my choice
WISCONSIN

Руководство для участников программы Family Care от My Choice Wisconsin

Телефон: 414-287-7600 Бесплатный номер 800-963-0035
TTY:711 Факс: 414-287-7704
www.mychoicewi.org

Одобрено DHS 04.09.2020

my choice WISCONSIN

Caring Starts Here

www.mychoicewi.org

800-963-0035 TTY 711

Ваша группа по координации медицинского обслуживания включает:

Имя и фамилия менеджера по медицинскому обслуживанию	**Телефон**
Имя и фамилия дипломированной медсестры	**Телефон**
Имя и фамилия руководителя	**Телефон**

КОГДА СЛЕДУЕТ ЗВОНИТЬ В ГРУППУ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ЧЛЕНА ВАШЕЙ СЕМЬИ

- → **Любые падения**
- → **Изменение психического или физического состояния**
- → **Неотложная медицинская помощь/посещение отделения неотложной помощи**
- → **Госпитализация**

Если вам требуется экстренная помощь, позвоните по телефону 911

Услуги переводчика на нескольких языках

ВНИМАНИЕ! Вы можете воспользоваться бесплатными услугами языковой поддержки. Позвоните по телефону 1-800-963-0035 (пользователям TTY необходимо позвонить по номеру 711 ретрансляционной системы штата Висконсин).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Laotian

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

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

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

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

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

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

My Choice Wisconsin:

- Предоставляет бесплатную медицинскую помощь и услуги людям с ограниченными возможностями для эффективного общения с нами. Например:
  - Квалифицированные сурдопереводчики
  - Письменная информация в других форматах (крупный шрифт, аудиозапись, доступные электронные форматы, другие форматы)
  - Вспомогательные средства и услуги для участников с нарушениями слуха и зрения
- Предоставление бесплатных языковых услуг людям, для которых английский языке не является родным. Например:
  - квалифицированные устные переводчики;
  - информация, написанная на других языках.

Если вам необходимы эти услуги, обратитесь в отдел обслуживания клиентов по телефону 1-800-963-0035.

Содержание

Глава 1. Важные номера телефонов и ресурсы 8

Контактная информация My Choice Wisconsin 8

Другие важные контакты 10

Глава 2. Приветствие и введение 21

Добро пожаловать в My Choice Wisconsin 21

Как программа Family Care может мне помочь? 22

Кто мне поможет? 22

Что значит быть участником программы? 23

Кто может быть участником My Choice Wisconsin? 24

Каким образом можно стать участником? 26

Глава 3. Что нужно знать о получении услуг 27

Как работает программа Family Care? 27

Что должно быть в вашем плане медицинского обслуживания? 28

Каким образом выбираются и утверждаются услуги? 29

Что делать, если мои потребности изменятся? 30

Как пользоваться сетью поставщиков медицинских услуг? 31

Как программа Family Care помогает вам управлять своими услугами? 32

Что такое самостоятельное управление поддержкой? 32

Что мне делать в случае экстренной ситуации? 33

Как я могу получить помощь в нерабочее время? 34

Что делать, если мне нужна помощь, когда я нахожусь вне района? 34

Глава 4. Пакет льгот по программе Family Care 36

Какие услуги предоставляются?....36

Таблица с данными о льготах по программе Family Care....38

Какие услуги не предоставляются?....41

Глава 5. Понимание того, кто оплачивает услуги и координирует ваши льготы 43

Нужно ли мне платить за какие-либо услуги?....43

Как мне произвести оплату?....45

Что делать, если я получу счет за услуги?....45

Оплачивает ли программа Family Care услуги учреждений интернатного типа или домов престарелых?....45

Каким образом скоординированы Medicare и другие мои страховые льготы?....46

Что такое возмещение за счет имущества? Как это применимо ко мне?....47

Глава 6. Ваши права....49

Глава 7. Ваши обязанности....53

Глава 8. Жалобы и апелляции....56

Введение....56

Жалобы....57

Апелляции....61

Беспристрастные слушания на уровне штата....67

Кто может помочь мне с моей жалобой или апелляцией?....70

Глава 9. Прекращение участия в My Choice Wisconsin....72

ПРИЛОЖЕНИЯ....74

1. Определения важных слов....74

2. Определения услуг в пакете льгот программы Family Care....80

3. Заявка на сокращение доли затрат....86

4. Образец уведомления о решении о прекращении выплаты пособия 90

5. Форма запроса апелляции My Choice Wisconsin 94

6. Форма запроса на проведение беспристрастного слушания на уровне штата 96

7. Уведомление о конфиденциальности компании My Choice Wisconsin.....99

Глава 1. Важные номера телефонов и ресурсы

Контактная информация My Choice Wisconsin

My Choice Wisconsin, организация управляемого медицинского обслуживания (Managed Care Organization, MCO), ценит ваши комментарии, предложения и вопросы. Обращайтесь к нам с 8:00 до 17:00 с понедельника по пятницу, кроме праздничных дней.

My Choice Wisconsin
Главный офис
10201 West Innovation Drive, Suite 100, Wauwatosa, WI 53226

Телефон:	414-287-7600
Бесплатный номер телефона:	800-963-0035
Телетайп:	711
Факс:	414-287-7704

Адрес электронной почты: info@mychoicewi.org
Веб-сайт: www.mychoicewi.org

Расположение региональных офисов My Choice

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

Помощь в нерабочее время

Если вам нужна срочная помощь в нерабочее время, позвоните в службу экстренной помощи My Choice Wisconsin по бесплатному номеру **800-963-0035**. На все звонки вам ответят в течение 30 минут.

Если вам требуется экстренная помощь, позвоните по телефону 911

Специалисты по правам участников

Персонал по правам участников — это специалисты, которые объясняют права участников. Если у вас есть жалоба или претензия, они всегда готовы вам помочь. Они могут предоставить вам информацию или помощь, если вы хотите обжаловать принятое вашей группой решение.

Специалист по правам участников плана медицинского страхования My Choice Wisconsin:
Телефон: 1-800-963-0035 доп. 3448
Факс: 608-245-3821
https://mychoicewi.org/contact/grievances-appeals/

Если вам требуется экстренная помощь, позвоните по телефону 911

Другие важные контакты

Услуги по защите взрослых
В каждом округе есть агентство, которое будет рассматривать сообщения о случаях злоупотребления, халатности, финансовых правонарушениях и небрежности. Если вам нужно поговорить с кем-либо о предполагаемом плохом обращении со взрослыми людьми из группы риска (в возрасте от 18 до 59 лет), позвоните на линию помощи вашего округа. Чтобы сообщить о плохом обращении с пожилыми людьми старше 60 лет, обратитесь в местное агентство по работе с пожилыми людьми из группы риска.

Сообщите о случаях плохого обращения, небрежности или финансовых правонарушениях в отношении взрослого лица в одно из перечисленных ниже агентств. Агентство, в которое вы обращаетесь, следует выбирать в соответствии с округом, в котором проживает человек, о котором вы беспокоитесь.

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

Услуги по защите взрослых (продолжение)

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

Центр помощи по вопросам престарелых и инвалидности

Центры помощи по вопросам престарелых и инвалидности (ADRC) — это первое место, где можно получить точную, объективную информацию обо всех аспектах жизни, связанных со старением или жизнью с инвалидностью. ADRC — это дружественное и гостеприимное место, где любой человек, будь то отдельные люди, близкие родственники, друзья, или профессионалы, работающие с проблемами, связанными со старением или инвалидностью, может получить информацию, соответствующую его ситуации. ADRC предоставляет информацию о программах и услугах, помогает людям понять существующие для них варианты долгосрочного ухода и помогает им подать заявление на участие в программах и льготах. ADRC в регионах обслуживания My Choice Wisconsin:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ADRC of Southwest Wisconsin - Cont

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Посетите сайт www.dhs.wisconsin.gov/adrc для получения дополнительной информации о ADRC.

Программы омбудсмена
Омбудсмен — это независимый защитник или помощник, который не работает в My Choice Wisconsin. Любой человек, получающий услуги Family Care, может получить бесплатную помощь от независимого омбудсмена. Организация, с которой следует связаться, зависит от возраста участника.

Если Вам **60 и более лет**, обращайтесь в следующую организацию:

Совет по вопросам престарелых и долгосрочного ухода штата Висконсин
1402 Pankratz Street, Suite 111
Madison, WI 53704-4001
Бесплатный номер телефона: 800-815-0015
Телетайп: 711
Факс: 608-246-7001
Адрес эл. почты BOALTC@wisconsin.gov
longtermcare.wi.gov

Если Вам **от 18 до 59 лет**, обращайтесь в следующую организацию:

Право на инвалидность в штате Висконсин
1502 W. Broadway, Suite 201
Madison, WI 53713
Бесплатный номер телефона: 800-928-8778
Телетайп: 711
Факс: 833-635-1968
www.disabilityrightswi.org

Консорциумы по поддержанию доходов
Вы должны сообщить об изменениях вашей ситуации или финансового положения в течение 10 дней. Если вы переезжаете, вы должны сообщить свой новый адрес. Эти изменения могут повлиять на то, будет ли у Вас право на участие в программах Medicaid и Family Care. Сообщите об этих изменениях в консорциум по поддержанию доходов в вашем округе и в My Choice Wisconsin. Консорциумы в наших регионах обслуживания:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Программа Medicaid штата Висконсин (ForwardHealth)
Если у вас возникли проблемы с использованием карты ForwardHealth для получения услуг или позиций, не включенных в пакет льгот Family Care (таких как очки, визиты к врачу или назначения), позвоните в Службу поддержки клиентов ForwardHealth по бесплатному номеру:

800-362-3002

Сообщение о мошенничестве с государственными денежными пособиями
Мошенничество означает получение страхового покрытия или выплат, которые, насколько вам известно, вы не должны получать, или оказание помощи кому-либо другому с получением покрытия или выплат, которые, насколько вам известно, они не должны получать. Любое лицо, совершившее мошенничество, может быть привлечено к ответственности. Если суд определит, что лицо получило льготы на медицинское обслуживание путем совершения мошенничества, суд потребует от этого лица возместить государству эти льготы в дополнение к другим штрафным санкциям.

Если вы подозреваете кого-либо в злоупотреблении государственными денежными пособиями, в том числе Family Care, позвоните на горячую линию по вопросам мошенничества или подайте заявление онлайн по адресу:

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

Если вы считаете, что обнаружили случаи мошенничества, растраты, злоупотребления или несоблюдения требований, вы можете связаться с My Choice Wisconsin следующим образом на условиях конфиденциальности.

- Позвоните на бесплатную анонимную «горячую линию» по вопросам нормативно-правового соответствия по телефону 1-833-253-3465 или на местный номер (608) 245-3576
- Адрес электронной почты: Compliance@mychoicewi.org

Wisconsin FoodShare (карточка QUEST)
Если у вас есть вопросы или сомнения по поводу FoodShare, или если вы хотите узнать баланс на вашей карте FoodShare/QUEST, или сообщить о потерянной или украденной карте QUEST, позвоните в службу поддержки клиентов FoodShare по бесплатному номеру:

877-415-5164

Отдел обеспечения качества в штате Висконсин
Если вы считаете, что лицо, осуществляющее уход, агентство или учреждение нарушило законы штата или федеральные законы, вы имеете право подать жалобу в отдел обеспечения качества штата Висконсин. При подаче жалобы Вас могут попросить указать округ, в котором находится поставщик услуг. Для подачи жалобы позвоните по телефону:

800-642-6552

Независимые адвокаты по правам на инвалидность в штате Висконсин
Если вы ищете помощь в преодолении барьеров на пути к независимости и ищете услуги по амбулаторному лечению, позвоните по телефону «Защитники прав на инвалидность». Они работают один на один с отдельными людьми, чтобы определить цели и достичь положительных изменений. Обращайтесь к ним по телефону:

414-773-4646

Добро пожаловать в My Choice Wisconsin

Добро пожаловать в организацию управляемого медицинского обслуживания My Choice Wisconsin, которая управляет программой Family Care. Family Care — это программа долгосрочного ухода Medicaid, которая помогает пожилым людям и взрослым с физическими недостатками, нарушениями развития или умственными нарушениями. Люди, участвующие в программе, получают услуги, которые помогают им жить в своем собственном доме до тех пор, пока это возможно. Программа Family Care финансируется за счет государственных и федеральных налогов.

В этом руководстве содержится следующая информация.

- Постарайтесь понять основы программы Family Care.
- Ознакомьтесь с услугами, включенными в пакет льгот.
- Постарайтесь понять свои права и обязанности как участника программы Family Care.
- Подайте жалобу или апелляцию, если у вас есть проблема или возникли затруднения.

Если Вы хотите получить помощь в изучении данного руководства, обратитесь к своему лечащему персоналу. Контактная информация вашей команды приведена на внутренней стороне обложки данного руководства.

В целом, слова «вы» и «ваш» в этом документе относятся к *Вам, участнику*. «Вы» и «ваш» также могут означать лицо, принимающее юридические решения, например, законный опекун или лицо в действующей доверенностью.

В конце данного руководства (стр. 74) приведены определения важных слов. Эти определения могут помочь вам понять слова и фразы, часто используемые в этом руководстве.

Если вы еще не являетесь участником программы и у вас есть вопросы или вы хотите получить дополнительную информацию о том, как зарегистрироваться в программе Family Care или других программах, обратитесь в Центр помощи по вопросам престарелых и инвалидности (ADRC) в вашем районе. ADRC предоставляют информацию и помощь, а также помогают людям подать заявку на участие в программах и получение льгот. ADRC — это отдельное агентство. Оно не является частью My Choice Wisconsin. ADRC поможет вам, независимо от того, решите ли вы стать участником программы Family Care или нет. Адрес и номер телефона местного центра ADRC можно найти, начиная со стр. 12.

Как программа Family Care может мне помочь?

Основная цель программы Family Care — обеспечить безопасность и поддержку на дому. Когда вы живете в собственном доме или в доме своей семьи, у вас больше возможностей контролировать собственную жизнь. Вы можете решать, когда что делать, например, когда просыпаться и есть, а также как планировать свой день.

Когда вы присоединитесь к программе Family Care, My Choice Wisconsin обсудит с вами, какие услуги помогут вам жить как можно более независимо. Помощь с водными процедурами, транспортировкой, уборкой и доставкой еды на дом — это некоторые из предлагаемых нами услуг. Услуги могут включать даже строительство пандуса для инвалидной коляски или использование системы медицинской сигнализации. (См. главу 4, в которой содержится список покрываемых услуг).

Программа Family Care:

- может улучшить или сохранить качество вашей жизни;
- помогает вам жить в собственном доме или квартире, в кругу семьи и друзей;
- привлекает вас к принятию решений относительно вашего обслуживания и услуг;
- максимально увеличивает вашу независимость.

Программа Family Care предоставляет услуги по управлению медицинским обслуживанием и широкий спектр услуг, предназначенных для удовлетворения ваших потребностей. Мы позаботимся о том, чтобы вы получили необходимое медицинское обслуживание, необходимое для сохранения вашего здоровья. Мы также поможем вам поддерживать связь с членами вашей семьи, друзьями и сообществом.

Если вы молодой человек, готовящийся к тому, чтобы покинуть дом родителей, My Choice Wisconsin поможет вам стать более независимым. Например, мы можем помочь вам развить навыки, необходимые для поиска работы, или научиться готовить.

Кто мне поможет?

Когда вы станете участником программы Family Care, вы будете работать с группой специалистов My Choice Wisconsin. Вы играете центральную роль в группе медицинского обслуживания и **должны участвовать на каждом этапе** планирования вашего обслуживания.

Ваша группа медицинского обслуживания будет включать **вас** и следующих лиц:

- дипломированная медсестра / дипломированный медбрат;
- социальный работник или менеджер по медицинскому обслуживанию;
- другие специалисты, в зависимости от ваших потребностей, такие как специалист по трудотерапии, или физиотерапевт, или специалист по психическому здоровью;
- все, кого вы хотите привлечь, включая членов семьи или друзей.

Ваша группа медицинского обслуживания работает с вами над тем, чтобы:

- определить ваши сильные стороны, ресурсы, потребности и предпочтения;
- составить план обслуживания, который включает необходимую вам помощь;
- убедиться в том, что услуги, предусмотренные вашим планом, действительно вам предоставлены;
- убедиться в том, что услуги, предоставляемые программой Family Care, отвечают вашим потребностям и являются экономически выгодными;
- убедиться в том, что ваш план медицинского обслуживания продолжает работать на вас.

Сообщите своей команде, если вам нужна помощь с участием в процессе.

Программа Family Care не заменяет помощь, которую вы получаете от членов своей семьи, друзей или других лиц в сообществе. My Choice Wisconsin поощряет членов семьи, друзей и других людей, которые важны для вас, участвовать в вашем лечении. Мы будем работать с вами над построением этих важных отношений. Мы также можем помочь вам найти ресурсы в вашем сообществе, которые могут вам помочь, такие как библиотеки, центры для пожилых людей и церкви.

При необходимости мы также можем помочь вам найти способы укрепить вашу сеть поддержки. Например, если вам нужен перерыв, мы можем предоставить вам услуги по временному уходу. Временный перерыв для лиц, осуществляющих уход за вами, позволит им расслабиться и сохранить свое здоровье.

Что значит быть участником программы?

Как участник программы Family Care My Choice Wisconsin вы и ваша группа медицинского обслуживания будете совместно принимать решения о вашем здоровье и образе жизни. Вместе вы и ваша группа медицинского обслуживания примите наилучшие возможные решения для вашей поддержки.

Вы будете получать услуги долгосрочного ухода через поставщиков медицинских услуг My Choice Wisconsin. Когда вы станете участником программы Family Care, мы предоставим вам информацию о том, как получить список поставщиков услуг, которые согласились работать с нами. Вы и обслуживающая вас группа будете работать вместе, чтобы выбрать поставщиков, которые наилучшим образом удовлетворят ваши потребности.

My Choice Wisconsin считает, что у наших участников должен быть личный выбор при получении услуг. Выбор означает, что вы выбираете время и способ предоставления медицинского обслуживания. Быть участником и иметь личный выбор также означает, что вы несете ответственность за помощь обслуживающим вас специалистам в поиске наиболее экономичных способов оказания вам поддержки.

My Choice Wisconsin отвечает за удовлетворение потребностей **всех** наших участников в долгосрочном уходе. Мы можем сделать это только в том случае, если все участники помогают нам разрабатывать планы медицинского обслуживания, которые не только эффективны, но и являются разумными и экономически выгодными. Работая вместе, мы можем гарантировать, что программа Family Care будет доступна другим людям, которым нужны наши услуги.

Вы можете сохранить своих текущих поставщиков медицинских услуг (например, вашего лечащего врача, врача-ортопеда, стоматолога и терапевта), больницы, клиники и аптеки, в которых вы получаете рецептурные препараты. Программа Family Care компании **My Choice Wisconsin не несет ответственности за эти услуги.** Эти услуги оплачиваются другими видами страхования. Ваша группа медицинского обслуживания поможет координировать ваши услуги по программе Family Care с услугами вашего врача и других поставщиков медицинских услуг.

Кто может быть участником My Choice Wisconsin?

Участие является добровольным. Вы сами решаете, хотите ли вы зарегистрироваться в My Choice Wisconsin. Чтобы мы могли вам помочь, вы должны соответствовать **всем** следующим требованиям:

- быть взрослым с физическими недостатками, нарушениями развития или умственными нарушениями или старше 65 лет;
- проживать в одной из наших зон обслуживания (см. список ниже);
- отвечать финансовым критериям участия в программе Medicaid;
- отвечать функциональным критериям согласно результатам функционального скрининга по долгосрочному уходу за взрослыми в штате Висконсин;
- подписать регистрационную форму.

Зона обслуживания включает эти округа в штате Висконсин:

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

Если вы планируете переехать за пределы зоны обслуживания, вы должны уведомить об этом свою группу медицинского обслуживания. Контактная информация вашей команды приведена на внутренней стороне обложки данного руководства. Если вы переедете за пределы нашей зоны обслуживания, вы не сможете сохранить регистрацию в My Choice Wisconsin.

Став участником программы, для продолжения участия в ней вы должны соответствовать финансовым и функциональным критериям.

- **Соответствие финансовым критериям** означает соответствие критериям для участия в программе Medicaid (также известной как Medical Assistance, MA или Титул 19). Агентство по поддержанию дохода рассматривает доход и активы лица, чтобы определить, отвечает ли оно критериям участия в программе Medicaid.

Иногда, чтобы соответствовать финансовым критериям, участники должны будут оплатить часть стоимости получаемых ими услуг. Эта часть называется «совместное покрытие расходов». Она должна быть оплачена, чтобы получить право на участие в программе Family Care. Если у вы будете участвовать в совместном покрытии расходов, сотрудники ADRC обсудят это с вами до того, как вы примете окончательное решение о регистрации. Агентство по поддержанию дохода будет проверять ваше соответствие финансовым критериям и совместное покрытие расходов не реже одного раза в год, чтобы убедиться в том, что вы по-прежнему отвечаете финансовым критериям участия в программе Family Care.

- **Соответствие функциональным критериям** зависит от состояния здоровья человека и от того, требуется ли ему помощь в таких аспектах, как водные процедуры, одевание и пользование туалетом. ADRC может сообщить вам, имеете ли вы право на участие в программе Family Care. Ваша группа медицинского обслуживания будет проверять ваше соответствие функциональным критериям участия по крайней мере один раз в год, чтобы убедиться в том, что вы все еще соответствуете критериям участия.

Каким образом можно стать участником?

Если вы еще не являетесь участником программы My Choice Wisconsin, но хотите им стать, позвоните или обратитесь лично центр ADRC в вашем регионе. Адрес и номер телефона местного центра ADRC можно найти, начиная со стр. 12.

ADRC поможет оценить уровень вашей потребности в услугах и убедиться в том, что вы имеете право на участие в программе Family Care. Они предоставят вам информацию о других доступных программах и помогут выбрать наиболее подходящий для вас ресурс или программу.

Во время процесса регистрации в программе ADRC попросит вас:

- предоставить информацию о своем здоровье и потребностях;
- предоставить информацию о вашем доходе и активах;
- подписать форму «Разрешение на выдачу информации» в отношении вашей медицинской документации;
- заполнить и подписать регистрационную форму.

Вы также поговорите с работником агентства по поддержанию дохода. Он определит, соответствуете ли вы финансовым критериям участия в программе Family Care.

Глава 3. Что нужно знать о получении услуг

Как работает программа Family Care?

После регистрации в программе Family Care вы и ваша группа медицинского обслуживания оцените ваши потребности, сильные стороны и предпочтения. В рамках этого процесса вы расскажете своей команде о том, какую жизнью вы хотите вести, и том, какая вам необходима поддержка для того, чтобы жить так, как вы хотите. Это даст вашей команде четкое понимание того, что для вас важно.

Определите результаты в отношении личного опыта

Во время оценки ваша группа медицинского обслуживания поможет вам определить результаты в отношении вашего **личного опыта**. Эти результаты являются целями вашей жизни и включают следующие аспекты.

- Входные данные:
  - где и с кем жить;
  - необходимая поддержка и услуги, и кто их предоставляет;
  - ваша повседневная деятельность.
- Личный опыт:
  - взаимодействие с семьей и друзьями;
  - работа или другие значимые действия;
  - участие в жизни сообщества;
  - стабильность;
  - уважение и справедливость;
  - конфиденциальность.
- Здоровье и безопасность:
  - здоровье;
  - безопасность.
  - Отсутствие жестокого обращения и пренебрежительного отношения

Только вы можете сообщить своей группе медицинского обслуживания, что для вас важно. **Вы** определяете, что эти утверждения о личном опыте означают для вас и вашей жизни. Например, человек может хотеть:

- быть достаточно здоровым, чтобы получать удовольствие от визитов внуков;
- иметь оплачиваемую работу;
- быть достаточно независимым, чтобы жить в своей собственной квартире.

Вы имеете право ожидать, что ваша группа медицинского обслуживания будет работать с вами, чтобы определить результаты в отношении вашего личного опыта. Прежде чем My Choice Wisconsin приобретет для вас услуги, ваша группа медицинского обслуживания должна рассмотреть, какие услуги лучше всего удовлетворяют ваши потребности и являются наиболее выгодными. Это не означает, что My Choice Wisconsin всегда будет предоставлять услуги, которые помогут вам достичь ваших результатов. **То, что вы делаете для себя, и помощь, которую вы получаете от членов вашей семьи, друзей и других людей, будет очень важной частью плана, чтобы поддержать ваш личный опыт**.

Определите результаты долгосрочного ухода

В процессе оценки вы со своей группой медицинского обслуживания также определите результаты **вашего долгосрочного ухода.** Это поможет вам и вашей группе узнать, какие услуги будут соответствовать вашим потребностям в долгосрочном уходе. Результаты долгосрочного ухода — это то, что программа Family Care может помочь вам достичь, чтобы добиться желаемого уровня жизни. Например:

- способность удовлетворять ваши ежедневные потребности;
- получать то, что вам нужно для обеспечения безопасности, здоровья и максимальной независимости.

Наличие этих элементов позволит вам сосредоточиться на людях и действиях, которые наиболее важны для вас. Например, помощь в одевании или принятии ванны может также помочь человеку почувствовать себя достаточно хорошо, чтобы пойти на работу или посетить родственников и друзей.

Ваша группа медицинского обслуживания разработает план медицинского обслуживания, который поможет вам получить результаты, которые вы и ваша группа определили в процессе оценки.

Что должно быть в вашем плане медицинского обслуживания?

Ваш план медицинского обслуживания будет включать в себя следующее:

- ваши потребности в физическом здоровье и способность выполнять определенные задачи и виды деятельности (например, прием пищи и одевание);
- ваши сильные стороны и предпочтения;
- ваши результаты в отношении личного опыта;
- ваши результаты долгосрочного ухода;
- услуги, которые вы будете получать;
- кто будет предоставлять каждую услугу;
- что вы будете делать самостоятельно или с помощью семьи, друзей или других ресурсов в вашем сообществе.

Ваша группа медицинского обслуживания попросит вас подписать план медицинского обслуживания, что подтвердит, что вы участвовали в его разработке. Вы получите экземпляр подписанного плана. Если вы не удовлетворены вашим планом, вы можете воспользоваться процедурами подачи жалоб и апелляций. (Для получения дополнительной информации см. главу 8.)

Ваша группа медицинского обслуживания будет регулярно связываться с вами, чтобы обсудить ваше самочувствие и проверить, помогают ли вам оказываемые вам услуги. Ваша группа должна встречаться с вами лично не реже одного раза в три месяца. Ваша группа может встречаться с вами чаще, если возникнет необходимость в более частом посещении.

Каким образом выбираются и утверждаются услуги?

Ваша группа медицинского обслуживания должна утвердить все услуги, **прежде чем** вы их получите. Компания My Choice Wisconsin не обязана оплачивать услуги, которые вы получаете без нашего предварительного разрешения. **Если вы сами организуете услуги без разрешения вашей группы медицинского обслуживания, вам, возможно, придется оплатить их.** Если вам нужна услуга, которая не утверждена, обратитесь к вашей группе.

Примечание. Если вы рассматриваете возможность переезда в учреждение с предоставлением частичного ухода или в дом престарелых, My Choice Wisconsin будет разрешать получать услуги учреждений интернатного типа только в определенных ситуациях. Для получения более подробной информации см. страницу 40.

My Choice Wisconsin несет ответственность за поддержку ваших результатов долгосрочного ухода, но мы также должны учитывать стоимость при планировании ухода и выбора поставщиков медицинских услуг для удовлетворения ваших потребностей. Для этого ваша группа медицинского обслуживания будет руководствоваться процессом принятия решения о распределении ресурсов (RAD) при принятии решений относительно оказания услуг.

Основные правила получения услуг

Как правило, мы покрываем ваши услуги при следующих условиях.

- Услуги включены в пакет льгот программы Family Care (см. стр. 32).
- Услуги поддерживают ваши результаты долгосрочного ухода.
- Услуги являются наиболее экономичным способом удовлетворения ваших потребностей.
- Услуги включены в ваш план обслуживания.
- Услуги были предварительно одобрены и утверждены вашей группой медицинского обслуживания.

О процессе принятия решения о распределении ресурсов

Процесс RAD — это пошаговый инструмент, который вы и ваша группа будете использовать для поиска наиболее эффективных и экономичных способов удовлетворения ваших потребностей и поддержки результатов долгосрочного ухода.

Экономическая эффективность является важной частью RAD. Экономическая эффективность означает поддержку результатов долгосрочного ухода при разумных затратах и усилиях. Например, если два разных поставщика предлагают необходимую вам помощь, My Choice Wisconsin приобретет более подходящую услугу.

Вы имеете право знать и понимать все свои варианты, включая стоимость. Ваша обязанность — обсудить эти варианты со своей группой медицинского обслуживания, чтобы вы могли принимать решения вместе. Этот процесс включает в себя вопросы и обмен мнениями.

В процессе RAD вы со своей группой медицинского обслуживания обсудите необходимые вам услуги. Вместе вы изучите доступные варианты достижения результатов долгосрочного ухода. Это включает в себя обсуждение того, как могут помочь друзья, семья или другие люди. Часто вы можете достичь одного или нескольких результатов без особой помощи со стороны My Choice Wisconsin, потому что семья, друзья или другие люди могут помочь вам. My Choice Wisconsin приобретает услуги, которые оказывающие вам помощь люди предоставить не могут.

Наша цель — оказать поддержку людям в вашей жизни, которые уже решили вам помочь. Эти «помощники» не заменяют людей, которые важны для вас в вашей повседневной жизни. Опираясь на помощь, которую вы получаете от своей семьи и от друзей, а не заменяя ее, вы укрепляете эти бесценные отношения и помогаете My Choice Wisconsin оплачивать услуги там, где и когда они необходимы.

В конце процесса RAD вы и ваша группа медицинского обслуживания обсудите, как вы можете лучше контролировать свою жизнь и заинтересованы ли вы в управлении своим обслуживанием.

Ваша группа медицинского обслуживания найдет поставщиков услуг, которые помогут вам. Эти поставщики должны заключить договор с My Choice Wisconsin. Если вы недовольны каким-либо поставщиком услуг, вы имеете право запросить нового поставщика услуг, но вы должны сначала поговорить со своей группой медицинского обслуживания. Ваша группа должна утвердить все получаемые вами услуги.

Что делать, если мои потребности изменятся?

Со временем ваши услуги могут меняться по мере изменения состояния вашего здоровья и жизненной ситуации. Например, в случае улучшения вашего физического здоровья объем оказываемых вам услуг может снизиться. Если ваши потребности возрастут, мы позаботимся о том, чтобы вы получали помощь, необходимую для сохранения безопасности, здоровья и максимальной независимости. Одной из наших целей является предоставление правильного обслуживания в нужном объеме и в нужном месте.

Если ваши потребности изменятся, сообщите об этом вашей группе медицинского обслуживания. Мы всегда будем рады вам помочь.

Как пользоваться сетью поставщиков медицинских услуг?

Вы и ваша группа медицинского обслуживания выберете поставщиков медицинских услуг из сети поставщиков. Список поставщиков, услугами которых мы регулярно пользуемся, представлен на нашем веб-сайте www.mychoicewi.org. Мы называем это «Справочником сети поставщиков медицинских услуг». Если вы хотите получить бумажную копию Справочника сети поставщиков медицинских услуг, вы можете запросить ее у вашей группы медицинского обслуживания.

Сообщите вашей группе, если вам нужна информация о возможностях наших поставщиков. Например, вы можете спросить, есть ли у поставщиков медицинских услуг персонал, который говорит на определенном языке или понимает конкретную этническую культуру или религиозные убеждения. Ваша группа медицинского обслуживания также может сообщить вам, могут ли люди с ограниченными возможностям пользоваться помещениями или оборудованием поставщика услуг.

Мы заключаем контракты с поставщиками услуг, которые помогают поддерживать результаты долгосрочного ухода наших участников. Наши поставщики работают с нами экономически эффективным способом и должны соответствовать нашим стандартам качества. Наша сеть поставщиков предоставляет вам выбор поставщиков, когда это возможно. Тем не менее, компания My Choice Wisconsin также должна убедиться в том, что поставщик является выгодным.

После того, как ваша группа медицинского обслуживания одобрит ваши услуги, вы и ваша группа будете выбирать поставщиков услуг из Справочника сети поставщиков медицинских услуг My Choice Wisconsin. Если у нас нет поставщика, который может удовлетворить ваши потребности, или если все наши обычные поставщики расположены слишком далеко от вашего места жительства, мы можем воспользоваться услугами поставщика, не входящего в нашу сеть. Чтобы выбрать поставщика услуг, не входящего в сеть нашего плана, вы должны поговорить с группой медицинского обслуживания.

Если вы являетесь американским индейцем или коренным жителем Аляски, вы можете получить покрываемые услуги для коренного населения у медицинских работников за пределами нашей сети.

В некоторых случаях вы захотите сменить поставщика. Если вы хотите сменить поставщика медицинских услуг, входящего в сеть плана, обратитесь к своей группе медицинского обслуживания. **Если вы меняете поставщиков услуг, не поговорив с вашей командой и не получив предварительное одобрение, вы можете нести ответственность за стоимость услуги.**

Что касается поставщиков медицинских услуг, которые приходят к вам на дом или предоставляют услуги личной и интимной гигиены, мы можем приобрести услуги у знакомых вам людей, например, членов семьи. Лицо, которого вы выбираете, должно

быть квалифицировано и согласиться работать по цене, аналогичной стоимости других наших поставщиков.

Как программа Family Care помогает вам управлять своими услугами?

My Choice Wisconsin уважает выбор наших участников. Например:

- примерами категорий результатов, поддерживаемых программой Family Care, являются организация проживания, повседневная деятельность и услуги поддержки по вашему выбору. Вы говорите, что важно для вас в отношении результатов. Вы работаете со своей группой медицинского обслуживания, чтобы найти разумные способы поддержки для достижения ваших результатов. Если вы не считаете, что ваш план медицинского обслуживания предлагает разумную поддержку для достижения ваших результатов, вы можете подать жалобу или апелляцию. (Для получения дополнительной информации см. главу 8.)
- По вашей просьбе мы рассмотрим возможность привлечения поставщика услуг, которого мы обычно не используем.
- Что касается поставщиков медицинских услуг, которые приходят к вам на дом или предоставляют услуги личной и интимной гигиены, мы по вашему запросу приобретем услуги у любого квалифицированного поставщика медицинских услуг, в том числе у члена семьи. **Поставщик услуг или член семьи должен соответствовать нашим требованиям и принимать выплачиваемую нами сумму.**
- Вы имеете право перейти в другую группу медицинского обслуживания до двух раз в течение календарного года. Вам не нужно сообщать, почему вы хотите перейти в другую группу. My Choice Wisconsin не всегда может удовлетворить ваш запрос или дать вам конкретную группу, которую вы хотите.
- Вы можете самостоятельно управлять одной или несколькими услугами.

Что такое самостоятельное управление поддержкой?

Вы можете воспользоваться услугой самостоятельного управления поддержкой Family Care, если вы хотите принять на себя больше ответственности и принимать большее участие в управлении своими услугами. Выбор самостоятельного управления означает, что вы у вас будет больше прав выбора в том, как и от кого вы получаете свои услуги.

При наличии некоторых видов самостоятельного управления поддержкой вы можете контролировать и нести ответственность за свой собственный бюджет на услуги. Вы также можете контролировать своих поставщиков медицинских услуг, включая ответственность за наем, обучение, надзор и увольнение своих собственных работников по непосредственному уходу. При использовании других видов самостоятельного

управления поддержкой вы выбираете собственного поставщика, но агентство позаботится о найме, обучении и контроле персонала.

Самостоятельное управление поддержкой чаще всего используется для ухода на дому, однако этот метод также можно использовать для обслуживания вне дома, например, для транспортировки и личного ухода на рабочем месте. Ваша группа медицинского обслуживания может сообщить вам, какие услуги вы можете самостоятельно получать в рамках программы Family Care.

Вы сами выбираете, сколько вы хотите участвовать в самостоятельном управлении поддержкой. Это не подход «все или ничего». Вы можете управлять одной или несколькими услугами. Например, вы можете выбрать самостоятельное управление услугами, которые помогут вам оставаться дома или найти и сохранить работу. Затем вы можете сотрудничать с вашей группой медицинского обслуживания для управления услугами, направленными на другие результаты вашего плана медицинского обслуживания.

Если вы решите воспользоваться возможностью самостоятельного управления поддержкой, вы будете работать с вашей группой, чтобы определить бюджет на услуги на основании вашего плана обслуживания. Вы будете приобретать услуги в рамках этого бюджета напрямую или с помощью другого лица или агентства по своему выбору.

Если вы заинтересованы в самостоятельном управлении поддержкой, обратитесь к своей группе медицинского обслуживания за дополнительной информацией о преимуществах и ограничениях.

Что мне делать в случае экстренной ситуации?

В экстренной ситуации звоните по номеру 911.

*Вам **не** нужно обращаться в вашу группу медицинского обслуживания или получать предварительное разрешение в экстренных ситуациях.*

Экстренная ситуация означает, что вы считаете, что ваше здоровье находится в серьезной опасности. Экстренной ситуацией может быть внезапное заболевание, подозрение на инфаркт миокарда или инсульт, перелом кости или тяжелый приступ астмы.

Если вам требуется неотложная медицинская помощь:

- постарайтесь как можно быстрее получить помощь; позвоните по телефону 911 или обратитесь в ближайшее отделение неотложной помощи, больницу или центр неотложной помощи;

- сообщите персоналу отделения неотложной помощи и больницы, что вы являетесь членом My Choice Wisconsin.
- Вам или кому-либо еще следует как можно скорее связаться с вашей группой медицинского обслуживания (в течение 48 часов), чтобы сообщить им о том, что вам потребовалась экстренная медицинская помощь.

Несмотря на то, что программа Family Care не покрывает медицинские услуги, важно сообщить своей группе медицинского обслуживания, если вы обращаетесь в отделение неотложной помощи или поступите в больницу. Таким образом, мы можем сообщить вашим текущим поставщикам услуг о том, что вы находитесь в больнице, и можем координировать услуги последующего наблюдения. Например, перед выпиской из больницы ваш врач может направить вас в агентство медицинского обслуживания на дому для получения услуг последующего наблюдения. Ваша группа медицинского обслуживания должна будет дать разрешение на получение медицинских услуг на дому до выписки.

Как я могу получить помощь в нерабочее время?

Если у вас есть срочная потребность и вы не можете ждать до следующего рабочего дня, позвоните по телефону 800-963-0035 или по номеру TTY 711. Дежурный персонал работает круглосуточно без выходных. Дежурный персонал может временно разрешить предоставление необходимых услуг до следующего рабочего дня. Ваша группа медицинского обслуживания свяжется с вами, чтобы определить, следует ли продолжать получать услуги.

Что делать, если мне нужна помощь, когда я нахожусь вне района?

Если вы собираетесь выехать за пределы зоны обслуживания My Choice Wisconsin и хотите продолжать получать свои услуги за ее пределами, вы должны как можно скорее **уведомить об этом свою группу медицинского обслуживания.** My Choice Wisconsin проконсультируется с агентством по поддержанию дохода, чтобы выяснить, повлияет ли ваше отсутствие на ваш статус резидента округа.

- Если вы больше **не будете считаться резидентом** округа, обслуживаемого My Choice Wisconsin, обратитесь в Центр помощи по вопросам престарелых и инвалидности (ADRC) в округе, в котором вы собираетесь проживать. ADRC может рассказать вам о программах, доступных в этом округе.
- Если вы **по-прежнему будете считаться резидентом**, My Choice Wisconsin поможет вам спланировать экономичный способ удовлетворения ваших потребностей и поддержания здоровья и безопасности во время вашего отсутствия.

Если компания My Choice Wisconsin считает, что не может разработать экономически эффективный план, соответствующий вашим потребностям и обеспечивающий ваше здоровье и безопасность, пока вы находитесь за пределами нашей зоны обслуживания, мы

можем попросить штат исключить вас из программы. Если мы попросим штат исключить вас из программы, вам будет предоставлена возможность оспорить наш запрос в процессе апелляции. (Для получения дополнительной информации см. главу 8.)

My Choice Wisconsin не оплачивает обслуживание при вашем переезде за пределы нашей зоны обслуживания на постоянной основе. Если вы планируете переезд на постоянной основе, как можно раньше свяжитесь со своей группой медицинского обслуживания. Ваша группа обсудит с вами последствия переезда на постоянной основе. Если вы останавливаетесь в штате Висконсин, мы направим вас в ADRC в новом месте, где вы сможете получить информацию о других доступных вам программах и организациях. Если вы решите внести изменения, ваша группа медицинского обслуживания и персонал ADRC помогут вам перейти на услуги поставщиков в новом месте.

Какие услуги предоставляются?

Доступные вам услуги, как правило, зависят от вашего уровня обслуживания. У программы Family Care два «уровня ухода».

1.) **«Уровень обслуживания в доме престарелых»** — если вы соответствуете этому уровню обслуживания, это означает, что ваши потребности настолько значительные, что вы имеете право на получение услуг в доме престарелых. (Это не означает, что вы должны находиться в доме престарелых для получения услуг.) На этом уровне обслуживания доступен очень широкий набор услуг.

2.) **«Уровень обслуживания, предоставляемого не в доме престарелых»** — если вы соответствуете этому уровню обслуживания, это означает, что у вас есть некоторая потребность в услугах долгосрочного ухода, но вы не имеете права на получение услуг в доме престарелых. На этом уровне обслуживания доступен ограниченный набор услуг.

Со временем ваш уровень обслуживания может меняться по мере изменения состояния вашего здоровья и жизненной ситуации. Например, если вы поступили в больницу или в дом престарелых, ваша группа медицинского обслуживания встретится с вами, чтобы определить, изменился ли ваш уровень обслуживания. Если вы не знаете свой уровень обслуживания, обратитесь к вашей группе медицинского обслуживания.

Услуги, покрываемые программой Family Care, перечислены в таблице «Пакет льгот по программе Family Care» на следующей странице (стр. 33). Несмотря на то, что услуги, включенные в пакет льгот, доступны всем участникам, это не означает, что вы можете получить услугу только потому, что она включена в список. Вы получите только услуги, необходимые для оптимизации результатов долгосрочного ухода и для поддержания Вашего здоровья и обеспечения безопасности. Вы и ваша группа медицинского обслуживания будете использовать процесс RAD для создания наиболее экономичного плана медицинского обслуживания для вас.

My Choice Wisconsin, возможно, потребуется предоставить услугу, которая не указана в списке. Альтернативная поддержка или услуги должны соответствовать определенным условиям. Вы и ваша группа медицинского обслуживания решите, когда вам могут понадобиться альтернативные услуги для достижения результатов долгосрочного ухода.

Ваша группа медицинского обслуживания должна утвердить все услуги, прежде чем вы начнете их получать. Обратите внимание:

- для поучения права на участие в программе Family Care некоторым участникам, возможно, придется оплатить долю затрат.

- В рамках программы Family Care существуют правила разрешения на предоставление услуг учреждений интернатного типа и домов престарелых. My Choice Wisconsin будет одобрять услуги учреждений интернатного типа только в определенных ситуациях.
- Только некоторые услуги, включенные в пакет льгот, предоставляют право на самостоятельное управление в рамках программы Family Care. Если вам нужна дополнительная информация, обратитесь к вашей группе медицинского обслуживания.

Таблица с данными о льготах по программе Family Care

Следующие услуги доступны при условии, что они:

- необходимы для поддержки ваших результатов долгосрочного ухода;
- предварительно разрешены вашей группой медицинского обслуживания;
- указаны в вашем плане обслуживания.

	Уровень обслуживания в доме престарелых	**Уровень обслуживания, предоставляемого не в доме престарелых**
УСЛУГИ ПЛАНА ШТАТА MEDICAID ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА		
Услуги по лечению алкогольной и наркотической зависимости (AODA) в дневное время (во всех учреждениях, кроме больниц или кабинетов врача)	✓	✓
Услуги по лечению алкогольной и наркотической зависимости (AODA) (кроме стационаров и кабинетов врача)	✓	✓
Услуги по уходу/лечению пациентов	✓	✓
Программа амбулаторного лечения (за исключением предоставленных врачом услуг)	✓	✓
Медицинское оборудование и медицинские принадлежности длительного пользования (за исключением слуховых аппаратов, протезов и принадлежностей для регулирования рождаемости)	✓	✓
Здоровье на дому	✓	✓
Услуги лечения психических расстройств в дневное время (в любом учреждении)	✓	✓
Услуги охраны психического здоровья (кроме стационаров и кабинетов врача)	✓	✓
Медсестринский уход (включая ИВЛ, временный и частный медсестринский уход)	✓	✓
Трудовая терапия (во всех учреждениях, кроме стационара)	✓	✓
Личная гигиена	✓	✓
Физиотерапия (во всех учреждениях, кроме стационара)	✓	✓

	Уровень обслуживания в доме престарелых	Уровень обслуживания, предоставляемого не в доме престарелых
Услуги по лечению патологий речи и языка (во всех учреждениях, кроме стационара)	✓	✓
Транспортировка на приемы к врачу (кроме машины скорой помощи)	✓	✓
УСЛУГИ ПЛАНА ШТАТА MEDICAID НА БАЗЕ УЧРЕЖДЕНИЙ		
Дом престарелых, включая учреждения для пациентов с умственной отсталостью, нуждающихся в уходе и рутинных медицинских услугах, и учреждения для лечения психических заболеваний. (Услуги в учреждении для лечения психических заболеваний покрываются только для участников младше 21 года или старше 65 лет.)	✓	
АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ПРОГРАММЫ ОБСЛУЖИВАНИЯ НА ДОМУ И ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА		
Адаптивные вспомогательные средства	✓	
Учреждения дневного ухода для взрослых	✓	
Вспомогательные технологии/коммуникационные средства	✓	
Консультационные клинические и терапевтические услуги для лиц, осуществляющих уход	✓	
Обучение и подготовка потребителей	✓	
Консультационные и терапевтические услуги	✓	
Обучение навыкам повседневной жизни	✓	
Учреждения дневного пребывания	✓	
Услуги управления финансами	✓	
Доставка еды на дом	✓	
Правильное обустройство жизненного пространства больного	✓	
Консультирование по вопросам жилья	✓	
Персональная система экстренного реагирования	✓	

	Уровень обслуживания в доме престарелых	Уровень обслуживания, предоставляемого не в доме престарелых
Услуги по подготовке на начальной стадии профессионального обучения	✓	
Услуги по переезду	✓	
Уход на дому: семейный дом для взрослых с 1 или 2 кроватями в комнате	✓	
Уход на дому: семейный дом для взрослых с 3 или 4 кроватями в комнате	✓	
Уход на дому: жилой объект по месту жительства	✓	
Уход на дому: жилой комплекс с уходом по месту жительства	✓	
Временный уход	✓	
Самостоятельное управление услугами личной гигиены	✓	
Квалифицированный медицинский уход	✓	
Медицинское оборудование и расходные материалы	✓	
Личный помощник	✓	
Трудоустройство людей с ограниченными возможностями — индивидуальные и небольшие группы услуг по трудоустройству	✓	
Поддерживающее лечение на дому	✓	
Услуги по обучению для лиц, осуществляющих уход без оплаты	✓	
Транспортировка (специальный транспорт) — общественный транспорт и другие виды транспорта	✓	
Планирование и поддержка развития карьеры	✓	

Какие услуги не предоставляются?

Следующие услуги не входят в пакет льгот по долгосрочному уходу программы Family Care, но доступны вам по вашей карте Wisconsin Medicaid ForwardHealth:

- услуги по лечению алкогольной и наркотической зависимости (предоставляются врачом или в стационарных учреждениях);
- аудиология, включая оценку функции слуха и реабилитацию при нарушениях слуха;
- хиропрактика;
- кризисное вмешательство;
- стоматология;
- неотложная помощь (включая воздушные и наземные машины скорой помощи);
- очки;
- услуги по планированию семьи;
- слуховые аппараты и батареи слуховых аппаратов;
- хоспис (поддерживающее лечение неизлечимого заболевания);
- больница: стационарное и амбулаторное лечение, включая оказание неотложной помощи (за исключением амбулаторной физиотерапии, трудовой терапии, услуг по лечению патологий речи и языка, психиатрической помощи от любого лица, кроме врача, а также услуг по лечению алкогольной и наркотической зависимости от любого лица, кроме врача);
- услуги в учреждении для лечения психических заболеваний (услуги покрываются только для участников младше 21 года или старше 65 лет);
- услуги медсестры, которая после окончания учебного заведения получила юридическое право на самостоятельную практику;
- лабораторные анализы и рентгеновские снимки;
- препараты/рецептурные лекарства;
- психиатрическая помощь (предоставляются врачом или в стационарных учреждениях);
- оптометрия;
- услуги врача и обслуживание в клинике (за исключением амбулаторной физиотерапии, трудовой терапии, услуг по лечению патологий речи и языка, психиатрической помощи от любого лица, кроме врача, а также услуг по лечению алкогольной и наркотической зависимости от любого лица, кроме врача);
- ортопедия (уход за ногами);
- координация медицинского обслуживания в период беременности;
- протезирование;
- психиатрия;

- обслуживание в школе;
- транспортировка на машине скорой помощи.

Программа Family Care не покрывает перечисленные выше услуги, но вы имеете право на их получение в рамках обычной программы Medicaid. Персонал по уходу будет тесно сотрудничать с вами с целью оказания помощи в получении необходимых вам услуг, когда потребуется. Если у вас есть льготы Medicare, Veterans (VA) или другие виды страхования, помимо Medicaid, эти виды страхования могут покрывать перечисленные выше услуги. С вас могут взять доплату за эти услуги.

В дополнение к вышеприведенному списку, следующие позиции и услуги не предоставляются:

- услуги, не утвержденные вашей группой медицинского обслуживания или не включенные в ваш план медицинского обслуживания;
- услуги, которые не требуются для поддержки ваших результатов долгосрочного ухода;
- обычные расходы на проживание, такие как аренда или ипотечные платежи, питание, коммунальные услуги, развлечения, одежда, мебель, товары для дома и страхование;
- личные вещи в вашей комнате в учреждении для проживания с уходом или в доме престарелых, например, телефон или телевизор;
- проживание и питание в домах-интернатах;
- сборы, связанные с попечительством.

Глава 5. Понимание того, кто оплачивает услуги и координирует ваши льготы

Нужно ли мне платить за какие-либо услуги?

Вам не нужно платить за услуги, перечисленные в вашем плане обслуживания, если это необходимо для поддержки ваших результатов долгосрочного ухода. Если вы организуете услуги, которые не входят в ваш план обслуживания, вы будете нести ответственность за их оплату.

Вы несете ответственность за доплату за услуги, которые вы получаете в рамках обычной программы Medicaid. Сюда входят доплаты за лекарственные препараты, визиты к врачу и визиты в больницу. Доплата — это фиксированная сумма (например, 5 долларов США), которую вы платите за покрываемую медицинскую услугу. Вы также можете нести ответственность за доплаты, если у вас есть льготы Veterans (VA) или другие страховые полисы, кроме Medicaid.

Существует два других вида расходов, которые вам, возможно, придется оплачивать каждый месяц:

- совместное покрытие расходов;
- жилье и питание.

Доля затрат, жилье и питание — это две разные вещи, но вам, возможно, придется заплатить за обе.

Совместное покрытие расходов

Для того чтобы сохранить право на участие в программе Family Care, некоторым участникам, возможно, придется платить ежемесячную сумму. Этот ежемесячный платеж называется **совместным покрытием расходов**. Ваша доля затрат основана на нескольких факторах, включая ваш доход, расходы на жилье и медицинские расходы. Сумма, которую вы платите в счет определенных расходов, может снизить вашу долю затрат. Ваша группа медицинского обслуживания может объяснить типы расходов, которые могут снизить вашу долю затрат, и расскажет, какие квитанции вы должны сохранить. Они попросят предоставить копии квитанций и определят, могут ли расходы помочь вам снизить сумму, которую вы должны.

Если у вас есть доля затрат, вы будете получать счет от My Choice Wisconsin каждый месяц. Несмотря на то, что вы отправляете свой платеж по почте в My Choice Wisconsin, агентство по поддержанию дохода определяет сумму, которую вы должны выплачивать каждый месяц.

Сумма вашей доли затрат будет проверяться один раз в год или при изменении вашего дохода. **Вы обязаны сообщать обо всех изменениях в доходах и имуществе вашей**

группе медицинского обслуживания и агентству по под держанию дохода в течение 10 дней после изменения. Имущество включает, помимо прочего, автомобили, наличные, чековые и сберегательные счета и денежную стоимость страхования жизни.

Если вы не оплатите свою ежемесячную долю затрат, это может привести к потере права на участие, и вы можете быть исключены из программы Family Care. Если вы считаете, что ваша доля затрат неверна, вы можете подать запрос о проведении беспристрастного слушания в Отдел слушаний и апелляций штата Висконсин. См. страницу 57 для получения инструкций о том, как ходатайствовать о проведении беспристрастного слушания на уровне штата.

Если у вас есть вопросы о совместном покрытии расходов, свяжитесь с вашей группой медицинского обслуживания.

Уменьшение доли затрат

Если вы не можете оплатить свою ежемесячную долю затрат из-за ваших необходимых расходов на проживание, вы можете претендовать на уменьшение вашей доли затрат. Обязательные расходы на проживание включают ипотечные платежи, арендную плату, страхование жилья или страхование квартиросъемщика, налоги на имущество, коммунальные услуги, питание, одежду, предметы гигиены, а также стоимость эксплуатации и обслуживания автомобиля.

Снижение доли затрат может сделать ваши ежемесячные расходы на проживание более доступными и позволит вам остаться участником программы Family Care.

Чтобы подать запрос на снижение доли затрат, вы должны заполнить «Заявление на снижение доли затрат». См. приложение № 3 для получения копии заявления или получите форму заявления на сайте www.dhs.wisconsin.gov/library/f-01827.htm.

Наряду с заявлением необходимо будет предоставить подтверждение вашего ежемесячного дохода, ваших ежемесячных расходов и суммы доли затрат, которую вы платите в My Choice Wisconsin каждый месяц. В заявлении указываются необходимые подтверждающие документы и приводятся примеры типов документов, которые вам нужно будет предоставить.

Если вам нужна помощь в заполнении заявления, вы можете бесплатно обратиться за помощью к омбудсмену. Контактная информация по программам омбудсмена приведена на странице 70.

Жильё и питание

Вы будете нести ответственность за оплату жилья и питания (аренды и питания), если вы проживаете в семейном доме для взрослых, доме-интернате по месту жительства или в жилом комплексе с предоставлением услуг ухода на дому.

My Choice Wisconsin оплатит часть услуг по уходу и надзору. Мы сообщим вам, сколько будет стоить ваше жилье и питание, и каждый месяц будем высылать вам счет.

Если у вас есть вопросы о жилье и питании или вы не можете произвести оплату, обратитесь в свою группу медицинского обслуживания. Ваша группа медицинского обслуживания может помочь вам найти учреждение, которое отвечает вашим потребностям, по более доступной цене.

Как мне произвести оплату?

Доля затрат, жилье и питание могут быть оплачены чеком или денежным переводом. Отправить платежи по адресу:
My Choice Wisconsin
MCO Member Account
P O Box 6789
Carol Stream, IL 60197-6789

Также может быть доступно автоматическое списание средств с вашего банковского счета. За более подробной информацией обращайтесь к вашей группе медицинского обслуживания.

Что делать, если я получу счет за услуги?

Вам не нужно оплачивать услуги, которые ваша группа медицинского обслуживания предоставляет в рамках вашего плана медицинского обслуживания. Если вы получили счет от поставщика услуг по ошибке, не оплачивайте его. Вместо этого обратитесь к своей группе, чтобы они могли решить проблему.

Оплачивает ли программа Family Care услуги учреждений интернатного типа или домов престарелых?

Важной целью программы Family Care является помощь участникам в том, чтобы они могли жить как можно более независимо. Все люди, включая людей с ограниченными возможностями и пожилых людей, должны быть в состоянии жить дома с необходимой поддержкой и участвовать в сообществах, которые ценят их вклад.

Исследования и опросы показывают, что большинство людей хотят жить в своем собственном доме или квартире, среди семьи и друзей. Большинство услуг по программе

Family Care могут быть предоставлены большинству людей на дому, и проживание дома, как правило, является наиболее экономически эффективным вариантом.

Пакет льгот по программе Family Care включает услуги ухода на дому и в доме престарелых. Тем не менее, переход из дома в медицинское учреждение или учреждение с сестринским уходом должен быть крайним средством.

Ваша группа медицинского обслуживания разрешит пребывание в доме престарелых или доме с сестринским уходом только в том случае, если применяется одно или несколько из следующих условий:

- ваше здоровье и безопасность не могут быть гарантированы у вас дома;
- ваши результаты долгосрочного ухода не могут быть экономически эффективными при оказании вам помощи на дому;
- переход в медицинское учреждение является наиболее экономичным вариантом для поддержки ваших результатов долгосрочного ухода.

Даже если уход на дому является единственным вариантом, вы не сможете остаться или переехать в желаемое учреждение. Это учреждение может не иметь договора с My Choice Wisconsin или может не согласиться принять тариф, который мы оплачиваем. Программа Family Care не может заставлять поставщиков принимать наши тарифы.

Если вы проживаете в своем собственном доме, но вы и ваша группа медицинского обслуживания согласны, что вам больше не следует проживать там, вы вместе примете решение относительно услуг учреждений интернатного типа. Вы и ваша группа отвечаете за поиск наиболее экономичных вариантов проживания в сети поставщиков медицинских услуг My Choice Wisconsin. После переезда мы продолжим работать с вами до тех пор, пока вы находитесь в доме-интернате или в доме престарелых.

Ваша группа медицинского обслуживания должна предоставить разрешение на все услуги учреждений интернатного типа. Очень важно, чтобы вы не выбирали поставщика услуг по месту жительства самостоятельно. Вы должны совместно со своей группой принимать эти решения, чтобы убедиться, что My Choice Wisconsin оплатит эти услуги.

Вам нужно будет оплатить за аренду и питание в рамках стоимости пребывания в учреждении. Эти расходы также называются расходами на жилье и питание.

Каким образом скоординированы Medicare и другие мои страховые льготы?

Когда вы регистрируетесь в My Choice Wisconsin, мы спросим вас, есть ли у вас какая-либо другая страховка, кроме Medicaid (Medicaid также известна как Medical Assistance, MA или Title 19). К другим страховым планам относятся Medicare, страховка пенсионеров, страховка долгосрочного ухода и другая частная медицинская страховка.

Важно, чтобы Вы предоставили нам информацию о другой имеющейся у вас страховке. **Если вы решите не пользоваться другой страховкой, мы можем отказаться оплачивать любые услуги, которые они покрывают.**

Прежде чем программа Medicaid, включая программу Family Care, оплатит услуги, необходимо сначала выставить счет на оплату другой страховки. My Choice Wisconsin ожидает от вас, что вы:

- сообщите нам, если у вас есть другая страховка, включая части A и B программы Medicare;
- сообщите нам об изменениях в страховом покрытии по частям A и B программы Medicare или в другой страховке;
- сообщите нам о получении платежа от страховой компании, поскольку вам, возможно, придется возместить расходы My Choice Wisconsin. То, как вы обрабатываете эти платежи, может повлиять на ваше право на участие в программе Family Care.

Если в настоящее время у вас нет программы Medicare, потому что вы считаете, что не можете себе этого позволить, ваша группа медицинского обслуживания может найти программу, которая поможет вам оплатить страховые взносы по программе Medicare.

Если вы являетесь участником программы Medicare, она покроет большинство ваших расходов на медицинское обслуживание, включая врачей и больницы. Часть стоимости, которую не покрывает Medicare, называется франшизой, совместным страхованием или доплатой Medicare. Medicaid или My Choice Wisconsin оплатят за вас франшизу, совместное страхование или доплату Medicare.

Если вы получаете счет от Medicare или поставщика медицинских услуг за франшизу, совместное страхование или доплату Medicare, обратитесь в свою группу медицинского обслуживания.

Что такое возмещение за счет имущества? Как это применимо ко мне?

Если вы уже зарегистрированы в программе Medicaid или являетесь участником My Choice Wisconsin, к вам применяются правила возмещения за счет имущества. Возмещение за счет имущества по программе Medicaid применяется к большинству услуг долгосрочного ухода, предоставляемых компанией My Choice Wisconsin или другими программами.

Благодаря возмещению за счет имущества штат стремится получить возмещение расходов всех услуг долгосрочного ухода по программе Medicaid. Возмещение производится за счет вашего имущества или имущества вашего супруга/супруги после вашей и его/ее смерти. Полученные средства возвращаются в штат и используются для ухода за нуждающимися.

Возмещение производится путем подачи исков в отношении имущества. Штат не будет пытаться получить компенсацию за счет вашего имущества, если ваш супруг или ребенок с инвалидностью все еще жив. Возмещение будет происходить после смерти.

Для получения дополнительной информации о возмещении за счет имущества обратитесь к своей группе медицинского обслуживания. Информацию о программе возмещения за счет имущества Medicaid также можно получить, воспользовавшись следующими ресурсами.

Бесплатный номер телефона: 800-362-3002
TTY: 711 или 800-947-3529
Веб-сайт: www.dhs.wisconsin.gov/medicaid/erp.htm

Глава 6. Ваши права

Мы должны уважать ваши права как участника My Choice Wisconsin.

1) **Мы должны предоставлять информацию таким образом, чтобы она работала на вас.** Для получения информации о том, как она работает на вас, свяжитесь с вашей группой медицинского обслуживания.

2) **Мы должны всегда относиться к вам с достоинством, уважением и справедливо**. Вы имеете право:

- на получение сострадательного, внимательного ухода от персонала и поставщиков медицинских услуг My Choice Wisconsin;
- на получение ухода в безопасной и чистой среде;
- не выполнять работу или не оказывать услуги My Choice Wisconsin;
- на получение помощи в общении с сотрудниками My Choice Wisconsin об изменениях в политике, которые, по вашему мнению, должны быть внесены, или услугах, которые, по вашему мнению, должны быть предоставлены;
- на получение поощрения при осуществлении ваших прав как участника My Choice Wisconsin;
- на отсутствие дискриминации. Компания My Choice Wisconsin обязана соблюдать законы, которые защищают вас от дискриминации или несправедливого отношения. Мы не допускаем дискриминации на основании расы, психических или физических нарушений, религии, пола, гендерной идентичности, сексуальной ориентации, здоровья, этнической принадлежности, вероисповедания (верований), возраста, национального происхождения или источника оплаты;
- на освобождение от любой формы ограничения или изоляции, используемых в качестве средства воздействия, дисциплины, упрощения манипуляций по уходу и лечению или ответных мер. Это означает, что вы имеете право быть свободными от ограничения или изоляции, чтобы заставить вас вести себя определенным образом или наказать вас, или потому, что кто-то считает это полезным;
- на отсутствие жестокого, пренебрежительного отношения и финансовых правонарушений.
    - **Жестокое обращение** может быть физическим, эмоциональным, финансовым или сексуальным. Жесткое обращение также может быть связано с тем, что кто-то дает вам лечение, например, лекарство или экспериментальный препарат, без вашего информированного согласия.
    - **Пренебрежение** — это ситуация, в которой лицо, осуществляющее уход, не предоставляет уход, услуги или наблюдение, что создает значительный риск для человека. Небрежное отношение — это ситуация, в которой лицо,

ответственное за уход за собой, не получает надлежащий уход, включая питание, укрытие, одежду, медицинское или стоматологическое обслуживание.

- **Финансовые правонарушения** могут включать мошенничество, принуждение или понуждение, кражу, неправомерные действия фискального агента, кражу личности, подделку или несанкционированное использование финансовых карт, включая кредитные, дебетовые, карты для банкомата и аналогичные карты.

Что вы можете сделать, если являетесь жертвой жестокого обращения, пренебрежения или финансового правонарушения? Ваша группа медицинского обслуживания готова обсудить с вами вопросы, которые, по вашему мнению, могут быть жестоким обращением, пренебрежением или финансовым правонарушением. Они могут помочь вам в сообщить о таких случаях или получить услуги для обеспечения безопасности. В экстренных случаях всегда следует звонить по телефону 911.

Если вы считаете, что вы или кто-то, кого вы знаете, стали жертвой жестокого обращения, пренебрежительного отношения или финансового правонарушения, вы можете обратиться в Службу по защите взрослых. Службы по защите взрослых помогают обеспечить безопасность пожилых людей и взрослых, находящихся в группе риска, которые пережили жестокое обращение, пренебрежение или эксплуатацию. Они также помогают, когда человек не в состоянии заботиться о своей собственной безопасности из-за состояния здоровья или инвалидности.

На стр. 9–11 перечислены номера телефонов, по которым следует звонить, чтобы сообщить о случаях насилия, свидетелем которых вы стали или о которых подозреваете.

3) **Мы должны обеспечить Вам своевременный доступ к покрываемым страховкой услугам**. Как участник My Choice Wisconsin вы имеете право получать услуги, перечисленные в вашем плане обслуживания, когда они вам нужны. Ваша группа медицинского обслуживания организует предоставление вам покрываемых услуг. Ваша группа также будет координировать свои действия с медицинскими работниками, например, врачами, стоматологами и ортопедами. Обратитесь к своей группе за помощью в выборе поставщиков медицинских услуг.

Если вы переходите в My Choice Wisconsin из другой программы или организации Medicaid, мы должны обеспечить вам такой же доступ к услугам, как и раньше. После того как вы зарегистрируетесь, мы встретимся с вами для разработки вашего плана обслуживания. Ваши услуги и поставщики медицинских услуг могут измениться в соответствии с вашим новым планом, но вы можете сохранить своих поставщиков медицинских услуг, если они согласятся работать с нами и будут соответствовать нашим требованиям.

4) **Мы обязаны обеспечивать конфиденциальность вашей персональной медицинской информации**. Если у вас есть вопросы или сомнения по поводу использования вашей персональной медицинской информации, пожалуйста, позвоните по телефону 800-963-0035. См. приложение 7, стр. 99 для ознакомления с Уведомлением о правилах соблюдения конфиденциальности компании My Choice Wisconsin.

5) **Мы должны предоставить вам доступ к вашей медицинской документации.** Если вы хотите получить копию своей документации, обратитесь к вашей группе медицинского обслуживания. Вы имеете право попросить My Choice Wisconsin изменить или исправить вашу документацию.

6) **Мы должны предоставить вам информацию о My Choice Wisconsin**, **нашей сети поставщиков и доступных услугах**. Если вам нужна эта информация, обратитесь к вашей группе медицинского обслуживания.

7) **Мы обязаны уважать ваше право на принятие решений относительно вашего обслуживания**.

- Вы имеете право знать обо всех вариантах выбора. Это означает, что вы имеете право знать обо всех вариантах лечения, их стоимости и распространяется ли на них страховка по плану Family Care. Вы также можете предложить другие услуги, которые, по вашему мнению, будут соответствовать вашим потребностям.
- Вы имеете право знать о любого рода рисках, связанных с вашим лечением.
- Вы имеете право отказаться от любого рекомендованного медицинского обслуживания или услуг.
- Вы имеете право запросить заключение другого врача. Если вам нужна помощь в получении заключения другого врача, обратитесь к вашей группе медицинского обслуживания.
- Вы имеете право давать указания относительно того, что следует делать, если вы не в состоянии самостоятельно принимать решения. Иногда человек не в состоянии принимать решения относительно своего лечения вследствие несчастного случая или серьезной болезни. Вы имеете право сообщить о своей воле на случай такой ситуации. Это означает, что вы можете разработать «**заблаговременное распоряжение**».

  Существует несколько видов предварительных указаний, которые имеют разные юридические названия. Примерами предварительных указаний являются «**завещание о жизни**» и «**доверенность на осуществление медицинского обслуживания**».

  Вы решаете, хотите ли вы использовать заблаговременное распоряжение. Ваша группа медицинского обслуживания может объяснить, как создавать и использовать заблаговременное распоряжение, но они не могут заставить вас их

принимать или относиться к вам по-другому в зависимости от того, есть ли у вас заблаговременное распоряжение или нет.

Вы можете подать жалобу в отдел обеспечения качества штата Висконсин, если считаете, что My Choice Wisconsin не соблюдает ваше заблаговременное распоряжение. Чтобы подать жалобу, позвоните по телефону 800-642-6552.

Если вы хотите узнать больше о заблаговременных распоряжениях, обратитесь к своей группе медицинского обслуживания. Формы заблаговременных распоряжений также можно найти на веб-сайте штата Висконсин по адресу www.dhs.wisconsin.gov/forms/advdirectives.

8) **Вы имеете право на получение услуг по программе Family Care там, где вы можете быть настоящим участником сообщества, в котором вы проживаете.** Это ваше право согласно федеральному правилу об услугах на дому и по месту жительства. Это правило распространяется на условия, в которых вы проживаете, и условия за пределами вашего дома, в которых вы получаете услуги в течение дня. Компания My Choice Wisconsin должна гарантировать вам получение услуг программы Family Care по месту жительства и там, где вы можете вести независимую жизнь. Это места, где вы можете:

- жить там, где хотите;
- участвовать в жизни сообщества;
- найти работу и работать так же, как и другие люди в вашем сообществе;
- контролировать свой график;
- получать доступ к своим деньгам и контролировать их;
- решать, с кем и когда встречаться;
- сохранять свою конфиденциальность.

Если у вас есть сомнения по поводу мест, в которых вы получаете услуги, вы можете связаться с вашей группой медицинского обслуживания.

9) **Вы имеете право подать жалобу или апелляцию, если вы не удовлетворены своим обслуживанием или услугами.** (Информация о том, как подать жалобу или апелляцию, приведена в главе 8).

Глава 7. Ваши обязанности

Действия, которые необходимо предпринимать вам как участнику плана My Choice Wisconsin перечислены ниже. Если у вас есть вопросы, обратитесь к своей группе медицинского обслуживания. Мы здесь для того, чтобы протянуть вам руку помощи!

1) Ознакомьтесь с услугами, включенными в пакет льгот в рамках программы Family Care. В том числе необходимо понять, что вам нужно сделать для получения услуг.

2) Участвуйте в первоначальной и непрерывной разработке вашего плана медицинского обслуживания.

3) Принимайте участие в процессе RAD, чтобы найти наиболее экономичные способы удовлетворения ваших потребностей и поддержания результатов долгосрочного ухода. Члены, семьи и друзья несут ответственность за наиболее экономичное использование государственных налоговых средств.

4) Обсудите со своей группой медицинского обслуживания, как ваши друзья, члены семьи или другие общественные и волонтерские организации могут помочь вам или как вы можете сделать больше для себя.

5) Соблюдайте согласованный вами и вашей группой медицинского обслуживания план медицинского обслуживания.

6) Несите ответственность за свои действия, если вы отказываетесь от лечения или не соблюдаете инструкции вашей группы медицинского обслуживания или поставщиков медицинских услуг.

7) Обращайтесь к поставщикам услуг или агентствам, которые являются частью My Choice Wisconsin, если вы и ваша группа медицинского обслуживания не примете иного решения.

8) Следуйте процедурам My Choice Wisconsin по получению медицинской помощи в нерабочее время.

9) Сообщите нам о переезде на новый адрес или изменении номера телефона.

10) Сообщите нам о запланированном временном пребывании или переезде из зоны обслуживания.

11) Предоставьте My Choice Wisconsin правильную информацию о ваших потребностях в медицинском обслуживании, финансах и предпочтениях и как можно скорее сообщите нам о любых изменениях в вашем статусе. Это включает в

себя подписание формы разрешения на выдачу информации, когда нам нужна другая информация, которую вы не можете легко получить.

12) Относитесь к своей группе, персоналу по уходу на дому и поставщикам услуг с достоинством и уважением.

13) Принимайте услуги независимо от расы, цвета кожи, религии, возраста, пола, сексуальной ориентации, здоровья, этнической принадлежности, вероисповедания (веры) или национального происхождения.

14) Оплачивайте все ежемесячные расходы вовремя, включая долю затрат или стоимость жилья и питания. Если у вас возникнут проблемы с оплатой, как можно скорее сообщите об этом своей группе медицинского обслуживания.

15) Пользуйтесь льготами Medicare и частным страхованием, когда это уместно. Если у вас есть какая-либо другая медицинская страховка, сообщите об этом My Choice Wisconsin и агентству по поддержанию дохода.

16) Бережно относитесь к любому медицинскому оборудованию длительного пользования, например, инвалидным коляскам и больничным кроватям, предоставленным вам компанией My Choice Wisconsin.

17) Сообщайте о мошенничестве или злоупотреблениях, совершенных поставщиками или сотрудниками My Choice Wisconsin. Если вы подозреваете кого-либо в текущем или прошлом злоупотреблении государственными денежными пособиями, включая Family Care, позвоните на горячую линию по вопросам мошенничества или подайте заявление онлайн по адресу:

Сообщите о мошенничестве с государственными денежными пособиями по телефону
877-865-3432 (бесплатно) или на
сайтеwww.dhs.wisconsin.gov/fraud

Если вы считаете, что обнаружили случаи мошенничества, растраты, злоупотребления или несоблюдения требований, вы можете связаться с My Choice Wisconsin следующим образом на условиях конфиденциальности.

- **Позвоните** на бесплатную анонимную «горячую линию» по вопросам нормативно-правового соответствия по телефону 1-833-253-3465 или на местный номер (608) 245-3576
- **Адрес электронной почты**: Compliance@mychoicewi.org

18) Не участвуйте в мошеннических действиях или злоупотреблениях, например:

- предоставлении неправильной информации о вашем уровне инвалидности;
- предоставлении неправильной информации об уровне дохода и имуществе;
- предоставлении неправильной информации о проживании;

- продаже медицинского оборудования, поставляемого компанией My Choice Wisconsin,

Любая мошенническая деятельность может привести к исключению из программы Family Care или возможному уголовному преследованию.

19) Позвоните сотруднику вашей группы медицинского обслуживания и попросите о помощи, если у вас возникли вопросы или затруднения.

20) Расскажите нам о качестве нашей работы! Время от времени мы можем спрашивать вас, хотите ли вы участвовать в интервью с участниками, опросах об удовлетворенности или других мероприятиях по оценке качества. Ваши ответы и комментарии помогут нам определить наши сильные стороны и области, которые нам необходимо улучшить. Сообщите нам, если вы хотите узнать результаты каких-либо опросов. Мы будем рады поделиться с вами этой информацией.

Глава 8. Жалобы и апелляции

Введение

Мы стремимся предоставлять качественное обслуживание нашим участникам. Иногда у вас может возникнуть опасения. Как участник программы вы имеете право подать жалобу или апелляцию на решение, принятое My Choice Wisconsin, и получить своевременную и справедливую оценку.

Если вы недовольны предоставляемым вам обслуживанием или услугами, вам следует сначала поговорить со своей группой медицинского обслуживания. Общение с группой обычно является самым простым и быстрым способом решения ваших проблем. Если вы не хотите общаться со своей группой, вы можете позвонить одному из наших специалистов по правам участников. Специалист по правам участников может рассказать вам о ваших правах, попытаться неофициально разрешить ваши проблемы и помочь вам подать жалобу или апелляцию. Специалист по правам участников может работать с вами на протяжении всего процесса рассмотрения жалобы и апелляции, чтобы попытаться найти подходящее решение.

Для получения помощи в процессе рассмотрения жалобы и апелляции обратитесь к одному из специалистов My Choice Wisconsin по правам участников по адресу:

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*

Если вы не можете разрешить свои проблемы, обратившись непосредственно к вашей группе медицинского обслуживания или специалисту по правам участников, вы можете подать жалобу или апелляцию в My Choice Wisconsin.

В данном руководстве рассказывается, как подать жалобу или апелляцию. Информация может показаться немного непонятной, поскольку у каждого варианта разные сроки. Примечание. В данном руководстве под «днями» подразумевается любой день года, включая праздники. Когда в данном руководстве упоминаются «рабочие дни», это означает «с понедельника по пятницу», за исключением праздничных дней. Вам не обязательно знать или понимать всю информацию, содержащуюся в этой главе, потому что есть люди, готовые вам помочь.

Если у вас есть какая-либо проблема, которую вы не знаете, как решить, вы можете обратиться к вашей группе медицинского обслуживания или к одному из специалистов My Choice Wisconsin по правам участников. Существуют также программы омбудсмена, призванные помочь всем участникам программы Family Care с жалобами и апелляциями. (Контактная информация по программам омбудсмена приведена на стр. 60.) Вы также можете попросить члена семьи, друга, адвоката или юриста помочь вам. Специалист по правам участников может предоставить вам информацию о других местах, где вам также могут помочь.

Копия вашего дела

Вы имеете право на бесплатную копию информации, содержащейся в вашем деле, связанной с вашей жалобой или апелляцией. Информация означает все документы, медицинскую документацию и другие материалы, связанные с вашей жалобой или апелляцией. Это включает в себя любую новую или дополнительную информацию, которую My Choice Wisconsin собирает во время рассмотрения вашей жалобы или апелляции. Чтобы запросить копию вашего дела, свяжитесь с My Choice Wisconsin по телефону 800-963-0035 (добавочный номер 3448) или напишите по адресу mrs@mychoicewi.org.

У вас не будет неприятностей при подаче жалобы или разногласиях с вашей группой медицинского обслуживания или вашим поставщикам медицинских услуг. Если вы подаете жалобу или апелляцию, с вами не будут обращаться по-другому.
Мы хотим, чтобы вы были довольны своим обслуживанием.

Жалобы

Что такое жалоба?

Жалоба — это ситуация, когда вы не удовлетворены My Choice Wisconsin, одним из наших поставщиков услуг или качеством вашего обслуживания или услуг. Например, вы можете подать жалобу, если:

- ваш работник по личному уходу часто опаздывает;
- вы чувствуете, что ваша группа медицинского обслуживания не слушает вас;
- вам трудно записаться на прием к врачу;
- вы не удовлетворены продукцией для ухода при недержании, предоставляемой вашим поставщиком медицинских услуг.

Кто может подать жалобу?

Жалоба может быть подана любым из следующих лиц:

- вами;
- лицом, принимающим за вас юридические решения, например, законным опекуном или лицом с действующей доверенностью на осуществление медицинского обслуживания;
- лицом или организацией, которую вы указали в качестве своего уполномоченного представителя в целях программы Medicaid;
- любым лицом с вашего письменного разрешения, например, членом семьи, другом или поставщиком медицинских услуг.

Каков срок подачи жалобы?

Вы можете подать жалобу в любое время.

Как подать жалобу?

Если вы хотите подать жалобу, то Вам необходимо начать процесс, связавшись с:

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

ШАГ 1. Направьте жалобу в My Choice Wisconsin

My Choice Wisconsin хочет, чтобы вы были довольны своим обслуживанием и предоставляемыми услугами. Один из наших специалистов по правам участников может сотрудничать с вами и вашей группой медицинского обслуживания, чтобы попытаться решить ваши проблемы неофициально. Часто мы можем решить ваши проблемы без дальнейших действий. Однако, если мы не можем разрешить вашу проблему, вы можете подать жалобу в My Choice Wisconsin, позвонив или написав нам.

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

Какие дальнейшие действия?

Если вы подаете жалобу в My Choice Wisconsin, мы отправим вам письмо в течение пяти рабочих дней с уведомлением о получении вашей жалобы. Затем сотрудники My Choice Wisconsin, которые не входят в вашу группу медицинского обслуживания, попытаются помочь вам неофициально решить ваши проблемы или найти решение, которое удовлетворит вас и My Choice Wisconsin. Если мы не можем найти решение или если вы не хотите работать с сотрудниками My Choice Wisconsin для неофициального решения ваших проблем, наш Комитет по рассмотрению жалоб и апелляций рассмотрит вашу жалобу и вынесет решение.

- Комитет состоит из представителей My Choice Wisconsin и, по крайней мере, одного «потребителя». Потребитель — это лицо, которое также получает от нас услуги или представляет такое лицо. Иногда в состав комитета могут входить другие люди, специализирующиеся на вашей жалобе.
- Мы сообщим вам, когда комитет планирует встретиться для рассмотрения вашей жалобы.
- Встреча является конфиденциальной. Вы можете попросить не включать потребителя в состав комитет, если вас беспокоит конфиденциальность, или у вас есть другие опасения.
- У вас есть право прийти лично. Вы можете взять с собой адвоката, друга, члена семьи или свидетелей.
- Комитет даст вам возможность объяснить Ваши проблемы. Вы можете предоставить комитету информацию, доказательства и показания.
- Ваша группа медицинского обслуживания или другие сотрудники My Choice Wisconsin, скорее всего, будут присутствовать на встрече.
- Комитет примет решение в течение 90 дней с даты получения Вашей жалобы. Комитет вышлет вам письмо с решением.

Что делать, если я не согласен (-сна) с решением Комитета по рассмотрению жалоб и апелляций?

Если вы не согласны с решением Комитета по рассмотрению жалоб и апелляций, то можете обратиться в Департамент здравоохранения штата Висконсин (Department of Health Services, DHS).

ШАГ 2. Подайте запрос на рассмотрение DHS

Примечание. Прежде чем подать запрос на рассмотрение в DHS, вы должны пройти процедуру рассмотрения жалобы в My Choice Wisconsin.

Вы можете попросить DHS рассмотреть решение Комитета по рассмотрению жалоб и апелляций по вашей жалобе. DHS является государственным органом, отвечающим за программу Family Care. DHS работает с внешней организацией MetaStar для рассмотрения

жалоб. MetaStar рассмотрит факты вашей жалобы и решение Комитета по рассмотрению жалоб и апелляций. MetaStar отправит вам окончательное решение по вашей жалобе.

Чтобы подать запрос на рассмотрение вашей жалобы в DHS, позвоните или напишите по электронной почте:

DHS Family Care Grievances
Toll-free: 888-203-8338
Email: dhsfamcare@wisconsin.gov

Каков крайний срок подачи запроса на рассмотрение DHS?

Комитет по жалобам и апелляциям компании My Choice Wisconsin должен направить вам решение по вашей жалобе в течение 90 дней с даты получения вашей жалобы. Например, если My Choice Wisconsin получит вашу жалобу 1 мая, мы должны отправить вам наше решение до 30 июля.

- Если Комитет по жалобам и апелляциям вышлет вам решение в течение 90 дней, у вас будет 45 дней с даты получения решения о запросе на пересмотр в DHS.

  Например, компания My Choice Wisconsin должна отправить вам решение до 30 июля. Вы получили решение 1 июня. Вы не согласны с решением. До 16 июля вы должны подать запрос на проверку решения компании My Choice Wisconsin со стороны DHS.

- Если Комитет по жалобам и апелляциям **не** направляет вам решение в течение 90 дней, у вас есть 45 дней с даты истечения срока на подачу запроса на рассмотрение DHS.

  Например, компания My Choice Wisconsin должна отправить вам решение до 30 июля. Компания My Choice Wisconsin не отправила вам решение 30 июля. Вы должны подать запрос на рассмотрение вашей жалобы в DHS с 31 июля до 14 сентября.

Какие дальнейшие действия?

DHS работает с внешней организацией MetaStar для рассмотрения жалоб. Если вы подаете запрос на рассмотрение DHS, то сотрудник MetaStar свяжется с Вами.

- MetaStar ответит вам в письменном виде, чтобы сообщить, что он получил ваш запрос на рассмотрение вашей жалобы в DHS.
- Если MetaStar сообщает DHS, что компания My Choice Wisconsin не выполнила определенные требования, DHS может потребовать *от нас* принять меры для устранения проблемы.

- MetaStar рассмотрит вашу жалобу в течение 30 дней с даты получения вашего запроса.
- MetaStar отправит вам и My Choice Wisconsin окончательное решение по вашей жалобе в течение семи дней после ее рассмотрения.

Что делать, если я не согласен (-сна) с результатом проверки DHS?

Решение MetaStar является окончательным. Вы не можете подать запрос на проведение беспристрастного слушания на уровне штата по жалобе.

Апелляции

Что такое апелляция?

Апелляция — это запрос на рассмотрение решения, принятого My Choice Wisconsin. Например, вы можете подать апелляцию, если ваша группа медицинского обслуживания отказывает в предоставлении запрошенной вами услуги или поддержки. Другими примерами являются решения о сокращении объема или прекращении предоставления услуги или отказе в оплате за услугу.

Кто может подать апелляцию?

Апелляция может быть подана любым из следующих лиц:

- вами;
- лицом, принимающим за вас юридические решения, например, законным опекуном или лицом с действующей доверенностью на осуществление медицинского обслуживания;
- лицом или организацией, которую вы указали в качестве своего уполномоченного представителя в целях программы Medicaid;
- любым лицом с вашего письменного разрешения, например, членом семьи, другом или поставщиком медицинских услуг.

Какие типы вопросов я могу обжаловать?

Вы имеете право подать апелляцию в следующих ситуациях.

1) Вы можете подать апелляцию, если My Choice Wisconsin:
    - планирует прекратить, приостановить или сократить объем утвержденной услуги, которую вы получаете в настоящее время;
    - решает отклонить запрашиваемую услугу, и эта услуга включена в пакет льгот Family Care;*

- решает не оплачивать услуги, включенные в пакет льгот.*

Если мы предпримем одно из перечисленных выше действий, мы должны отправить вам «**Уведомление о решении о прекращении выплаты пособия**». В уведомлении указывается дата планируемого прекращения, приостановки или сокращения объема предоставление вам услуг. Чтобы посмотреть, как выглядит Уведомление о решении о прекращении выплаты пособия, перейдите к Приложению 4.

> * Примечание. Программа Family Care предоставляет услуги, перечисленные в таблице пакетов льгот (см. стр. 32–34). Если вы запрашиваете услугу, которая не указана в списке, компания My Choice Wisconsin не обязана предоставлять или оплачивать услугу. Мы рассмотрим ваш запрос, но если мы ответим на него отрицательно, вы не сможете обжаловать наше решение. Мы отправим вам письмо с уведомлением о том, что запрошенная вами услуга не входит в пакет льгот.

2) Вы можете подать апелляцию в My Choice Wisconsin, в следующих случаях:

- изменилось ваше соответствие функциональным критериям;
- вам не нравится ваш план обслуживания, потому что он:
  - не дает вам возможность жить там, где вы хотите;
  - не обеспечивает достаточный уход, лечение или поддержку для удовлетворения ваших потребностей и определенных результатов;
  - требует от вас принимать уход, лечение или вспомогательные позиции, которые вы не хотите или которые, по вашему мнению, являются чрезмерно ограничительными.
- My Choice Wisconsin не может:
  - своевременно организовывать и предоставить услуги;
  - соблюсти необходимые сроки для рассмотрения вашей апелляции;
  - покрыть услуги, предоставляемые поставщиками, не входящими в сеть плана, если вы являетесь участником плана, проживающим в сельской местности, где работает только одна организация, предоставляющая управляемое медицинское обслуживание;
- My Choice Wisconsin просит DHS прекратить ваше участие в программе;
- My Choice Wisconsin просит вас заплатить сумму, которую вы не должны.

В таких ситуациях компания My Choice Wisconsin отправит вам письмо с информацией о ваших правах на апелляцию. Когда вы получите письмо о ваших правах на апелляцию, вы должны внимательно прочитать это письмо. В письме может быть указан крайний срок подачи апелляции. Если у вас есть вопросы по поводу письма или уведомления, вы всегда можете позвонить одному из наших специалистов по правам участников для получения помощи.

Как подать апелляцию?

Если вы хотите подать апелляцию, то Вам необходимо начать процесс, связавшись с:

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

Продолжение предоставления услуг во время рассмотрения апелляции в My Choice Wisconsin

Если вы получаете льготы и подаете апелляцию до изменения льгот, вы можете продолжать получать те же услуги до тех пор, пока Комитет по жалобам и апелляциям My Choice Wisconsin не примет решение по вашей апелляции.

Если вы хотите сохранить свои льготы во время рассмотрения апелляции компанией My Choice Wisconsin, то вам необходимо:

- отправить по почте, факсу или электронной почте вашу апелляцию ***до даты,*** когда My Choice Wisconsin планирует прекратить, приостановить или сократить объем предоставление вам услуг;
- попросить обеспечить предоставление вам услуг в течение всего срока рассмотрения вашей апелляции в My Choice Wisconsin.

Если Комитет по жалобам и апелляциям My Choice Wisconsin примет решение о том, что решение My Choice Wisconsin было правильным, вам, возможно, придется возместить стоимость дополнительных льгот, которые вы получили в период между подачей апелляции и принятием решения Комитетом по жалобам и апелляциям. Однако, если это вызовет большую финансовую нагрузку, то вам, возможно, не придется возмещать эти расходы.

Если вы хотите, чтобы кто-то помог вам подать апелляцию, вы можете поговорить с одним из специалистов My Choice Wisconsin по правам участников. Вам также может помочь адвокат. Адвокатом может быть член семьи, друг, адвокат, омбудсмен или любое другое лицо, желающее помочь. Программы омбудсмена доступны для помощи всем участникам программы Family Care в подаче апелляций. (Контактная информация по программам омбудсмена приведена на странице 70).

Подать апелляцию в My Choice Wisconsin

Чтобы подать апелляцию в My Choice Wisconsin, вы можете:

- **позвонить в компанию** My Choice Wisconsin. Если вы начнете процесс апелляции, позвонив нам, мы попросим вас направить письменный запрос. Если вы хотите, специалист по правам участников может помочь вам подать апелляцию в письменном виде;
- **отправить форму запроса по почте или факсу или приложите форму запроса к электронному письму**. Копия формы запроса приведена в Приложении 5. Форму можно найти на сайте www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm;
- **написать запрос в письме или на бумаге** и отправить его по почте или факсу по указанному ниже адресу;
- **отправить запрос** по электронной почте на указанный ниже адрес.

Чтобы начать процесс апелляции по телефону, позвоните или направьте факс:

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

Если вы начнете процесс апелляции, позвонив нам, мы попросим Вас составить письменный запрос.

Чтобы начать процесс апелляции в письменной форме, отправьте по почте или электронной почте форму запроса, письмо или письменное уведомление по адресу:

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

Форму запроса на апелляцию можно получить на сайте www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm. Копия формы запроса приведена в Приложении 5.

Каков срок подачи апелляции в My Choice Wisconsin?

Ваша апелляция в **My Choice Wisconsin** должна быть отправлена по почте, факсу или электронной почте **не позднее 60 дней с даты уведомления о решении о прекращении выплаты пособия.** Например, если вы получили уведомление от 1 августа, ваша апелляция должна быть отправлена по почте, факсу или электронной почте до 30 сентября.

Если My Choice Wisconsin прекращает, приостанавливает или уменьшает объем услуг, вы можете попросить, чтобы ваши услуги продолжали действовать во время рассмотрения вашей апелляции, если вы отправляете по почте, факсу или электронной почте ваш запрос **до** *даты,* когда My Choice Wisconsin планирует изменить ваши услуги.

Какие дальнейшие действия?

Если вы подаете апелляцию в My Choice Wisconsin, мы отправим вам письмо в течение пяти рабочих дней с уведомлением о получении вашей апелляции. Мы постараемся помочь вам неофициально решить ваши проблемы или найти решение, которое удовлетворит вас и My Choice Wisconsin. Если мы не можем найти решение или если вы не хотите работать с сотрудниками My Choice Wisconsin для неофициального решения ваших проблем, наш Комитет по рассмотрению жалоб и апелляций соберется для рассмотрения вашей жалобы.

- Мы сообщим вам, когда комитет планирует встретиться для рассмотрения вашей апелляции.
- Комитет состоит из представителей My Choice Wisconsin и, по крайней мере, одного «потребителя». Потребитель — это лицо, которое также получает от нас услуги или представляет такое лицо. Иногда в состав комитета могут входить другие люди, специализирующиеся на вашей апелляции.
- Встреча является конфиденциальной. Вы можете попросить не включать потребителя в состав комитет, если вас беспокоит конфиденциальность, или у вас есть другие опасения.
- У вас есть право прийти лично. Вы можете взять с собой адвоката, друга, члена семьи или свидетелей.
- Ваша группа медицинского обслуживания или другие сотрудники My Choice Wisconsin, скорее всего, будут присутствовать на встрече.
- Комитет даст вам возможность объяснить, почему вы не согласны с решением Вашей группы медицинского обслуживания. Вы или ваш представитель можете представить информацию, доказательства и показания. Вы можете привести свидетелей или описать свои опасения, чтобы помочь комитету понять вашу точку зрения.
- После того как комитет рассмотрит вашу апелляцию, My Choice Wisconsin отправит вам письмо с решением в течение 30 дней с даты получения вашей апелляции. My Choice Wisconsin может принять решение в течение 44 дней, если:
    - вы просите предоставить больше времени, чтобы предоставить информацию комитету;
    - нам нужно больше времени для сбора информации. Если нам потребуется дополнительное время, мы отправим вам письмо с уведомлением о причине задержки.

Ускоренное рассмотрение апелляции

У My Choice Wisconsin есть 30 дней, чтобы принять решение по вашей апелляции. Вы можете попросить нас ускорить рассмотрение вашей апелляции. Мы называем это «ускоренным рассмотрением апелляции». Если вы попросите нас ускорить рассмотрение вашей апелляции, мы решим, требуется ли ускоренное рассмотрение апелляция для поддержания вашего здоровья или способности заниматься повседневной деятельностью. Мы сообщим вам об этом как можно скорее, если мы ускорим рассмотрение вашей апелляции.

В ускоренном рассмотрении апелляции вы получите решение по вашей апелляции в течение 72 часов с момента подачи вашего запроса. Тем не менее, My Choice Wisconsin может продлить этот срок до 14 дней, если потребуется дополнительная информация и если задержка в ваших интересах. Если вы хотите, чтобы мы рассмотрели дополнительную информацию, вам нужно будет быстро ее отправить.

Чтобы подать запрос на ускоренное рассмотрение апелляции, свяжитесь с:

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

Что делать, если я не согласен (-сна) с решением Комитета по рассмотрению жалоб и апелляций?

Если вы не согласны с решением, вы можете подать запрос на проведение беспристрастного слушания в Отделе слушаний и апелляций. Вы должны сделать это в течение 90 дней с даты получения решения Комитета по рассмотрению жалоб и апелляций. Вы также можете запросить беспристрастное слушание органами штата, если My Choice Wisconsin не отправит вам письменное решение в течение 30 дней с момента получения вашей апелляции.

Обратите внимание: вы не можете запросить проведение беспристрастного слушания на уровне штата до тех пор, пока не получите письменное решение Комитета по рассмотрению жалоб и апелляций или комитет не отправит вам решение своевременно.

Беспристрастные слушания на уровне штата

Если вы подаете запрос на проведение беспристрастного слушания на уровне штата, состоится слушание с независимым судьей по административным делам. Судья по административным делам никак не связан с My Choice Wisconsin.

Дополнительную информацию о беспристрастных слушаниях на уровне штата можно найти на сайте https://doa.wi.gov/Pages/LicensesHearings/DHAAdministrativeHearingProcess.aspx.

Как подать запрос на проведение беспристрастного слушания на уровне штата?

Чтобы подать запрос о проведении беспристрастного слушания на уровне штата:

- **отправьте форму запроса в Отдел слушаний и апелляций.** Бланк запроса можно найти на веб-сайте www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm. Вы также можете получить копию у специалиста My Choice Wisconsin по правам участников или у одной из организаций по защите прав, перечисленных в этом руководстве (см. стр. 70). Пример формы представлен в Приложении 6;
- **отправьте письмо по почте.** Укажите свое имя, контактную информацию и поставьте подпись. Объясните суть апелляции.

Обязательно добавьте свою подпись в форму запроса или письмо и приложите копию решения My Choice Wisconsin по апелляции к вашему запросу о проведении беспристрастного слушания на уровне штата. Если My Choice Wisconsin не предоставит вам решение по апелляции, приложите копию письма My Choice Wisconsin с подтверждением получения вашей апелляции. Не отправляйте оригиналы писем. Специалист по правам участников или адвокат поможет вам подать апелляцию в письменном виде.

Запрос на проведение беспристрастного слушания на уровне штата

Отправьте заполненную форму запроса или письмо с просьбой о проведении слушания по адресу:

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

Каков срок подачи запроса на проведение беспристрастного слушания на уровне штата?

- Ваш запрос на беспристрастное слушание должен быть отправлен по почте или факсу не позднее 90 дней с даты получения письма с решением от Комитета по жалобам и апелляциям My Choice Wisconsin.

  Например, если вы получили решение My Choice Wisconsin по почте 1 августа, ваш запрос на проведение беспристрастного слушания должен быть отправлен по почте или факсу не позднее 30 октября.

- Вы также можете подать запрос на проведение беспристрастного слушания на уровне штата, если My Choice Wisconsin не предоставит вам свое решение в течение 30 дней с даты получения вашей апелляции. В этом случае у вас есть 90 дней с даты истечения срока принятия решения My Choice Wisconsin, чтобы подать запрос на проведение беспристрастного слушания.

  Например, если компания My Choice Wisconsin должна принять решение до 1 сентября и не предоставляет вам решение к этой дате, то со 2 сентября до 1 декабря у вас есть возможность отправить запрос на проведение беспристрастного слушания.

Продолжение оказания услуг во время беспристрастного слушания на уровне штата о сокращении, приостановлении или прекращении оказания услуг

Если во время рассмотрения вашей апелляции в My Choice Wisconsin вы продолжали получать такие же услуги, вы можете продолжать получать их до тех пор, пока судья по административным делам не примет решение по вашему запросу на беспристрастное слушание.

Если Вы хотите сохранить свои льготы во время беспристрастного слушания на уровне штата, то Вам необходимо:

- отправить запрос на проведение беспристрастного слушания на уровне штата по *почте или факсу до даты,* когда My Choice Wisconsin планирует приостановить, приостановить или сократить предоставление услуг;
- попросить продолжать оказание вас услуг на протяжении всего срока беспристрастного слушания на уровне штата.

Если судья по административным вопросам решит, что решение My Choice Wisconsin было правильным, **вам, возможно, придется выплатить дополнительные льготы, которые вы получили, в период между подачей апелляции и принятием решения судьей по административным делам.** Однако, если это вызовет большую финансовую нагрузку, то Вам, возможно, не придется возмещать эти расходы.

Какие дальнейшие действия?

- После отправки запроса на проведение беспристрастного слушания на уровне штата Отдел слушаний и апелляций направит вам письмо с датой, временем и местом проведения слушания.
- Слушание будет проводиться по телефону, но может проводиться в офисе в вашем округе.
- Слушание будет проводить судья по административным делам.
- У вас есть право участвовать в слушании. Вы можете взять с собой адвоката, друга, члена семьи или свидетелей.
- Ваша группа медицинского обслуживания или другие сотрудники My Choice Wisconsin будут присутствовать на слушании, чтобы объяснить свое решение.
- У вас будет возможность объяснить, почему вы не согласны с решением вашей группы медицинского обслуживания. Вы или ваш представитель можете представить информацию, привести свидетелей или описать свои опасения, чтобы помочь судье по административным делам понять вашу точку зрения.
- Судья по административным делам должен вынести решение в течение 90 дней с даты подачи вами запроса на проведение слушания.

Вы также можете подать апелляцию, связанную с решениями о вашем соответствие финансовым критериям участия в программе Family Care.

- Как минимум раз в год работник агентства по поддержанию дохода будет проверять вашу информацию, чтобы убедиться в том, что вы по-прежнему соответствуете финансовым критериям участия в программе Family Care. Если у вас есть доля затрат, агентство по поддержанию дохода также проследит за тем, чтобы вы уплатили правильную сумму.
- Если агентство по поддержанию дохода решит, что вы больше не соответствуете финансовым критериям участия в программе Family Care, или сообщит, что ваша доля затрат изменится, агентство отправит вам письмо с информацией о вашем праве на участие в программе Family Care. На первой странице этих писем написано «О ваших льготах». На последней странице содержится информация о вашем праве на проведение беспристрастного слушания.

Подача апелляции в Отдел слушаний и апелляций является единственным способом оспорить решения, связанные с **соответствием финансовым критериям** участия в программе Family Care. Это включает в себя решения о вашей доле затрат.

Что делать, если я не согласен с решением судьи по административным делам?

Если вы не согласны с решением судьи по административным делам, у вас есть два варианта.

1) Подайте ходатайство о повторном слушании. Если вы хотите, чтобы Отдел слушаний и апелляций пересмотрел свое решение, Вы должны подать запрос в течение 20 дней с даты принятия решения судьей по административным делам. Судья по административным делам выдаст разрешение на повторное слушание только в том случае, если применяется одно или оба из следующих условий:
    - вы можете доказать, что произошла серьезная ошибка в фактах или законе;
    - у вас есть новая информация, которую вы не смогли получить и представить на первом слушании.
2) Передайте свое дело в окружной суд. Если вы хотите обратиться в суд по своему делу, вы должны подать заявление в течение 30 дней с даты решения судьи по административным делам.

Кто может помочь мне с моей жалобой или апелляцией?

Вы можете связаться с одним из специалистов My Choice Wisconsin по правам участников в любое время, когда вам нужна помощь с жалобой или апелляцией, или у вас есть вопросы о ваших правах. Адвокаты также могут ответить на вопросы о процессе рассмотрения жалобы и апелляции. Адвокат также может рассказать вам о ваших правах и помочь убедиться, что My Choice Wisconsin поддерживает ваши потребности и результаты. Вы можете попросить кого-либо выступать в качестве вашего адвоката, в том числе членов семьи, друзей, адвоката или любого другого лица, желающего помочь.

Ниже приведены некоторые места, куда вы можете обратиться за помощью. Специалист по правам участников может предоставить вам информацию о других местах, где вам также могут помочь.

Программы омбудсмена

Региональные программы омбудсмена доступны для бесплатного оказания помощи всем участникам программы Family Care в подаче жалоб и апелляций. Они могут своевременно реагировать на ваши проблемы. Обе программы омбудсмена, как правило, будут использовать неформальные переговоры для решения ваших вопросов без слушания. Следующие агентства представляют интересы участников программы Family Care.

Для участников в возрасте 60 лет и старше:

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care
1402 Pankratz Street, Suite 111
Madison, WI 53704-4001
Toll-free: 800-815-0015
TYY: 711
Fax: 608-246-7001
Email: boaltc@wisconsin.gov
http://longtermcare.wi.gov

Для участников в возрасте от 18 до 59 лет:

Disability Rights Wisconsin
1502 W. Broadway., Suite 201
Madison, WI 53713
Toll-free: 800-928-8778
TTY: 711
Fax: 833-635-1968
Email: info@drwi.org
www.disabilityrightswi.org

Глава 9. Прекращение участия в My Choice Wisconsin

Вы можете в любое время прекратить свое участие в My Choice Wisconsin и выбрать дату прекращения участия. Мы не можем порекомендовать вам выйти из программы Family Care из-за вашей ситуации или состояния. Однако в некоторых случаях ваше участие в программе будет прекращено, даже если вы этого не хотели. Например, ваше участие в программе прекратится, если вы потеряете право на участие в программе Medicaid.

Вы продолжите получать медицинское обслуживание через My Choice Wisconsin до окончания вашего участия. Ваше участие может прекратиться, потому что вы больше не имеете права на участие в программе, или потому что вы решили получать услуги долгосрочного ухода вне программы Family Care. Это будет включать решения о регистрации в другой программе долгосрочного ухода или другой организации управляемого медицинского обслуживания, если таковая имеется.

1) **Вы хотите прекратить участие в программе Family Care**.

   Чтобы прекратить ваше участие в программе, обратитесь в региональный центр ADRC (см. стр. 12–15) для получения контактной информации. ADRC обработает вашу заявку на исключение из плана и спросит, хотите ли вы зарегистрироваться в другой организации управляемого медицинского обслуживания или программе Medicaid, например, программа IRIS (Include, Respect, I Self-Direct). ADRC поможет вам перейти и перевести ваши услуги к поставщикам в вашей новой программе или организации.

2) **Вы будете исключены из программы Family Care, если ваше право на участие в программе закончится.**

   Компания My Choice Wisconsin должна сообщить информацию, указанную ниже, в орган по поддержанию дохода. Персонал, ответственный за вопросы поддержания дохода, изучит эту информацию, чтобы узнать, имеете ли вы право на участие в программе Family Care. Если они решат, что вы больше не соответствуете критериям участия, они прекратят ваше участие в программе Family Care. **Причины, по которым вы можете потерять право на участие:**

   - ваши финансовые обстоятельства изменяются, что может привести к потере вами соответствия финансовым критериям участия в программе Family Care;
   - вы больше не соответствуете функциональным критериям согласно результатам функционального скрининга по долгосрочному уходу за взрослыми в штате Висконсин;
   - вы не оплачиваете свою долю затрат№
   - вы намеренно предоставляете нам неправильную информацию, которая влияет на ваше право на участие в программе;
   - вы находитесь в следственном изоляторе или тюрьме;
   - вам 21–64 года и вы поступили в учреждение для лечения психических заболеваний;

- вы на постоянной основе переезжаете из зоны обслуживания My Choice Wisconsin. Если вы переезжаете или совершаете длительную поездку, вы должны уведомить об этом свою группу медицинского обслуживания.

3) My Choice Wisconsin может прекратить ваше участие в программе Family Care с разрешения DHS.

My Choice Wisconsin может попросить DHS прекратить ваше участие в плане по следующим причинам:

- вы прекратили получать услуги в течение более 30 дней по неизвестной для нас причине;
- вы отказываетесь от участия в планировании медицинского обслуживания, и мы не можем обеспечить ваше здоровье и безопасность;
- вы постоянно ведете себя деструктивно или небезопасно для персонала, поставщиков медицинских услуг или других участников.

DHS рассмотрит наш запрос на исключение вас из программы и решит, прекратит ли ваше участие в программе.

Ваше участие в программе *не* может быть прекращено из-за ухудшения состояния вашего здоровья или из-за необходимости в дополнительных услугах.

Вы имеете право подать апелляцию, если вы исключены из программы Family Care или ваше членство в My Choice Wisconsin прекращается. Вы получите письмо от органа по поддержанию дохода, в котором будет указано, почему ваши льготы будут прекращены. На первой странице этого письма написано «О ваших льготах». В письме объясняется, как подать апелляцию. (Для получения дополнительной информации см. главу 8.)

ПРИЛОЖЕНИЯ

1. Определения важных слов

Жестокое обращение — физическое, психическое или сексуальное насилие над человеком. Жестокое обращение также включает пренебрежение, финансовые правонарушения, лечение без согласия и необоснованное ограничение свободы или изоляцию.

Судья по административным делам — должностное лицо, которое проводит беспристрастное слушание на уровне штата для разрешения спора между участником и его организацией управляемого медицинского обслуживания (MCO).

Заблаговременное распоряжение — письменное заявление о пожеланиях человека относительно лечения. Заблаговременные распоряжения используются для того, чтобы медицинский персонал выполнял эти пожелания, если человек не может сообщить о них.

Адвокат — лицо, которое может помочь вам убедиться в том, что ваша организация управляемого медицинского обслуживания удовлетворяет ваши потребности и результаты. Адвокат может помочь вам в работе с вашей организацией управляемого медицинского обслуживания для неофициального разрешения споров, а также может представлять вас, если вы решите подать апелляцию или жалобу.

Центр помощи по вопросам престарелых и инвалидности (Aging and Disability Resource Center, ADRC) — центры обслуживания, предоставляющие информацию и помощь по всем аспектам жизни, связанным со старением или жизнью с инвалидностью. ADRC несет ответственность за включение и исключение из программы Family Care.

Апелляция — запрос на пересмотр решения, в котором было отказано, сокращено или приостановлено оказание услуг организацией управляемого медицинского обслуживания. Например, если ваша группа медицинского обслуживания отказывается оплачивать услугу или прекращает ее предоставление, вы имеете право подать апелляцию.

Имущество — имущество включает, помимо прочего, автомобили, наличные средства, чековые и сберегательные счета, депозитные сертификаты, депозитные счета денежного рынка и денежную стоимость страхования жизни.

Уполномоченный представитель программы Medicaid — лицо или организация, которую вы назначаете для получения и сохранения Medicaid, используя форму F-10126A (www.dhs.wisconsin.gov/F-10126.htm) или F-10126B (www.dhs.wisconsin.gov/forms/f10126b.pdf).

Пакет льгот — услуги, доступные участникам программы Family Care. К ним относятся, помимо прочего, услуги личной гигиены, уход на дому, транспортировка, медицинские принадлежности и сестринский уход.

План медицинского обслуживания — постоянный план, который в документальной форме отражает ваш личный опыт и результаты долгосрочного ухода, потребности, предпочтения и сильные стороны. В плане указаны услуги, которые вы будете получать от

членов семьи и друзей, а также утвержденные услуги, которые будет оказывать ваша организация управляемого медицинского обслуживания.

Группа медицинского обслуживания: каждому участнику программы Family Care назначается группа медицинского обслуживания, в которую входит участник, а также, по крайней мере, социальный работник/менеджер по медицинскому обслуживанию и дипломированная медсестра. Вы и ваша группа медицинского обслуживания оцениваете ваши потребности, определяете результаты и составляете план медицинского обслуживания. Ваш социальный работник/менеджер по медицинскому обслуживанию и медсестра дают разрешение на ваши услуги, осуществляют их координацию и контроль.

Выбор — программа Family Care поддерживает выбор участника при получении услуг. Выбор означает, что вы выбираете время и способ предоставления медицинского обслуживания.

Доплата — это фиксированная сумма (например, 5 долларов США), которую вы платите за покрываемую медицинскую услугу.

Доля затрат — ежемесячная сумма, которую вы, возможно, должны будете заплатить, чтобы сохранить право на участие в программе Family Care.

Экономически эффективный — вариант, который эффективно поддерживает выявленные вами результаты долгосрочного ухода при разумных затратах и усилиях.

Департамент здравоохранения (Department of Health Services, DHS) — ведомство штата Висконсин, которое управляет программами Medicaid штата Висконсин, включая Family Care.

Рассмотрение DHS — решение по жалобе участника, принятое Департаментом здравоохранения (DHS). DHS совместно с MetaStar рассматривает и принимает окончательные решения по жалобам.

Прекращение участия — процесс прекращения участия лица в программе Family Care.

Отдел слушаний и апелляций — ведомство штата Висконсин, ответственное за беспристрастные слушания на уровне штата.

Зарегистрироваться/регистрация: регистрация в программе Family Care является добровольной. Чтобы зарегистрироваться, люди обращаются в местный Центр помощи по вопросам престарелых и инвалидности (ADRC).

Возмещение за счет имущества — процесс, в котором штат Висконсин требует возмещения расходов на услуги Medicaid, когда человек получает долгосрочный уход, финансируемый Medicaid. Штат получает деньги за счет имущества физического лица после смерти лица и его супруга.

Ускоренное рассмотрение апелляции — процесс, который вы можете использовать для ускорения рассмотрения апелляции. Вы можете попросить свою организацию управляемого медицинского обслуживания ускорить рассмотрение вашей апелляции, если

вы считаете, что ожидание в течение стандартного времени может нанести серьезный вред вашему здоровью или способности выполнять повседневные действия.

Family Care — программа долгосрочного ухода Medicaid, которая помогает пожилым людям и взрослым с физическими недостатками, нарушениями развития или умственными нарушениями. Люди, участвующие в программе, получают услуги, которые помогают им жить в своем собственном доме до тех пор, пока это возможно.

Соответствие финансовым критериям — соответствие критериям участия в программе Medicaid. Орган по поддержанию дохода рассматривает ваш доход и активы, чтобы определить, отвечаете ли вы критериям участия в программе Medicaid. Для участия в программе Family Care вы должны иметь право на участие в программе Medicaid.

Соответствие функциональным критериям: согласно результатам функционального скрининга по долгосрочному уходу за взрослыми в штате Висконсин будет определено, имеете ли вы право на участие в программе Family Care. В процессе функционального скрининга собирают информацию о состоянии здоровья человека и потребности в помощи в таких видах деятельности, как водные процедуры, одевание и пользование туалетом.

Жалоба — выражение неудовлетворенности уходом, услугами или другими общими вопросами. Темы жалоб включают качество обслуживания, отношения между вами и вашей группой медицинского обслуживания и права участников.

Опекун: суд может назначить опекуна для лица, если лицо не может принимать решения о своей жизни.

Орган по поддержанию дохода: сотрудники органа по поддержанию дохода определяют соответствие финансовым критериям получения льгот в рамках программ Medicaid, Family Care и других государственных льгот.

Лицо, принимающее юридические решения — лицо, имеющее юридические полномочия принимать решения за участника. Лицо, принимающее юридические решения, может быть опекуном лица или имущества (или и того, и другого), опекуном или лицом, назначенным в качестве агента по доверенности на осуществление медицинского обслуживания или финансовому документу.

Уровень обслуживания — объем помощи, необходимой для выполнения повседневных действий. Чтобы иметь право на участие в программе Family Care, вы должны соответствовать либо уровню обслуживания в доме престарелых, либо уровню обслуживания, предоставляемого не в доме престарелых.

Долгосрочный уход — поддержка и услуги, которые могут потребоваться людям из-за инвалидности, пожилого возраста или хронического заболевания, ограничивающего их способность делать то, что им необходимо в течение дня. Это включает в себя водные процедуры, одевание, приготовление пищи и поход на работу. Долгосрочный уход может предоставляться на дому, по месту жительства или в домах престарелых и учреждениях с предоставлением частичного ухода.

Результаты долгосрочного ухода — ситуация, состояние или обстоятельства, которые вы или ваша группа медицинского обслуживания определяете, чтобы максимально повысить вашу независимость.

Организация управляемого медицинского обслуживания (Managed Care Organization, MCO) — агентство, которое управляет программой Family Care.

Medicaid — программа медицинского обслуживания и долгосрочного ухода, управляемая Департаментом здравоохранения штата Висконсин (Department of Health Services, DHS). Medicaid также известна как «Medical Assistance», «MA» и «Титул 19». Чтобы стать участником программы Family Care, вы должны соответствовать требованиям программы Medicaid.

Medicare — это федеральная программа медицинского страхования для людей в возрасте 65 лет и старше, некоторых категорий в возрасте до 65 лет с определенной инвалидностью, а также для людей с терминальной стадией почечной недостаточности (стадия хронической почечной недостаточности, когда требуется диализ или пересадка почки). Medicare покрывает госпитализацию, услуги врачей, рецептурные препараты и другие услуги.

Участник — лицо, отвечающее функциональным и финансовым критериям участия и зарегистрированное в программе Family Care.

Специалист по правам участников — сотрудник организации управляемого медицинского обслуживания, который может помочь вам понять ваши права и обязанности. Специалист по правам участников оказывает помощь в решении вопросов, связанных с уходом и услугами, и может помочь вам подать жалобу или апелляцию.

MetaStar — агентство, с которым Департамент здравоохранения штата Висконсин работает над рассмотрением и принятием окончательных решений по жалобам участников.

Естественная поддержка — люди в вашей жизни, которые уже решили вам помочь.

Уровень обслуживания, предоставляемого не в доме престарелых — участники, которые находятся на этом уровне обслуживания, нуждаются в услугах долгосрочного ухода, но не имеют права на получение услуг в доме престарелых. На этом уровне обслуживания доступен ограниченный набор услуг по программе Family Care.

Уведомление о решении о прекращении выплаты пособия — письменное уведомление от организации управляемого медицинского обслуживания, в котором объясняется изменение услуг и причина изменения. Организация управляемого медицинского обслуживания должна отправить вам Уведомление о решении о прекращении выплаты пособия, если она отклонит ваш запрос на покрываемую услугу, откажется оплатить покрываемую услугу или планирует прекратить, приостановить или уменьшить ее.

Уведомление о правах на апелляцию — письмо, в котором объясняется, как подать апелляцию. Организациям управляемого медицинского обслуживания необходимо отправить письмо о ваших правах на апелляцию, если они не предоставляли услуги своевременно или не соблюдали сроки рассмотрения апелляции.

Уровень обслуживания в доме престарелых: участникам, которые находятся на этом уровне обслуживания, требуется достаточно значительное количество услуг, которые они имеют право получать в доме престарелых. На этом уровне обслуживания доступен очень широкий набор услуг по программе Family Care.

Омбудсмен — это лицо, которое расследует сообщаемые проблемы и может помочь Вам решить проблемы, связанные с вашим обслуживанием и услугами.

Результаты в отношении личного опыта — поставленные вами цели.

Доверенность на осуществление медицинского обслуживания — юридический документ, который люди могут использовать, чтобы уполномочить кого-либо принимать решения по медицинскому обслуживанию от их имени в случае, если они не смогут принимать эти решения самостоятельно.

Предварительное разрешение (предварительное утверждение): группа медицинского обслуживания должна утвердить предоставляемые вам услуги до их получения (за исключением экстренных случаев). Если вы получаете услугу или обращаетесь к поставщику, не входящему в сеть плана, организация управляемого медицинского обслуживания может не оплачивать эту услугу.

Сеть поставщиков — агентства и физические лица, с которыми организация управляемого медицинского обслуживания заключает контракты на предоставление услуг. Поставщики включают в себя обслуживающих лиц, агентства по предоставлению услуг личной гигиены, поддерживающего лечения на дому, по уходу на дому, учреждения с предоставлением частичного ухода и дома престарелых. Группа медицинского обслуживания должна дать разрешение на предоставление вам услуг, прежде чем вы сможете выбрать поставщика из списка.

Услуги учреждений интернатного типа: услуги учреждений интернатного типа включают проживание в семейных домах для взрослых, домах-интернатах по месту жительства, жилых комплексах с предоставлением услуг попечения по месту жительства и домах престарелых.

Процесс принятия решения о распределении ресурсов (Resource Allocation Decision, RAD) — это пошаговый инструмент, который вы и ваша группа будете использовать для поиска наиболее эффективных и экономичных способов удовлетворения ваших потребностей и поддержки результатов долгосрочного ухода.

Жилье и питание — часть стоимости проживания в учреждениях с предоставлением ухода на дому, связанная с арендой и расходами на питание. Участники несут ответственность за оплату своих расходов на жилье и питание.

Самостоятельное управление поддержкой (SDS) — способ организации, приобретения и контроля некоторых услуг долгосрочного ухода. Благодаря самостоятельному управлению поддержкой вы можете контролировать и нести ответственность за свой бюджет на услуги, а также контролировать поставщиков услуг, включая наем, обучение, надзор и увольнение ваших непосредственных медицинских работников.

Зона обслуживания — область, в которой вы должны проживать, чтобы зарегистрироваться и оставаться зарегистрированным в My Choice Wisconsin.

Беспристрастное слушание на уровне штата — слушание, проводимое судьей по административным делам, который работает в Отделе слушаний и апелляций штата Висконсин.

2. Определения услуг в пакете льгот программы Family Care

Определения альтернативных программ обслуживания на дому и по месту жительства Полные определения доступны по запросу Эти услуги не предоставляются участникам плана на уровне обслуживания, предоставляемого не в доме престарелых.
Адаптивные вспомогательные средства — это средства управления или приборы, которые позволяют людям повышать свою способность выполнять повседневные действия или контролировать окружающую среду, в которой они живут (включая подъемники для пациентов, управляющие выключатели и т. д.). Адаптивные вспомогательные средства — это также услуги, которые помогают людям получать доступ, участвовать и функционировать в своем сообществе. Это включает в себя модификацию автомобиля (например, автофургоны, ручное управление) и может включать в себя первоначальную покупку полностью обученной собаки-поводыря у надежного поставщика, любое обучение после покупки у надежного поставщика, которое необходимо участнику и полностью обученной собаке-поводырю для совместной работы, и текущие расходы на содержание полностью обученной собаки-поводыря, полученной у надежного поставщика. (Когда участник получает собаку-поводыря в качестве покрываемого пособия, участник признает, что он является собственником собаки-поводыря и соглашается нести ответственность за действия собаки-поводыря).
Услуги дневного ухода за взрослыми — это предоставление услуг в течение некоторой части взрослым, не проживающим в учреждениях интернатного типа, которые нуждаются в дополнительном социальном или медицинском обслуживании или в помощи с повседневными делами, надзором и/или защитой. Услуги могут включать услуги личной гигиены и наблюдение, приготовление легких блюд, медицинское обслуживание и транспортировку в учреждения дневного ухода и обратно.
Вспомогательные технологии/коммуникационные средства — это предметы, оборудование или системы, которые повышают, поддерживают или улучшают функциональные возможности участников дома, на работе и в сообществе. Услуги включают устройства или услуги, которые помогают участникам слышать, говорить или видеть, такие как системы связи, слуховые аппараты, речевые аппараты, переводчики и электронные технологии (планшеты, мобильные устройства, программное обеспечение).
Услуги по управлению медицинским обслуживанием (также известные как координация лечения или услуг) предоставляются группой медицинского обслуживания. Участник является центром группы медицинского обслуживания. Группа состоит, как минимум, из дипломированной медсестры и социального работника/менеджера по медицинскому обслуживанию, а также может включать других специалистов, в зависимости от потребностей участника, а также членов семьи или других оказывающих помощь людей по запросу участника. Услуги включают оценку, планирование обслуживания, разрешение на обслуживание и мониторинг состояния здоровья и благополучия участника.

Консультационные клинические и терапевтические услуги помогают лицам, осуществляющим уход на бесплатной основе, и персоналу, оказывающим обслуживание платно, выполнять план лечения или поддержки участника. Услуги включают оценку, разработку планов лечения на дому, планы поддержки, планы вмешательства, обучение и техническую помощь для выполнения планов. Услуги также включают обучение лиц, осуществляющих уход, и персонала, обслуживающего участников со сложными потребностями (помимо стандартного медицинского обслуживания).
Обучение и подготовка потребителей — это услуги, направленные на то, чтобы помочь человеку с ограниченными возможностями развить навыки самозащиты, поддержать самоопределение, реализовать гражданские права и приобрести навыки, необходимые для осуществления контроля и ответственности над другими услугами поддержки. Эти услуги включают в себя обучение и подготовку участников, лиц, осуществляющих уход, и лиц, принимающих юридические решения. Покрываемые расходы могут включать регистрационные взносы, книги и другие образовательные материалы, а также транспортировку на учебные курсы, конференции и другие подобные мероприятия.
Консультационные и терапевтические услуги — это услуги по лечению личных, социальных, физических, медицинских, поведенческих, эмоциональных, когнитивных, психических расстройств или расстройств, связанных с злоупотреблением алкоголем или наркотиками. Услуги могут включать помощь в адаптации к старению и инвалидности, помощь в межличностных отношениях, рекреационную терапию, арт-терапию, консультирование по вопросам питания, медицинское консультирование, консультирование по вопросам массы тела и консультирование по вопросам горя.
Обучение навыкам повседневной жизни позволяет участникам и поддерживающим их людям получить навыки, связанные с выполнением повседневных действий, включая навыки для повышения независимости участника и его участия в общественной жизни. Например, обучение управлению деньгами, уходу на дому, приготовлению пищи, обучению мобильности, навыкам самопомощи и навыкам, необходимым для доступа к ресурсам сообщества и их использования.
Дневные услуги — это предоставление регулярных запланированных мероприятий не в учреждениях интернатного типа (дневном центре) для улучшения социального развития и развития навыков в выполнении повседневной деятельности и жизни в обществе.
Услуги управления финансами помогают участникам и их семьям управлять финансами на обслуживание или управлять своими личными финансами. Эта услуга включает оплату, совершаемую лицом или агентством, за услуги поставщиков после того, как участник разрешил оплату услуг, включенных в план самостоятельного управления поддержкой участника. Услуги финансового управления также включают помощь участникам в составлении бюджета личных средств для обеспечения доступности ресурсов для жилья и других важных расходов.
Доставка еды на дом (иногда называется «доставка горячих обедов престарелым на дом») включает в себя расходы, связанные с приобретением и планированием питания, расходных материалов, оборудования, труда и транспорта для доставки одного или двух блюд в день участникам, которые не в состоянии приготовить или получить питание без посторонней помощи.

Модификация жилья — это предоставление услуг и предметов для оценки необходимости, организации и предоставления модификаций или улучшений жилых помещений участника с целью обеспечения доступности или повышения безопасности. Модификация жилья может включать материалы и услуги, такие как пандусы, лестницы, подъемники для инвалидных колясок, модификацию кухни/ванной, специализированные приспособления для обеспечения доступности/безопасности, а также активируемые голосом, активируемые светом, активируемые при движении и электронные устройства, которые повышают уверенность в себе и способность участника функционировать независимо.
Консультирование по вопросам жилья — это услуга, которая помогает участникам получить жилье в сообществе, где владение жильем или аренда жилья не связаны с предоставлением услуг. Консультирование по вопросам жилья включает изучение вопросов прав собственности на жилье и вариантов аренды жилья, определение финансовых ресурсов, определение предпочтений в отношении местоположения и типа жилья, определение доступности и потребностей в модификации, а также поиск доступных жилья.
Персональная система экстренного реагирования — это услуга, которая обеспечивает прямую связь (по телефону или с помощью другой электронной системы) между лицом, проживающим по месту жительства, и медицинскими работниками для получения немедленной помощи в случае физической, эмоциональной или экологической чрезвычайной ситуации.
Услуги по подготовке на начальной стадии профессионального обучения включают обучение и опыт работы, при котором участник может развивать общие, не связанные с работой сильные стороны и навыки, которые способствуют оплачиваемой занятости в интегрированной среде сообщества. Эти услуги развивают и обучают навыкам общего характера, которые включают способность эффективно общаться с руководителями, коллегами и клиентами, общепринятое поведение и дресс-код на рабочем месте, способность следовать указаниям, способность выполнять задания, навыки решения проблем на рабочем месте, общую безопасность на рабочем месте и обучение мобильности. Услуги по подготовке на начальной стадии профессионального обучения предназначены для создания пути к интегрированной работе по месту жительства, за которую человек получает оплату по минимальной заработной плате или выше, но не меньше обычной заработной платы и уровня льгот, выплачиваемых за ту же или подобную работу, выполняемую людьми без инвалидности.
Услуги по переезду— это услуги и принадлежности, которые могут понадобиться участнику для переезда из учреждения или семейного дома в независимое учреждение для проживания по месту жительства. Услуги по переезду могут включать оплату за перемещение личных вещей участника, оплату общих услуг по уборке и организации домохозяйства, оплату депозита, оплату расходов на подключение к коммунальным сетям и плату за установку телефона, покупку необходимой мебели, телефонов, кухонных/служебных принадлежностей, базового оборудования для уборки, бытовых принадлежностей, мебели для ванной комнаты и спальни, а также кухонной техники.

Уход на дому: семейный дом для взрослых с 1 или 2 кроватями в комнате — это место, где оператор предоставляет уход, лечение, поддержку или услуги в большем объеме, чем жилье и питание, для двух взрослых. Услуги, как правило, включают поддерживающее лечение на дому, личную гигиену и наблюдение. Услуги могут также включать транспортные услуги и рекреационные/социальные мероприятия, поведенческую и социальную поддержку, а также обучение навыкам повседневной жизни.
Уход на дому: семейный дом для взрослых с 3 или 4 кроватями в комнате — это место, где 3–4 взрослых, которые не связаны с лицензиатом, проживают и получают уход, лечение или услуги в большем объеме, чем жилье и питание, и могут включать до семи часов в неделю сестринского ухода на одного резидента. Услуги, как правило, включают поддерживающее лечение на дому, личную гигиену и наблюдение. Услуги также могут включать в себя поведенческую и социальную поддержку, обучение навыкам повседневной жизни и транспортировку.
Уход на дому. Жилой комплекс с предоставлением услуг ухода на дому — это жилой комплекс, в котором проживают пять или более взрослых, не связанных с оператором или администратором, и которые получают уход, лечение, поддержку, наблюдение, обучение, транспортировку и до трех часов в неделю сестринского ухода на одного резидента.
Уход на дому. Жилой комплекс с предоставлением услуг ухода на дому — это жилой комплекс, в котором проживают пять и более взрослых в отдельных жилых помещениях. Услуги включают в себя вспомогательные услуги (прачечная, уборка дома), личную гигиену, услуги сестринского ухода (уход за ранами, медикаментозное лечение) и помощь в экстренных ситуациях.
Услуги краткосрочного ухода — это услуги, предоставляемые на краткосрочной основе, чтобы облегчить членам семьи или другим основным лицам, осуществляющим уход, ежедневный стресс и потребности в уходе. Услуги краткосрочного ухода могут предоставляться в доме участника, доме-интернате, больнице или доме престарелых.
Самостоятельное управление услугами личной гигиены — это услуги, которые помогают участникам плана в повседневной жизни и услугах по уборке жилья, необходимых для проживания в сообществе. Повседневная деятельность включает помощь с водными процедурами, приемом пищи, одеванием, приемом лекарств, уходом за полостью рта, волосами и кожей, приготовлением пищи, оплатой счетов, передвижением, пользованием туалетом, передвижением и транспортировкой. Участник выбирает физическое лицо или агентство для предоставления своих услуг в соответствии с предписанием врача и в соответствии с его планом, ориентированным на участника.

Квалифицированный медицинский уход — это необходимые с медицинской точки зрения услуги квалифицированного сестринского ухода, которые могут предоставляться только квалифицированной практикующей медсестрой, дипломированной медсестрой (RN) или лицензированной практикующей медсестрой, работающей под наблюдением дипломированной медсестры. Квалифицированный медицинский уход включает наблюдение и регистрацию симптомов и реакций, общие процедуры и методы сестринского ухода и может включать периодическую оценку состояния здоровья участника и постоянный мониторинг комплексного или хрупкого состояния здоровья участника.

Специализированное медицинское оборудование и расходные материалы — это предметы, необходимые для поддержания здоровья участника, контроля его медицинского или физического состояния, улучшения функционирования или повышения независимости. Допустимые материалы могут включать средства для ухода при недержании, раневую повязку, ортопедические препараты, продукты для энтерального питания (кормления через зонд), некоторые безрецептурные препараты, необходимые по медицинским показаниям лосьоны/смазывающие средства для ухода за кожей, рецептурный витамин D, мультивитаминные или кальциевые добавки и принадлежности для в/в введения.

Личный помощник — это лицо, которого участник выбирает для помощи ему в планировании, получении и управлении самостоятельно управляемой поддержкой.

Услуги по трудоустройству людей с ограниченными возможностями (услуги по трудоустройству для отдельных лиц и небольших групп) помогают участникам, которые, в связи с их ограниченными возможностями, нуждаются в постоянной поддержке для получения и поддержания конкурентоспособности в условиях интегрированной работы в сообществе. Результатом этой услуги является постоянное оплачиваемое трудоустройство на уровне минимальной заработной платы или выше в интегрированных условиях в коллективе на должности, которая соответствует личным и карьерным целям.

- Индивидуальные услуги по трудоустройству персонализированы и могут включать в себя связанное с профессиональной/рабочей деятельностью определение или оценку, индивидуальное планирование занятости, распределение должностей, развитие должностей, встречи с потенциальными работодателями, анализ должностей, наставничество и обучение, услуги транспортировки, услуги карьерного роста или поддержку для обеспечения самозанятости.
- Услуги по трудоустройству в небольших группах — это услуги и обучение, предоставляемые в коммерческой, отраслевой или общественной среде для групп от двух до восьми работников с ограниченными возможностями. Примерами могут служить мобильные бригады и другие рабочие группы, привлекающие к работе небольшие группы работников с ограниченными возможностями в сообществе. Услуги могут включать в себя связанное с профессиональной/рабочей деятельностью определение или оценку, индивидуальное планирование занятости, распределение должностей, развитие должностей, встречи с потенциальными работодателями, анализ должностей, обучение и системные инструкции, наставничество и обучение, услуги транспортировки, услуги карьерного роста или поддержку для обеспечения самозанятости.

Поддерживающее лечение на дому включает в себя услуги, которые непосредственно помогают участникам в выполнении повседневных действий и личных потребностей для обеспечения надлежащего функционирования в их доме и по месту жительства. Услуги могут включать в себя помощь при одевании, водных процедурах, приеме лекарственных препаратов, приеме пищи, пользовании туалетом, уходе за собой, передвижении, оплате счетов, использовании транспорта и выполнении домашних обязанностей.

Услуги по обучению для лиц, осуществляющих уход без оплаты, помогают людям, которые осуществляют уход, обучение, предоставляют помощь, наблюдение или иную поддержку участникам без оплаты. Обучение включает инструктаж по схемам лечения и другим услугам, включенным в план обслуживания участника, использование оборудования, указанного в плане обслуживания, и, при необходимости, руководство по безопасному обслуживанию участника по месту жительства.

Транспортировка (специальный транспорт). Общественный транспорт и другие виды транспорта

- Услуги общественного транспорта помогают участникам получить доступ к общественным услугам, мероприятиям и ресурсам. Услуги могут включать билеты или карты по тарифам, а также перевозку участников и их сопровождающих в пункты назначения. За исключением экстренной транспортировки (на скорой помощи).
- Другие транспортные услуги помогают участникам, которые самостоятельно управляют услугами, получать медицинские услуги, не покрываемые программой Medicaid. Услуги могут включать в себя билеты или карты по тарифам, возмещение расходов на мили, а также транспортировку участников и их сопровождающих в пункты назначения. Исключены немедицинские транспортные услуги, которые предоставляются в рамках услуг общественного транспорта (см. выше). За исключением экстренной транспортировки (на скорой помощи).

Планирование и поддержка карьерных перспектив — это индивидуальное, командное планирование и поддержка, которые помогают участникам получить, сохранить работу или продвинуться по карьерной лестнице или в рамках самозанятости. Эта услуга может включать разработку плана трудоустройства, анализ и поддержку поощрительных выплат за работу, координацию работы кадровой группы, изучение карьеры и проверку целей трудоустройства, поиск и отслеживание работы, а также долгосрочную поддержку.

3. Заявка на сокращение доли затрат

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

STATE OF WISCONSIN
Administrative Rule
DHS 10.34

APPLICATION FOR REDUCTION OF COST SHARE

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

Request for Reduction of Cost Share

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

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

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

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

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

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

Who Can Help Me Complete This Form?

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

Benefit Specialists

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

APPLICATION FOR REDUCTION OF COST SHARE

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

Section 1—Applicant Information

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Section 4—Why Cost Share Reduction is Necessary

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

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

Section 6—Current Income Amount

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

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

C. Source of income

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

Section 7—Current Monthly Living Expenses

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

TYPE	**AMOUNT**
☐ Mortgage	$
☐ Rent	$

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

Section 8—Fair Hearing Request

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

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

SIGNATURE – Member or Authorized Representative	Date Signed

4. Образец уведомления о решении о прекращении выплаты пособия

my choice WISCONSIN

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: $ _____

DHS/DMS F-00232 (02/2020)

Page **1** of **4**

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. Форма запроса апелляции My Choice Wisconsin

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	Zip Code
	WI	

☐ 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. Форма запроса на проведение беспристрастного слушания на уровне штата

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

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

REQUEST FOR A STATE FAIR HEARING

SECTION A – REQUIRED			
Completing this form is voluntary. Personally identifiable information collected on this form is used to identify the case and process your request only.			
Name – Member		Phone	Medicaid ID #
Mailing Address		Program ☐ Family Care ☐ Partnership ☐ PACE	
City	Zip Code	Managed Care Organization (MCO)	
Today's Date		Effective Date of Adverse Benefit Determination	

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

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

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

SECTION C

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

☐ Functional eligibility screen conducted by MCO

☐ Reduction, suspension or termination of service/support

☐ Denial or limited authorization of a requested service

☐ Denial of payment for a service

☐ Care plan

☐ Failure to provide services/supports in a timely manner

☐ Involuntary disenrollment from the MCO

☐ Denial of request to dispute a financial liability

☐ Denial of request to obtain services outside the MCO's network

☐ Failure of the MCO to make an appeal decision within the required timeframe

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

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

SECTION D - REQUIRED

_____ _____

SIGNATURE – Member Date Signed

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

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

Your managed care organization:

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

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

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

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

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

7. Уведомление о конфиденциальности компании My Choice Wisconsin

Notice of Privacy Practices

my choice WISCONSIN

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*

Notice of Privacy Practices • Page 1

Revised 9/3/2020

Your Privacy Rights

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

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

Your Choices

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

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

Our Uses and Disclosures

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

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

continued on next page

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

Help with public health and safety issues	• We can share health information about you for certain situations such as:
	  • Preventing disease
	  • Helping with product recalls
	  • Reporting adverse reactions to medications
	  • Reporting suspected abuse, neglect, or domestic violence
	  • Preventing or reducing a serious threat to anyone's health or safety

Do research	• We can use or share your information for health research.
Comply with the law	• We will share information about you if state or federal laws require it, including with the Department of Health and Human Services if it wants to see that we're complying with federal privacy law.
Respond to organ and tissue donation requests and work with a medical examiner or funeral director	• We can share health information about you with organ procurement organizations. • We can share health information with a coroner, medical examiner, or funeral director when an individual dies.

Address workers' compensation, law enforcement, and other government requests	• We can use or share health information about you:
	  • For workers' compensation claims
	  • For law enforcement purposes or with a law enforcement official
	  • With health oversight agencies for activities authorized by law
	  • For special government functions such as military, national security, and presidential protective services

Respond to lawsuits and legal actions	• We can share health information about you in response to a court or administrative order, or in response to a subpoena.

Our Responsibilities

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

Changes to the Terms of this Notice

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

Effective Date of Notice: 1/9/2014

This Notice of Privacy Practices applies to the following organization.

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

my choice
WISCONSIN

Caring Starts Here

www.mychoicewi.org