) – State of Wisconsin agencija koja vodi Wisconsin Medicaid programe, uključujući Family Care.

DHS pregled – Odluka o pritužbi člana od strane Department of Health Services (Ministarstvo zdravstva) (DHS). DHS radi s MetaStar-om na pregledu i donošenju konačnih odluka o pritužbama.

Ispis/Ispisivanje - Postupak prestanka članstva osobe u Family Care.

Division of Hearings and Appeals (Odjel za saslušanja i žalbe)– State of Wisconsin agencija odgovorna za državne pravične rasprave.

Upis/Upisivanje – Upis u Family Care je dobrovoljan. Da bi se upisali, pojedinci se obraćaju lokalnom aging and disability resource center (resursnom centru za starenje i invalidnost) (ADRC).

Estate Recovery (povrat kroz imovinu) - Postupak u kojem State of Wisconsin traži otplatu troškova usluga Medicaid kada pojedinac dobije dugotrajnu njegu koju financira Medicaid. Država dobija novac od imovine pojedinca nakon što osoba i njen supružnik umru.

Ubrzana žalba - Postupak koji možete koristiti za ubrzavanje žalbe. Možete zatražiti od organizacije kojom upravljate da ubrza vašu žalbu ako mislite da bi čekanje na uobičajeno vrijeme moglo ozbiljno naštetiti vašem zdravlju ili sposobnosti za obavljanje svakodnevnih aktivnosti.

Family Care - Medicaid dugoročni program njege koji pomaže starijima i odraslima s tjelesnim, razvojnim ili intelektualnim teškoćama. Ljudi koji učestvuju u programu dobijaju usluge koje im pomažu da žive u vlastitom domu kad god je to moguće.

Ispunjavanje finansijskih uslova – Ispunjavanje finansijskih uslova znači ispunjavanje uslova za Medicaid. Agencija za održavanje prihoda provjerava vaše prihode i imovinu kako bi utvrdila da li ispunjavate uslove za Medicaid. Morate ispunjavati uslove za Medicaid da biste bili u Family Care.

Ispunjavanje funkcionalnih uslova – Wisconsin Long Term Care Functional Screen (Test funkcionalnosti za dugotrajnu njegu odraslih u Wisconsinu) određuje da li ispunjavate funkcionalne uslove Family Care. Functional screen prikuplja informacije o zdravstvenom stanju pojedinca i potrebi za pomoći u aktivnostima poput kupanja, odijevanja i korištenja kupaonice.

Pritužba - Izraz nezadovoljstva zbog njege, usluga ili drugih općih pitanja. Predmeti za pritužbe uključuju kvalitet njege, odnose između vas i vašeg tima za njegu i prava članova.

Staratelj - Sud može odrediti staratelja za pojedinca ako osoba nije u stanju donositi odluke o svom životu.

Agencija za održavanje prihoda - Osoblje agencije za održavanje prihoda utvrđuje ispunjavanje financijskih uslova za Medicaid, Family Care i druge javne pogodnosti.

Pravni donosilac odluka - Osoba koja ima zakonsko ovlaštenje donositi odluke za člana. Pravni donosilac odluka može biti staratelj nad osobom ili imovinom (ili oboje), konzervator ili osoba imenovana za zastupnika na osnovu punomoći za zdravstvenu zaštitu ili finansijske dokumente.

Nivo njege - Odnosi se na količinu pomoći koja vam je potrebna za obavljanje svakodnevnih aktivnosti. Morate zadovoljiti ili nivo njege „staračkog doma” ili „van staračkog doma” da biste imali pravo na Family Care.

Long-Term Care (Dugoročna njega) - Podrška i usluge koje će ljudima možda trebati zbog invaliditeta, starenja ili kronične bolesti koja ograničava njihovu sposobnost da rade stvari koje trebaju raditi tokom cijelog dana. To uključuje stvari poput kupanja, odijevanja, spremanja obroka i odlaska na posao. Dugoročna njega može se pružiti kod kuće, u zajednici ili u staračkim domovima i institucijama za život uz pomoć.

Ishod dugoročne njege - Situacija, stanje ili okolnost koju vi ili vaš tim za njegu identifikujete koja maksimizira vašu nezavisnost.

Organizacija upravljane njege – Agencija koja upravlja Family Care programom.

Medicaid – Program medicinske i dugotrajne njege koji vodi Wisconsin Department of Health Services (Ministarstvo zdravstva) (DHS). Medicaid je takođe poznat kao “Medical Assistance,” “MA,” i “Title 19.” Morate ispuniti uslove za Medicaid da biste postali Family Care član.

Medicare – Savezni program zdravstvenog osiguranja za osobe starije od 65 godina ili starije, neke osobe mlađe od 65 godina sa određenim invaliditetom i osobe sa završnom fazom bolesti bubrega (trajna insuficijencija bubrega koja zahtijeva dijalizu ili transplantaciju bubrega). Medicare pokriva hospitalizacije, ljekarske usluge, lijekove na recept i druge usluge.

Član – Osoba koja ispunjava funkcionalne i financijske uslove i upisuje se u Family Care.

Stručnjak za prava članova - Zaposlenik upravljane organizacije za njegu koji vam može pomoći da razumijete svoja prava i odgovornosti. Stručnjak za prava članova pomaže u zabrinutostima oko njege i usluga i može vam pomoći da podnesete pritužbu ili žalbu.

MetaStar – Agencija sa kojom Wisconsin Department of Health Services (Ministarstvo zdravstva) (DHS) radi na pregledu i donošenju konačnih odluka o pritužbama članova.

Prirodna podrška - Ljudi u vašem životu koji su vam već odlučili pomoći.

Nivo njege u van staračkog doma - Članovi koji su na ovom nivou njege imaju određenu potrebu za uslugama dugotrajne njege, ali nemaju pravo na usluge u staračkom domu. Ograničeni skup Family Care usluga dostupan je na ovom nivou njege.

Notice of Adverse Benefit Determination (Obavijest o utvrđivanju štetne koristi) – Pismeno obavještenje organizacije upravljanja njegom koje objašnjava promjenu usluge i razlog promjene. Organizacija upravljanja njegom mora vam poslati Notice of Adverse Benefit Determination (Obavijest o utvrđivanju štetne koristi) ako odbije vaš zahtjev za pokrivenu uslugu, odbije plaćanje pokrivene usluge ili planira zaustaviti, obustaviti ili smanjiti uslugu.

Obavijest o žalbenim pravima - Pismo koje objašnjava vaše mogućnosti za podnošenje žalbe. Organizacije upravljanja njegom moraju poslati pravo na žalbu ako nisu pružile usluge na vrijeme ili nisu ispoštovala rokove za postupanje po žalbi.

Nivo njege u staračkom domu - Članovi koji su na ovom nivou njege imaju dovoljno velike potrebe da imaju pravo na usluge u staračkom domu. Veoma širok skup Family Care usluga dostupan je na ovom nivou njege.

Ombudsman (ombudsmana) – Osoba koja istražuje prijavljene zabrinutosti i može vam pomoći u rješavanju problema s vašom njegom i uslugama.

Ishodi ličnog iskustva - Ciljevi koje imate za svoj život.

Punomoć za zdravstvenu zaštitu - Pravni dokument koji ljudi mogu koristiti da bi nekoga ovlastili da donosi zdravstvene odluke u njihovo ime u slučaju da postanu nesposobni da samostalno donose te odluke.

Prethodno odobrenje - Tim za njegu mora odobriti vaše usluge prije nego što ih primite (osim u hitnim slučajevima). Ako dobijete uslugu ili se obratite pružatelju usluga izvan mreže, organizacija upravljanja njege možda neće platiti uslugu.

Mreža pružatelja usluga – Agencije i pojedinci sa kojima organizacija upravljanja njegom ugovara pružanje usluga. Pružatelji usluga su osoblje za posluživanje, osobnu njegu, pomoćnu njegu u kući, kućne zdravstvene agencije, ustanove za život sa pomoći i staračke domove. Tim za njegu mora odobriti vaše usluge prije nego što možete izabrati pružatelja usluga iz direktorija.

Stambene usluge - Postavke stambenog zbrinjavanja uključuju porodične kuće za odrasle, stambene objekte u zajednici, stambene komplekse za stambeno zbrinjavanje i staračke domove.

Resource Allocation Decision (Odluka o dodjeli resursa) (RAD) postupak – Alat koji vi i vaš tim za njegu koristite u pronalaženju najefikasnijih načina za zadovoljavanje vaših potreba i podržavanje vaših ishoda dugoročne njege.

Soba i pansion – Dio životnih troškova u stambenoj njezi povezan s stanarinom i troškovima hrane. Članovi su odgovorni za plaćanje troškova sobe i pansiona.

Samostalno upravljanje potpore – Način na koji možete organizirati, kupiti i usmjeriti neke od svojih usluga dugotrajne njege. Pomoću samostalno upravljane potpore možete odabrati da imate kontrolu i odgovornost za svoj vlastiti budžet za usluge i možete imati kontrolu nad pružateljima usluga, uključujući odgovornost za zapošljavanje, obuku, nadzor i otpuštanje vaših radnika izravne njege.

Područje usluge – Područje u kojem morate boraviti da biste se mogli upisati i ostati upisani u njega My Choice Wisconsin.

Državna pravična rasprava - Rasprava koju je održao sudija administrativnog prava koji radi za State of Wisconsin Division of Hearing and Appeals (Odjel za saslušanja i žalbe).

2. Definicije usluga u Family Care paketu pogodnosti

Definicije usluga odricanja kuće i zasnovane na zajednici Potpune definicije dostupne na zahtjev Ove usluge nisu dostupne članovima na nivou njege van staračkog doma.
<p>Adaptivna pomagala su komande ili uređaji koji omogućavaju ljudima da povećaju svoje sposobnosti za obavljanje svakodnevnih aktivnosti ili kontrolu okoline u kojoj žive (uključujući dizače za pacijente, kontrolne prekidače itd.). Adaptivna pomagala su takođe usluge koje pomažu ljudima da pristupe, učestvuju i funkcioniraju u svojoj zajednici. To uključuje preinake vozila (poput dizala kombija, ručne komande), a može uključivati početnu kupovinu potpuno obučenog uslužnog psa od renomiranog pružatelja usluga, bilo koju obuku kod renomiranog pružatelja usluga nakon kupovine koja je potrebna članu i potpuno obučeni uslužni pas za zajednički rad i stalne troškove održavanja potpuno dresiranog uslužnog psa dobivenog od uglednog pružatelja usluga. (Kada član dobije uslužnog psa kao pokrivenu pogodnost, član prepoznaje da je vlasnik uslužnog psa i slaže se da će biti odgovoran za akcije službenog psa).</p>
<p>Usluge dnevne njege za odrasle su pružanje usluga u dijelu dana u nerezidencijalnoj grupi odraslim osobama kojima je potrebno obogaćeno socijalno ili zdravstveno podržavajuće iskustvo ili kojima je potrebna pomoć u svakodnevnom životu, nadzoru i/ili zaštiti. Usluge mogu uključivati ličnu njegu i nadzor, lagane obroke, medicinsku njegu i prijevoz do mjesta dnevne njege i od njega.</p>
<p>Pomoćna tehnologija/pomoćna sredstva za komunikaciju označavaju predmet, komad opreme ili sistem proizvoda koji povećavaju, održavaju ili poboljšavaju funkcionalnu sposobnost članova kod kuće, na poslu i u zajednici. Usluge uključuju uređaje ili usluge koji pomažu članovima da čuju, govore ili vide, poput komunikacijskih sistema, slušnih pomagala, govornih pomagala, tumača i elektronske tehnologije (tableti, mobilni uređaji, softver).</p>
<p>Usluge upravljanja njegom (takođe poznate kao upravljanje slučajem ili koordinacija usluga) pruža tim za njegu. Član je središte tima za njegu. Tim se sastoji najmanje od registrirane medicinske sestre i socijalnog radnika menadžera za pružanje usluga zdravstvene njege, a može uključivati i druge stručnjake, prema potrebi člana, te porodicu ili drugu prirodnu podršku koju član zatraži. Usluge uključuju procjenu, planiranje njege, odobravanje usluge i praćenje zdravlja i dobrobiti člana.</p>
<p>Savjetodavne kliničke i terapijske usluge pomažu neplaćenim njegovateljima i plaćenom pomoćnom osoblju u sprovođenju liječenja člana ili plana podrške. Usluge uključuju procjene, izradu planova kućnog liječenja, planova podrške, planova intervencija, obuku i tehničku pomoć za provođenje planova. Usluge takođe uključuju obuku za njegovatelje i osoblje koje opslužuje članove sa složenim potrebama (izvan rutinske njege).</p>
<p>Obuka i obuka potrošača su usluge osmišljene kako bi se osobama s invaliditetom pomoglo da razviju vještine samozastupanja, podržavaju samoodređenje, vrše građanska prava i stječu vještine potrebne za vršenje kontrole i odgovornosti nad ostalim službama za podršku. Te usluge uključuju obrazovanje i obuku za članove, njihove njegovatelje i donosioce zakonskih odluka. Pokriveni troškovi mogu uključivati troškove upisa, knjige i druge obrazovne materijale i prevoz do kurseva obuke, konferencija i drugih sličnih događaja.</p>

Savjetodavne i terapijske usluge su usluge za liječenje ličnih, socijalnih, fizičkih, medicinskih, bihevioralnih, emocionalnih, kognitivnih, mentalnih bolesti ili poremećaja zlouporabe alkohola ili drugih droga. Usluge mogu uključivati pomoć u prilagođavanju starenju i invaliditetu, pomoć u međuljudskim odnosima, rekreativne terapije, umjetničku terapiju, nutritivno savjetovanje, medicinsko savjetovanje, savjetovanje o težini i savjetovanje o tuzi.

Obuka vještina svakodnevnog života podučava članove i njihovu prirodnu podršku vještinama uključenim u obavljanje svakodnevnih aktivnosti, uključujući vještine povećanja nezavisnosti člana i sudjelovanja u životu zajednice. Primjeri uključuju podučavanje upravljanja novcem, održavanje kućne njege, pripremu hrane, obuku za mobilnost, vještine samopomoći i vještine potrebne za pristup i korištenje resursa zajednice.

Dnevne usluge su pružanje redovito planiranih aktivnosti u nestambenom okruženju (dnevni centar) radi jačanja društvenog razvoja i razvijanja vještina u obavljanju svakodnevnog života i života u zajednici.

Usluge upravljanja financijama pomažu članovima i njihovim porodicama u upravljanju novcem za usluge ili u upravljanju njihovim ličnim financijama. Ova usluga uključuje osobu ili agenciju koja plaća pružatelje usluga nakon što član odobri plaćanje za usluge koje su uključene u plan samostalno upravljane potpore člana. Usluge fiskalnog upravljanja takođe uključuju pomoć članovima u budžetu za lična sredstva kako bi se osiguralo da su resursi dostupni za stanovanje i druge osnovne troškove.

Obroci dostavljeni kući (koji se ponekad nazivaju i “meals on wheels”) uključuju troškove povezane sa kupovinom i planiranjem hrane, zaliha, opreme, radne snage i prijevoza za isporuku jednog ili dva obroka dnevno članovima koji nisu u mogućnosti pripremiti ili dobiti hranjive obroke bez pomoći.

Izmjene kuće su pružanje usluga i predmeta za procjenu potrebe, uređivanje i osiguravanje preinaka ili poboljšanja životnog prostora člana kako bi se osigurala pristupačnost ili povećala sigurnost. Izmjene kuće mogu uključivati materijale i usluge, kao što su rampe, dizala za stepenice, liftovi za invalidska kolica, preinake kuhinje/kupaonice, specijalizirane prilagodbe za pristup/sigurnost i glasovno, svjetlosno, pokretom pokretani i elektronički uređaji koji povećavaju samopouzdanje člana i sposobnost samostalnog funkcionisanja.

Stambeno savjetovanje je usluga koja pomaže članovima da dobiju stan u zajednici, gdje je vlasništvo ili stanarina stana odvojena od pružanja usluga. Stambeno savjetovanje uključuje istraživanje vlasništva nad kućom i mogućnosti iznajmljivanja, identifikovanje finansijskih resursa, utvrđivanje preferencija za lokaciju i vrstu stanovanja, identifikovanje potreba za pristupom i preinakama i lociranje raspoloživog stana.

Lični sistem za hitne slučajeve je usluga koja pruža izravnu komunikacijsku vezu (putem telefona ili drugog elektroničkog sistema) između nekoga ko živi u zajednici i zdravstvenih radnika kako bi se dobila hitna pomoć u slučaju fizičke, emocionalne ili ekološke opasnosti.

Prevokacijske usluge uključuju učenje i radno iskustvo gdje član može razviti opće snage i vještine koje nisu specifične za određeni posao i koji doprinose zapošljivosti u plaćenom zaposlenju u integriranim okruženjima zajednice. Ove usluge razvijaju i podučavaju opće vještine, koje uključuju sposobnost efikasne komunikacije sa nadzornicima, kolegama i kupcima, općeprihvaćeno ponašanje i odijevanje na radnom mjestu u zajednici, sposobnost slijeđenja uputa, sposobnost praćenja zadataka, vještine rješavanja problema na radnom mjestu, općenito sigurnost na radnom mjestu i obuka za mobilnost. Prevokacijske usluge osmišljene su tako da stvore put ka integriranom zapošljavanju u zajednici za koje je osoba plaćena na ili iznad minimalne plaće, ali ne manje od uobičajene plaće i nivoa naknada koje se plaćaju za isti ili sličan posao koji obavljaju osobe bez invaliditeta.

Usluge preseljenja su usluge i predmeti koji su članu potrebni da bi se preselio iz ustanove ili porodične kuće u nezavisan aranžman za život u zajednici. Usluge preseljenja mogu uključivati plaćanje za premještanje ličnih stvari člana, plaćanje usluga generalnog čišćenja i organizacije domaćinstva, plaćanje sigurnosnog depozita, plaćanje troškova komunalnih priključaka i telefonskih instalacija, kupovinu potrebnog namještaja, telefona, posuđa za kuhanje/posluživanje, osnovna oprema za čišćenje, kućanski pribor, namještaj za kupatila i spavaće sobe i kuhinjski uređaji.

Stambeno zbrinjavanje: 1-2 krevetna porodična kuća za odrasle je mjesto u kojem operater pruža njegu, liječenje, podršku ili usluge iznad nivoa sobe i pansiona za najviše dvije odrasle osobe. Usluge obično uključuju pomoć u kućnoj njezi, ličnu njegu i nadzor. Usluge mogu također uključivati prijevoz i rekreacijske/socijalne aktivnosti, bihevioralnu i socijalnu podršku, te obuku vještina svakodnevnog života.

Stambeno zbrinjavanje: 3-4 krevetna porodična kuća za odrasle je mjesto u kojem borave 3-4 odrasle osobe koje nisu u vezi s vlasnikom licence i primaju njegu, liječenje ili usluge iznad nivoa sobe i pansiona, a može uključivati i do sedam sati sedmično njege po stanovniku. Usluge obično uključuju pomoć u kućnoj njezi, ličnu njegu i nadzor. Usluge mogu također uključivati, bihevioralnu i socijalnu podršku, obuku vještina svakodnevnog života i prijevoz.

Stambeno zbrinjavanje: stambeni objekat u zajednici je okruženje poput doma u kojem pet ili više odraslih osoba koje nisu u vezi sa operatorom ili administratorom borave i primaju njegu, liječenje, podršku, nadzor, obuku, prijevoz i do tri sata tjedno njege po stanovniku.

Stambeno zbrinjavanje: Kompleks apartmana stambenog zbrinjavanja je okruženje sa sjedištem u zajednici u kojem pet ili više odraslih osoba živi u vlastitim dnevnim jedinicama koje su odvojene i međusobno se razlikuju. Usluge uključuju usluge podrške (pranje rublja, čišćenje kuće), ličnu njegu, usluge njege (briga o ranama, upravljanje lijekovima) i pomoć u slučaju nužde.

Usluge privremene njege radi predaha usluge koje se pružaju na kratkoročni način kako bi se članovi porodica ili drugi primarni njegovatelj(i) oslobodili svakodnevnog stresa i zahtjeva za njegom. Privremena njega radi predaha može se pružiti u domu člana, stambenom objektu, bolnici ili staračkom domu.

Osobne samostalno upravljane usluge njege su usluge koje pomažu članovima u svakodnevnom životu i usluge održavanja domaćinstva koje članovi trebaju živjeti u zajednici. Aktivnosti svakodnevnog života uključuju pomoć u kupanju, ishrani, oblačenju, upravljanju lijekovima, oralne brige, brige o kosi i koži, pripremi obroka, plaćanju računa, mobilnosti, ličnoj njezi, prenošenju i korištenju prijevoza. Član odabire pojedinca ili agenciju koja će pružati njegove usluge, prema nalogu ljekara i slijedeći njegov plan usmjeren na članove.

Kvalifikovana njega medicinski su potrebne kvalifikovane usluge njege koje može pružiti samo medicinska sestra napredne prakse, registrirana medicinska sestra ili licencirana medicinska sestra koja radi pod nadzorom registrirane medicinske sestre. Kvalifikovana njega uključuje promatranje i bilježenje simptoma i reakcija, opće procedure i tehnike njege, a može uključivati periodičnu procjenu zdravstvenog stanja člana i kontinuirano praćenje složenog ili krhkog zdravstvenog stanja člana.

Specijalizirana medicinska oprema i pribor su oni predmeti neophodni za održavanje zdravlja člana, upravljanje medicinskim ili fizičkim stanjem, poboljšanje funkcioniranja ili poboljšanje nezavisnosti. Dopušteni predmeti mogu obuhvaćati zalihe inkontinencije, zavoje za rane, ortotiku, proizvode za enteralnu prehranu (hranjenje sondom), određene lijekove bez recepta, medicinski neophodne propisane losione/maziva za njegu kože, propisane vitamine D, dodatke vitamina D ili kalcijuma i IV zalihe.

Broker za podršku je osoba koju član odabere da mu pomogne u planiranju, dobivanju i usmjeravanju samostalno upravljane potpore.

Podržane službe za zapošljavanje (pojedinačne i male grupe za podršku za zapošljavanje) pomažu članovima koji zbog svojih invaliditeta trebaju stalnu podršku da bi stekli i održali konkurentno zaposlenje u integriranom okruženju rada u zajednici. Rezultat ove usluge je kontinuirano plaćeno zapošljavanje sa minimalnom plaćom ili većom u integriranom okruženju opće radne snage, na poslu koji ispunjava lične i karijerne ciljeve.

- Pojedinačne službe za zapošljavanje su individualizirane i mogu uključivati otkrivanje ili procjenu u vezi sa zanimanjem/poslom, planiranje zapošljavanja usmjereno na osobu, zapošljavanje, razvoj posla, sastanak s budućim poslodavcima, analizu posla, obuku i osposobljavanje za posao, prijevoz, usluge za napredovanje u karijeri ili podršku za postizanje samozapošljavanja.
- Usluge zapošljavanja u malim grupama su usluge i obuka koja se pružaju u preduzećima, industriji ili zajednici za grupe od dva do osam radnika sa invaliditetom. Primjeri uključuju mobilne ekipe i druge poslovne grupe zasnovane na poslu koje zapošljavaju male grupe radnika sa invaliditetom u radnom odnosu u zajednici. Usluge mogu uključivati otkrivanje ili procjenu u vezi sa zanimanjem/poslom, planiranje zapošljavanja usmjereno na osobu, zapošljavanje, razvoj posla, sastanak s budućim poslodavcima, analizu posla, obuku i sistemska uputstva, obuku i osposobljavanje za posao, prijevoz, usluge za napredovanje u karijeri ili podršku za postizanje samozapošljavanja.

Podržana kućna njega uključuje usluge koje članovima direktno pomažu u svakodnevnim životnim aktivnostima i ličnim potrebama kako bi se osiguralo adekvatno funkcioniranje u njihovom domu i zajednici. Usluge mogu uključivati pomoć oko oblačenja, kupanja, upravljanja lijekovima, prehrane, toaleta, njege, mobilnosti, plaćanja računa, korištenja prijevoza i kućnih poslova.

Usluge obuke za neplaćene njegovatelje pomažu ljudima koji pružaju neplaćenu njegu, obuku, druženje, nadzor ili drugu podršku članu. Obuka uključuje uputstva o režimima liječenja i drugim uslugama uključenim u plan njege člana, korištenju opreme navedene u planu usluga i po potrebi smjernice za sigurno održavanje člana u zajednici.

Prijevoz (specijalizirani prijevoz): prijevoz u zajednici i drugi prijevozi

- Usluge prijevoza u zajednici pomažu članovima da dobiju pristup uslugama u zajednici, aktivnostima i resursima. Usluge mogu uključivati karte, kao i prevoz članova i njihovih pratitelja do odredišta. Isključuje prijevoz za hitne slučajeve (hitna pomoć).
- Ostale usluge prijevoza pomažu članovima koji samostalno upravljaju da dobiju medicinske usluge koje nisu hitne i koje Medicaid pokriva. Usluge mogu uključivati karte, naknadu za kilometražu, kao i prevoz članova i njihovih pratitelja do odredišta. Isključuje nemedicinski prijevoz, koji se pruža u okviru prijevoza u zajednici - pogledajte iznad. Isključuje prijevoz za hitne slučajeve (hitna pomoć).

Planiranje i podrška za profesionalnu budućnost je usluga usmjerena na osobu za planiranje i podršku zapošljavanja zasnovana na timu koji pruža pomoć članovima u postizanju, održavanju ili napredovanju u zapošljavanju ili samozapošljavanju. Ova usluga može uključivati izradu plana zapošljavanja, analizu i poticaj na rad, koordinaciju resursnog tima, istraživanje karijere i potvrđivanje ciljeva zaposlenja, podršku u traženju posla i praćenje posla te dugoročnu podršku.

3. Zahtjev za smanjenje udjela troškova

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>.

Section 5—Past Cost Share Amount

A. Do you owe the MCO cost share for past months?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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 <i>gross</i> income (This is income before taxes, Medicare Part B and D premiums, and other deductions are taken out).	\$	per month
B. Total monthly <i>net</i> 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	
<input type="checkbox"/> Social Security	\$	
<input type="checkbox"/> Pension	\$	
<input type="checkbox"/> Annuity	\$	
<input type="checkbox"/> Other Specify:	\$	

Section 7—Current Monthly Living Expenses

A. List your total monthly necessary living expenses below. <i>Proof required:</i> 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	
<input type="checkbox"/> Mortgage	\$	
<input type="checkbox"/> Rent	\$	

<input type="checkbox"/> Home owner's insurance	\$
<input type="checkbox"/> Renter's insurance	\$
<input type="checkbox"/> Property taxes	\$
<input type="checkbox"/> Condo fees	\$
<input type="checkbox"/> Phone	\$
<input type="checkbox"/> Gas	\$
<input type="checkbox"/> Electric	\$
<input type="checkbox"/> Sewer/septic	\$
<input type="checkbox"/> Water	\$
<input type="checkbox"/> Food	\$
<input type="checkbox"/> Clothing	\$
<input type="checkbox"/> Hygiene	\$
<input type="checkbox"/> Maintenance and operation of vehicle	\$
<input type="checkbox"/> 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. Primjer Notice of Adverse Benefit Determination (Obavijest o utvrđivanju štetne koristi)



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 obrazac zahtjeva za žalbu

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. Obrazac zahtjeva za državnu pravičnu raspravu

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 <input type="checkbox"/> Family Care <input type="checkbox"/> Partnership <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Eligibility <input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> Functional eligibility screen conducted by MCO	<input type="checkbox"/> Failure to provide services/supports in a timely manner
<input type="checkbox"/> Reduction, suspension or termination of service/support	<input type="checkbox"/> Involuntary disenrollment from the MCO
<input type="checkbox"/> Denial or limited authorization of a requested service	<input type="checkbox"/> Denial of request to dispute a financial liability
<input type="checkbox"/> Denial of payment for a service	<input type="checkbox"/> Denial of request to obtain services outside the MCO's network
<input type="checkbox"/> Care plan	<input type="checkbox"/> 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.)	

<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	1. Did you file an appeal with your MCO's Grievance and Appeal Committee? Date you filed the appeal:
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	2. Did you request the same services to continue during your appeal with the MCO?
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> 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:
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> 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. Obavijest o praksi privatnosti

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
W I S C O N S I N

Caring Starts Here

www.mychoicewi.org