|  |
| --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES** **STATE OF WISCONSIN**Division of Medicaid Services Wis. Stats. § 46.287(2)(c)F-00237SE (01/2019) |
| **Zahtjev za žalbu – CARE WISCONSIN****appeal request – CARE WISCONSIN** |
| Popunjavanje ovog obrasca nije obavezno. Informacije koje omogućavaju ličnu identifikaciju a koje su prikupljene na ovom obrascu koriste se samo radi identifikacije vašeg predmeta i obrade vašeg zahtjeva. |
| Ime i prezime – Član      | Današnji datum      |
| Poštanska adresa      |
| Grad      | DržavaWI | Poštanski br.      |
| [ ]   | Označite ovaj kvadratić ako želite uložiti žalbu na odluku ustanove Care Wisconsin tako što ćete zatražiti sastanak sa Grievance and Appeal Committee (Komisijom za pritužbe i žalbe) pri ustanovi Care Wisconsin. |
| **Nastavak pružanja usluga vama tokom postupka žalbe u vezi smanjenja, obustave ili ukidanja usluga**Ako dobijate beneficije i ako podnesete žalbu prije promjena vaših beneficija, možete dobijati iste beneficije sve dok ne bude donesena odluka po osnovu vaše žalbe. Ako želite zadržati svoje beneficije tokom postupka žalbe, vaš zahtjev mora biti poslat poštom ili faksom ***na dan ili prije* datuma stupanja na snagu planirane radnje**. Ako Grievance and Appeal Committee (Komisija za pritužbe i žalbe) odluči da je odluka ustanove Care Wisconsin ispravna, možda ćete morati vratiti novac za dodatne beneficije koje ste dobili tokom perioda od podnošenja žalbe do donošenja odluke Grievance and Appeal Committee (Komisije za pritužbe i žalbe). Međutim, ako taj povraćaj novca predstavlja veliki finansijski problem, možda se od vas neće tražiti da vratite taj novac. [ ]  **Označite ovaj kvadratić ako želite tražiti nastavljanje dobivanja istih usluga tokom trajanja postupka vaše žalbe.****Primjerak spisa vašeg predmeta**Imate pravo na besplatan primjerak informacija u spisu vašeg predmeta koji se odnosi na vašu žalbu. Informacije podrazumijevaju dokumente, evidenciju i druge slične materijale, uključujući bilo koje nove ili dodatne informacije koje ustanova Care Wisconsin prikupi tokom postupka vaše žalbe.[ ]  **Označite ovaj kvadratić ako želite od ustanove Care Wisconsin dobijati informacije iz spisa vašeg predmeta koji se odnosi na vašu žalbu.** |
|  |  |  |  |  |
|  | **POTPIS** – Član |  | Datum potpisivanja |  |
|  |  |  |  |  |
| Ovaj obrazac poslati poštom ili faksom na adresu:Care Wisconsin1617 Sherman Ave.Madison WI 53704Faks: 608-245-3821Da biste što prije započeli sa žalbom, možete nazvati ustanovu Care Wisconsin na 608-245-3448 prije nego što pošaljete ovaj obrazac. Vaša žalba mora biti poslata poštom ili faksom najkasnije **60 kalendarskih dana** od datuma na Notice of Adverse Benefit Determination (Obavještenju o negativnoj odluci o beneficijama). |
| Care Wisconsin:Pruža besplatnu pomoć i usluge osobama sa invaliditetom kako bi efikasno komunicirali sa nama, kao što su:* Kvalifikovani usmeni prevodioci za znakovni jezik
* Pisane informacije u drugim formatima (veliki format slova, zvučni zapis, pristupačni elektronski formati, drugi formati)

Pruža besplatne jezičke usluge osobama čiji maternji jezik nije engleski, kao što su: * Kvalifikovani usmeni prevodioci
* Informacije napisane na drugim jezicima

Ako su vam potrebne ove usluge, nazovite Care Wisconsin na608-245-3448 ili na besplatni broj telefona 800-963-0035, od ponedjeljka do petka, od 8 h do 16:30 h. TTY korisnici trebaju nazvati WI Relay 711. |