



Member Handbook

www.inclusa.org

Toll-Free: 1-877-622-6700 | TTY: 711 or 1-715-204-1799

DHS Approval Date: 09/23/2025

Family Care Partnership

Sổ tay thành viên

Quan trọng

Nếu quý vị được bảo hiểm Medicare chi trả, hãy xem Giấy chứng nhận bảo hiểm của quý vị để biết thông tin về các quyền lợi.

Hãy yêu cầu đội ngũ chăm sóc sức khỏe của quý vị cung cấp một bản sao Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc xem trên trang web của chúng tôi: www.inclusa.org

Để được trợ giúp hoặc cung cấp thông tin:

Hãy truy cập trang web của chúng tôi: **www.inclusa.org**

Gọi miễn phí: 1-877-622-6700

TTY: 711

Inclusa

2801 Hoover Rd, Unit 3

Stevens Point, WI 54481

Inclusa:

- Cung cấp hỗ trợ và các dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật, chẳng hạn như:
 - o Phiên dịch viên ngôn ngữ ký hiệu.
 - o Thông tin bằng văn bản với chữ in lớn, âm thanh, định dạng điện tử để truy cập và các định dạng khác.
- Cung cấp dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, chẳng hạn như
 - o Phiên dịch viên.
 - o Thông tin được viết bằng các ngôn ngữ khác.

Nếu quý vị cần những dịch vụ này, vui lòng liên hệ Inclusa tại 1-877-622-6700 TTTY: 711).

Inclusa tuân thủ các luật dân quyền liên bang hiện hành và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, giới tính, tuổi tác, quốc tịch hoặc khuyết tật.

Mục lục

Quan trọng.....	1
Mục lục.....	3
Chương 1. Số điện thoại và nguồn lực quan trọng.....	7
Văn phòng công ty	7
bộ phận dịch vụ khách hàng	7
Cách liên hệ với chúng tôi về quyết định bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế, dịch vụ chăm sóc dài hạn hoặc thuốc theo toa của quý vị.....	8
Làm thế nào để liên hệ với ForwardHealth để hỏi về quyết định chi trả cho thuốc theo toa nếu quý vị không có Medicare?.....	8
Làm thế nào để liên hệ với chúng tôi để khiếu nại về dịch vụ chăm sóc y tế hoặc chăm sóc dài hạn của quý vị?.....	8
Cách liên hệ với chúng tôi để kháng cáo về dịch vụ chăm sóc y tế hoặc chăm sóc dài hạn của quý vị.....	9
Địa chỉ gửi yêu cầu thanh toán hoá đơn dịch vụ chăm sóc y tế hoặc chăm sóc dài hạn mà quý vị đã nhận được	9
Social Security	10
Medicaid	11
Đường dây nóng tố cáo gian lận.....	11
Chương trình thanh tra viên	12
Cách liên hệ với Railroad Retirement Board	12
Quý vị có thể nhận trợ giúp từ các trung tâm nguồn lực dành cho người cao tuổi và người khuyết tật (Aging and Disability Resource Centers, ADRC)	13
Dịch vụ bảo vệ người lớn	13
FoodShare Wisconsin	17
Chương 2. Giới thiệu về Family Care Partnership	19

Chào mừng đến với	19
Thẻ thành viên của quý vị.....	19
Chương trình Partnership có thể giúp tôi như thế nào?	20
Ai sẽ giúp tôi?	20
Kế hoạch chăm sóc của tôi nên bao gồm những gì?.....	21
Chương 3. Những điều cần biết về việc sử dụng dịch vụ	23
Kế hoạch chăm sóc của tôi được xây dựng như thế nào?	23
Partnership giúp tôi quản lý dịch vụ của mình như thế nào?.....	24
Các dịch vụ được lựa chọn và phê duyệt như thế nào?	25
Hỗ trợ tự quản lý (Self-directed Supports, SDS) là gì?	25
Hỗ trợ tự quản lý hoạt động như thế nào?	26
Nếu nhu cầu của tôi thay đổi thì sao?	26
Chương 4. Tìm hiểu về Medicaid và gói quyền lợi Partnership	27
Chương trình Medicaid cung cấp những dịch vụ nào?.....	27
Gói quyền lợi Medicaid Partnership	27
Bác sĩ chăm sóc chính (Primary Care Provider, PCP) là gì?.....	28
Tôi có thể đổi PCP của mình bằng cách nào?.....	28
Tôi có thể nhận được những loại dịch vụ chăm sóc y tế nào mà không cần sự chấp thuận trước từ đội ngũ chăm sóc sức khỏe của mình?	28
Tôi có thể nhận được sự chăm sóc từ các chuyên gia và các nhà cung cấp dịch vụ khác trong mạng lưới bằng cách nào?.....	29
Điều gì sẽ xảy ra nếu một nhà cung cấp trong mạng lưới rời khỏi chương trình?	29
Tôi có thể nhận thuốc theo toa bằng cách nào?	29
Tôi cần được chăm sóc y tế như thế nào nếu gặp trường hợp cấp cứu?.....	29
“Chăm sóc khẩn cấp” là gì?	30
Tôi có thể nhận được trợ giúp như thế nào sau giờ làm việc thông thường?.....	30

Nếu tôi cần được chăm sóc khi đang ở ngoài khu vực thì sao?	30
Chương 5. Hiểu rõ ai là người chi trả cho các dịch vụ và việc phối hợp các quyền lợi của quý vị	32
Tôi sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới như thế nào?.....	32
Tại sao tôi cần biết những nhà cung cấp nào thuộc mạng lưới?	32
Tôi có phải trả phí cho bất kỳ dịch vụ nào không?	32
Tôi thanh toán bằng cách nào?	35
Liệu chương trình Partnership có chi trả cho các dịch vụ chăm sóc tại cơ sở lưu trú hoặc viện dưỡng lão không?.....	35
Các quyền lợi bảo hiểm khác của tôi được phối hợp như thế nào?	36
Medicare	36
Thu hồi tài sản là gì? Điều này áp dụng cho tôi như thế nào?.....	36
Chương 6. Quyền của quý vị.....	37
Chương 7. Trách nhiệm của quý vị	41
Chương 8. Khiếu nại và kháng cáo	44
Giới thiệu	44
Khiếu nại.....	46
Kháng cáo.....	48
Phiên điều trần công bằng của tiểu bang	51
Tiếp tục cung cấp dịch vụ của quý vị trong thời gian diễn ra phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang về việc giảm, tạm ngừng hoặc chấm dứt dịch vụ.....	52
Ai có thể giúp tôi giải quyết khiếu nại hoặc kháng cáo?.....	54
Chương 9. Kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong.....	56
Phụ lục	58
1. Định nghĩa các từ quan trọng	58
2. Các dịch vụ được bảo hiểm	65
3. Thông báo về chính sách quyền riêng tư.....	72

Chương 1. Số điện thoại và nguồn lực quan trọng

Văn phòng công ty

Inclusa
2801 Hoover Rd, Unit 3
Stevens Point, WI 54481
Giờ làm việc: 8:00 a.m. – 4:30 p.m. Monday – Friday

Inclusa bộ phận dịch vụ khách hàng

Để được hỗ trợ về các vấn đề liên quan đến khiếu nại, thanh toán hoặc thẻ thành viên, vui lòng gọi điện hoặc viết thư cho đội ngũ chăm sóc của quý vị hoặc liên hệ với Inclusa bộ phận dịch vụ khách hàng. Chúng tôi luôn sẵn sàng hỗ trợ.

- **Gọi:** 1-877-622-6700
 - o Quý vị có thể gọi điện từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, từ thứ Hai đến thứ Sáu. [Nếu giờ hoạt động khác, vui lòng ghi rõ.](#)
 - o Để được hỗ trợ ngoài giờ hành chính, vào cuối tuần và ngày lễ, vui lòng gọi 1-877-622-6700.
 - o Dịch vụ phiên dịch miễn phí dành cho người không nói tiếng Anh.
- **TTY:** 711 (Wisconsin Relay)
- **Fax:** 1-715-345-5725
- **Viết:**
2801 Hoover Rd, Stevens Point, WI 54481
- **Trang web:** www.inclusa.org

Nếu quý vị gặp trường hợp khẩn cấp, hãy gọi 911.

Cách liên hệ với chúng tôi về quyết định bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế, dịch vụ chăm sóc dài hạn hoặc thuốc theo toa của quý vị

- **Gọi:** 1-877-622-6700
 - o Quý vị có thể gọi điện từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, từ thứ Hai đến thứ Sáu.
 - o Để được hỗ trợ ngoài giờ hành chính, vào cuối tuần và ngày lễ, vui lòng gọi 1-877-622-6700.
 - o Dịch vụ phiên dịch miễn phí dành cho người không nói tiếng Anh.
- **TTY:** 711 (Wisconsin Relay)
- **Fax:** 1-715-345-5725
- **Viết:** 2801 Hoover Rd, Stevens Point, WI 54481
- **Trang web:** www.inclusa.org

Làm thế nào để liên hệ với ForwardHealth để hỏi về quyết định chi trả cho thuốc theo toa nếu quý vị không có Medicare?

Quý vị sẽ nhận thuốc theo toa từ chương trình Medicaid của tiểu bang Wisconsin. Quý vị sẽ sử dụng thẻ ForwardHealth của mình.

Dịch vụ hội viên ForwardHealth

- **Gọi:** 800-362-3002
 - o Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng – 4 giờ 30 chiều.
 - o Dịch vụ phiên dịch miễn phí dành cho người không nói tiếng Anh.
- **Trang web:** dhs.wi.gov/forwardhealth/resources.htm

Làm thế nào để liên hệ với chúng tôi để khiếu nại về dịch vụ chăm sóc y tế hoặc chăm sóc dài hạn của quý vị?

Quý vị có thể khiếu nại về chúng tôi hoặc các nhà cung cấp dịch vụ của chúng tôi, bao gồm cả khiếu nại về chất lượng chăm sóc. Loại khiếu nại này không liên quan đến tranh chấp về phạm vi bảo hiểm hoặc thanh toán. Loại khiếu nại này được gọi là khiếu nại. Xem Chương 8 để biết thêm thông tin.

- **Gọi:** 1-877-622-6700
 - o Quý vị có thể gọi điện từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, từ thứ Hai đến thứ Sáu.

- o Để được hỗ trợ ngoài giờ hành chính, vào cuối tuần và ngày lễ, vui lòng gọi 1-877-622-6700.
- o Dịch vụ phiên dịch miễn phí dành cho người không nói tiếng Anh.
- **TTY:** 711 (Wisconsin Relay)
- **Fax:** [Optio
- **Viết:** 2801 Hoover Rd, Stevens Point, WI 54481
- **Trang web:** www.inclusa.org

Cách liên hệ với chúng tôi để kháng cáo về dịch vụ chăm sóc y tế hoặc chăm sóc dài hạn của quý vị

Kháng cáo là một cách chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét lại và thay đổi quyết định về phạm vi bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra. Xem Chương 8 để biết thêm thông tin về việc kháng cáo liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế, dịch vụ chăm sóc dài hạn hoặc thuốc theo toa của quý vị.

Thông tin liên hệ để kháng cáo về dịch vụ chăm sóc y tế hoặc chăm sóc dài hạn

- **Gọi:** 1-877-622-6700
 - o Quý vị có thể gọi điện từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, từ thứ Hai đến thứ Sáu.
 - o Để được hỗ trợ ngoài giờ hành chính, vào cuối tuần và ngày lễ, vui lòng gọi 1-877-622-6700.
 - o Dịch vụ phiên dịch miễn phí dành cho người không nói tiếng Anh.
- **TTY:** 711 (Wisconsin Relay)
- **Fax:** 1-715-345-5725
- **Viết:** 2801 Hoover Rd, Stevens Point, WI 54481
- **Email:** [Insert plan email]
- **Trang web:** www.inclusa.org

Địa chỉ gửi yêu cầu thanh toán hoá đơn dịch vụ chăm sóc y tế hoặc chăm sóc dài hạn mà quý vị đã nhận được

Xem Chương 5 để biết thêm thông tin về việc yêu cầu chúng tôi hoàn tiền hoặc thanh toán hoá đơn từ nhà cung cấp.

Đã được Sở Dịch vụ Y tế (Department of Health Services, DHS) phê duyệt: [thêm ngày phê duyệt của DHS](#)

Xin lưu ý: Nếu quý vị gửi cho chúng tôi yêu cầu thanh toán và chúng tôi từ chối bất kỳ phần nào trong yêu cầu đó, quý vị có thể khiếu nại quyết định của chúng tôi. Xem Chương 8 để biết thêm thông tin.

Yêu cầu thanh toán

- **Gọi:** 1-877-622-6700
 - o Quý vị có thể gọi điện từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, từ thứ Hai đến thứ Sáu.
 - o Để được hỗ trợ ngoài giờ hành chính, vào cuối tuần và ngày lễ, vui lòng gọi 1-877-622-6700.
 - o Dịch vụ phiên dịch miễn phí dành cho người không nói tiếng Anh.
- **TTY:** 711 (Wisconsin Relay)
- **Fax:** 1-715-345-5725
- **Viết:** 2801 Hoover Rd, Stevens Point, WI 54481
- **Trang web:** www.inclusa.org

Social Security

Cơ quan Quản lý An sinh Xã hội Hoa Kỳ (United States Social Security Administration, SSA) xác định điều kiện được hưởng quyền lợi Social Security. Để đăng ký nhận trợ cấp Social Security, hãy gọi cho SSA hoặc đến văn phòng Social Security địa phương.

Social Security Administration

- **Gọi:** 800-772-1213
 - o Giờ làm việc: từ 8 giờ sáng đến 7 giờ tối theo giờ địa phương, từ thứ Hai đến thứ Sáu.
 - o Quý vị có thể sử dụng dịch vụ điện thoại tự động để nhận thông tin đã được ghi âm 24 giờ một ngày. Quý vị cũng có thể thực hiện các công việc đơn giản như kiểm tra trạng thái tài khoản, tìm địa chỉ văn phòng Social Security địa phương hoặc yêu cầu cấp thẻ Social Security mới.
- **TTY:** 800-325-0778
- **Website:** www.ssa.gov

Medicaid

Tất cả người đăng ký và thành viên chương trình Medicaid đều có thể sử dụng ACCESS. Quý vị có thể sử dụng [trang web ACCESS](https://access.wi.gov) (access.wi.gov) để:

- Hãy xem những chương trình nào có thể giúp quý vị.
- Đăng ký nhận quyền lợi.
- Kiểm tra các quyền lợi của quý vị.
- Báo cáo các thay đổi.
- Gia hạn quyền lợi của quý vị.
- Nhận thẻ ForwardHealth mới.

Hãy gọi cho bộ phận dịch vụ khách hàng của ForwardHealth theo số 800-362-3002 để nhận:

- Thông tin về Medicaid.
- Thẻ ForwardHealth mới.

Hãy liên hệ với chính quyền địa phương hoặc cơ quan bộ lạc của quý vị để:

- Hỏi về các quy định đăng ký cho BadgerCare Plus, Medicaid và FoodShare.
- Tìm hiểu xem đơn đăng ký của quý vị có được chấp thuận không hay bị từ chối vì lý do gì.
- Báo cáo những thay đổi về thông tin cá nhân của quý vị (ví dụ: thay đổi địa chỉ, công việc hoặc bảo hiểm y tế).
- Gửi bằng chứng đủ điều kiện.

Để biết địa chỉ và số điện thoại cơ quan của quý vị, hãy gọi 800-362-3002 hoặc truy cập trang [Thông tin liên hệ của Cơ quan Bộ lạc và Quản lý Thu nhập](https://dhs.wi.gov/im-agency) (dhs.wi.gov/im-agency).

Đường dây nóng tố cáo gian lận

Nếu quý vị nghi ngờ bất kỳ ai lạm dụng quỹ trợ cấp công cộng, quý vị nên gọi đến đường dây nóng chống gian lận. Để báo cáo gian lận trợ cấp công cộng, hãy gọi số 877-865-3432 (miễn phí) hoặc [Báo cáo gian lận trực tuyến](https://reportfraud.wisconsin.gov) (reportfraud.wisconsin.gov). Quý vị có thể giữ kín danh tính của mình.

Chương trình thanh tra viên

Thanh tra viên là người bảo vệ quyền lợi cho những người tham gia các chương trình chăm sóc dài hạn nhận được dịch vụ chăm sóc dài hạn. Họ có thể giúp giải đáp các câu hỏi và mối lo ngại. Họ cũng có thể giúp quý vị hiểu rõ các quyền của mình.

Tổ chức để liên hệ phụ thuộc vào độ tuổi của quý vị.

Disability Rights Wisconsin

Các thanh tra viên từ cơ quan này hỗ trợ những người dưới 60 tuổi.

- **Gọi:** 800-928-8778
- **Fax:** 833-635-1968
- **TTY:** 888-758-6049
- **Viết:**
1502 West Broadway, Suite 201
Madison, WI 53713
- **Email:** info@drwi.org
- **Trang web:** disabilityrightswi.org/program/family-care-and-iris-ombudsman-program
 - o Xem trang web để biết thông tin liên hệ của các địa điểm khác.

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care

Các thanh tra viên từ cơ quan này hỗ trợ những người từ 60 tuổi trở lên.

- **Gọi:** 800-815-0015
- **Viết:**
1402 Pankratz Street, Suite 111
Madison WI 53704-4001
- **Email:** BOALTC@wisconsin.gov
- **Trang web:** boaltc.wi.gov

Cách liên hệ với Railroad Retirement Board

Railroad Retirement Board là một cơ quan liên bang giám sát các chương trình quyền lợi cho công nhân đường sắt và gia đình của họ. Hãy liên hệ với họ nếu quý vị có thắc mắc về các quyền lợi của mình từ Railroad Retirement Board.

Railroad Retirement Board

- **Gọi:** 877-772-5772
- **TTY:** 312-751-4701
- **Trang web:** www.rrb.gov

Quý vị có thể nhận trợ giúp từ các trung tâm nguồn lực dành cho người cao tuổi và người khuyết tật (Aging and Disability Resource Centers, ADRC)

Các trung tâm nguồn lực dành cho người cao tuổi và người khuyết tật (ADRC) và các chuyên gia về nguồn lực dành cho người cao tuổi và người khuyết tật (Aging and Disability Resource Specialists, ADRS) của Bộ lạc phục vụ cộng đồng và cung cấp thông tin. Họ hỗ trợ giải quyết các vấn đề ảnh hưởng đến người cao tuổi, người khuyết tật và gia đình của họ. Các ADRC và ADRS Bộ lạc giúp quý vị dễ dàng tìm hiểu về các nguồn lực gần nơi quý vị sống.

Các ADRC và ADRS Bộ lạc:

- Chia sẻ thông tin về các chương trình và dịch vụ trong khu vực của quý vị.
- Giúp mọi người hiểu rõ các lựa chọn chăm sóc dài hạn của họ.
- Giúp mọi người đăng ký các chương trình và quyền lợi.
- Giúp mọi người tìm cách chi trả cho dịch vụ chăm sóc dài hạn.

Quý vị có thể liên hệ với ADRC hoặc ADRS Bộ lạc của mình:

- Qua điện thoại.
- Trực tiếp tại ADRC hoặc ADRS Bộ lạc.
- Thông qua chuyến thăm nhà.

Truy cập [trang web ADRC](http://dhs.wi.gov/adrc) (dhs.wi.gov/adrc) hoặc gọi số 844-947-2372 để biết thêm thông tin về các ADRC và ADRS Bộ lạc.

Dịch vụ bảo vệ người lớn

Dịch vụ bảo vệ người lớn (Adult Protective Services, APS) giúp đỡ người cao tuổi và người lớn khuyết tật bị ngược đãi, bỏ rơi hoặc lợi dụng về tài chính. Nếu quý vị hoặc người quen của quý vị đang hoặc có nguy cơ bị ngược đãi, bỏ rơi, tự bỏ bê bản thân hoặc bị lạm dụng tài chính, hãy gọi đến đường dây nóng của APS tại quận của quý vị.

Adams County (Health & Human Services Department)
Phone: 608-339-4505

- **Ashland County** (Health & Human Services Department)
Phone: 715-682-7004
- **Barron County** (Department of Health & Human Services)
Phone: 715-537-5691
- **Bayfield County** (Department of Human Services)
Phone: 715-373-6144
- **Brown County** (Human Services)
Phone: 920-448-7885
- **Buffalo County** (Aging and Disability Resource Center)
Phone: 866-578-2372
- **Burnett County** (Health & Human Services Department)
Phone: 715-349-7600
- **Calumet County** (Department of Health & Human Services)
Phone: 920-849-1400
- **Chippewa County** (Department of Human Services)
Phone: 715-726-7788
- **Clark County** (Department of Social Services)
Phone: 866-743-5233
- **Columbia County** (Aging and Disability Resource Center)
Phone: 608-742-9233
- **Crawford County** (Human Services Department)
Phone: 608-326-0248
- **Dane County** (Department of Human Services)
Phone: 608-261-9933
- **Dodge County** (Aging and Disability Resource Center)
Phone: 920-386-3580
- **Door County** (Human Services)
Phone: 920-746-7155
- **Douglas County** (Department of Health & Human Services)
Phone: 715-395-1304
- **Dunn County** (Aging and Disability Resource Center)
Phone: 715-232-4006
- **Eau Claire County** (Department of Human Services)
Phone: 715-839-7118
- **Fond Du Lac County** (Aging and Disability Resource Center)
Phone: 920-929-3466

- **Forest County** (Human Services Department)
Phone: 888-452-3296
- **Florence County** (Department of Human Services)
Phone: 715-478-7709
- **Grant County** (Department of Social Services)
Phone: 608-723-2136
- **Green County** (Aging and Disability Resource Center)
Phone: 608-328-9499
- **Green Lake County** (Health and Human Services)
Phone: 920-294-4070
- **Iowa County** (Aging and Disability Resource Center)
Phone: 608-930-9835
- **Iron County** (Human Services Department)
Phone: 715-561-3636
- **Jackson County** (Aging and Disability Resource Center)
Phone: 844-493-4245
- **Jefferson County** (Human Services)
Phone: 920-674-3105
- **Juneau County** (Department of Human Services)
Phone: 608-847-2400
- **Kewaunee County** (Human Services)
Phone: 920-338-0626
- **La Crosse County** (Aging and Disability Resource Center)
Phone: 800-500-3910
- **Lafayette County** (Human Services)
Phone: 608-776-4800
- **Langlade, Lincoln, and Marathon Counties** (North Central Community Services)
Phone: 855-487-3338 or 715-841-5160
- **Manitowoc County** (Department of Human Services)
Phone: 920-683-4230
- **Marinette County** (Aging and Disability Resource Center)
Phone: 715-732-3850
- **Marquette County** (Human Services)
Phone: 608-297-3124
- **Menomonee County** (Health & Human Services)
Phone: 715-799-3861

- **Milwaukee County** (Aging and Disability Resource Center)
Phone: 866-229-9695
- **Monroe County** (Aging and Disability Resource Center)
Phone: 800-500-3910
- **Oconto County** (Health & Human Services)
Phone: 920-834-7000
- **Oneida County** (Department of Social Services)
Phone: 715-369-7499
- **Outagamie County** (Health and Human Services)
Phone: 920-832-5169
- **Ozaukee County** (Human Services)
Phone: 262-284-8200
- **Pepin County** (Aging and Disability Resource Center)
Phone: 866-578-2372
- **Pierce County** (Aging and Disability Resource Center)
Phone: 715-273-6780
- **Polk County** (Human Services Department)
Phone: 715-485-8400
- **Portage County** (Health & Human Services Department)
Phone: 715-345-5350
- **Price County** (Health & Human Services)
Phone: 715-339-2158
- **Richland County** (Aging and Disability Resource Center)
Phone: 608-647-4616
- **Rock County** (Human Services Department – ADRC)
Phone: 608-741-3600 or 855-741-3600
- **Rusk County** (Department of Health & Human Services)
Phone: 715-532-2299
- **St. Croix County** (Department of Health and Human Services)
Phone: 715-246-8255
- **Sauk County** (Department of Human Services)
Phone: 608-355-4200
- **Sawyer County** (Health & Human Services Department)
Phone: 800-569-4162
- **Shawano County** (Department of Social Services)
Phone: 715-526-4700

- **Sheboygan County** (Aging and Disability Resource Center)
Phone: 920-467-4700
- **Taylor County** (Human Services Department)
Phone: 715-748-3332
- **Trempealeau County** (Aging and Disability Resource Center)
Phone: 800-273-2001
- **Vernon County** (Aging and Disability Resource Center)
Phone: 800-500-3910
- **Vilas County** (Department of Social Services)
Phone: 715-479-3668
- **Walworth County** (Department of Health & Human Services)
Phone: 262-741-3200
- **Washburn County** (Health & Human Services Department)
Phone: 715-468-4747
- **Washington County** (Aging and Disability Resource Center)
Phone: 262-335-4497
- **Waukesha County** (Aging and Disability Resource Center)
Phone: 262-548-7848
- **Waupaca County** (Health and Human Services)
Phone: 715-258-6400
- **Waushara County** (Department of Human Services)
Phone: 920-787-6618
- **Winnebago County** (Department of Human Services)
Phone: 877-886-2372
- **Wood County** (Department of Social Services)
Marshfield Area Phone: 715-387-6374
Wisconsin Rapids Area Phone: 715-421-8600

FoodShare Wisconsin

FoodShare giúp những người có thu nhập hạn chế có thể mua được những thực phẩm cần thiết để có sức khỏe tốt. Người dân khắp bang Wisconsin đều nhận được sự hỗ trợ từ FoodShare. Chương trình này hỗ trợ những người ở mọi lứa tuổi có công việc thu nhập thấp, sống bằng thu nhập hạn chế hoặc cố định, bị mất việc làm hoặc bị khuyết tật và không thể làm việc.

FoodShare Wisconsin

- **Gọi:** Dịch vụ QUEST Card: 877-415-5164
 - o Tìm hiểu thông tin chung về QUEST card của quý vị.
 - o Hãy báo cáo rằng quý vị không nhận được QUEST card.
 - o Báo cáo QUEST card bị mất, bị đánh cắp hoặc bị hư hỏng.
 - o Kiểm tra số dư tài khoản hiện tại của quý vị.
- **TTY:** 711 (Wisconsin Relay)
- **Trang web:** dhs.wi.gov/foodshare

Chương 2. Giới thiệu về Family Care Partnership

Chào mừng đến với Inlusa

Chào mừng quý vị đến với Inlusa, , một tổ chức quản lý chăm sóc sức khỏe (Managed Care Organization, MCO) điều hành Family Care Partnership (còn được gọi là Partnership). Partnership là một chương trình của Medicaid hỗ trợ người cao tuổi và người khuyết tật. Các thành viên được hưởng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và chăm sóc dài hạn để giúp họ có thể sống tại nhà riêng bất cứ khi nào có thể.

Sổ tay này sẽ cung cấp cho quý vị những thông tin cần thiết để:

- Tìm hiểu về các dịch vụ chăm sóc y tế và chăm sóc dài hạn trong gói quyền lợi.
- Xem những dịch vụ nào mà Partnership chi trả.
- Hiểu rõ về quyền và trách nhiệm của quý vị với tư cách là thành viên.
- Nếu quý vị có vấn đề hoặc lo ngại, hãy gửi khiếu nại hoặc kháng cáo.

Nếu quý vị cần hỗ trợ để xem lại sổ tay này, vui lòng liên hệ với đội ngũ chăm sóc của quý vị. Thông tin liên hệ của họ có trên trang 7.

Thẻ thành viên của quý vị

Quý vị sẽ nhận được thẻ ForwardHealth từ chương trình Medicaid của tiểu bang Wisconsin. Quý vị sẽ cần thẻ ForwardHealth để nhận thuốc theo toa. Nếu thẻ ForwardHealth của quý vị bị hỏng, mất hoặc bị đánh cắp, hãy gọi ngay cho Dịch vụ Khách hàng của ForwardHealth theo số 800-362-3002 để yêu cầu cấp thẻ mới.

Ngôn ngữ tùy chọn trên thẻ thành viên dành cho các gói dịch vụ.

Khi tham gia Partnership, quý vị sẽ nhận được thẻ thành viên Partnership. Quý vị phải xuất trình thẻ thành viên mỗi khi sử dụng dịch vụ.

Luôn mang theo thẻ thành viên Partnership của quý vị bên mình. Xuất trình thẻ thành viên mỗi khi quý vị được chăm sóc y tế. Quý vị có thể gặp khó khăn trong việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc chăm sóc dài hạn nếu không mang theo thẻ. Nếu quý vị sử dụng thẻ bảo hiểm khác để thanh toán dịch vụ, quý vị có thể phải tự trả toàn bộ chi phí.

Nếu thẻ thành viên Partnership của quý vị bị hư hỏng, mất hoặc bị đánh cắp, vui lòng liên hệ 1-877-622-6700 (TTY: 711). . Đây là mẫu thẻ thành viên Partnership.

Chương trình Partnership có thể giúp tôi như thế nào?

Partnership cung cấp các dịch vụ và hỗ trợ để đảm bảo quý vị được an toàn và được hỗ trợ tại nhà. Khi sống trong nhà riêng hoặc nhà của gia đình, quý vị có nhiều quyền tự chủ hơn trong cuộc sống. Quý vị có thể quyết định thời điểm thực hiện những việc nhất định, chẳng hạn như thời gian thức dậy và ăn uống, cũng như cách lên kế hoạch cho một ngày của mình.

Với tư cách là thành viên của Partnership, chúng tôi sẽ trao đổi với quý vị về các dịch vụ và hỗ trợ mà quý vị cần để sống độc lập nhất có thể. Điều này có thể bao gồm:

- Hỗ trợ tắm rửa, đưa đón, dọn dẹp nhà cửa và giao bữa ăn tận nhà.
- Xây dựng đường dốc cho xe lăn hoặc sử dụng hệ thống cảnh báo y tế.
- Chăm sóc y tế, bao gồm xét nghiệm và chăm sóc răng miệng. Xem Chương 4 để biết danh sách các dịch vụ được bảo hiểm chi trả.

Ai sẽ giúp tôi?

Với tư cách là thành viên của chương trình Partnership, một đội ngũ từ Includa sẽ làm việc với quý vị để xây dựng đội ngũ chăm sóc của quý vị. Quý vị là trung tâm của đội ngũ chăm sóc sức khỏe của chính mình. Quý vị nên tham gia vào mọi khía cạnh trong việc lập kế hoạch chăm sóc sức khỏe cho bản thân mình.

Partnership:

- Có thể giúp nâng cao chất lượng cuộc sống.
- Giúp quý vị sống thoải mái trong chính ngôi nhà hoặc căn hộ của mình, cùng với gia đình và bạn bè.
- Giúp quý vị tham gia vào các quyết định về việc chăm sóc và dịch vụ dành cho quý vị.
- Tối đa hóa sự độc lập của quý vị.

Đội ngũ chăm sóc của quý vị sẽ bao gồm quý vị và:

- Y tá thực hành nâng cao.
- Y tá đã đăng ký hành nghề.
- Nhân viên công tác xã hội (hoặc quản lý chăm sóc hoặc điều phối viên dịch vụ xã hội).

- Các chuyên gia khác, tùy thuộc vào nhu cầu của quý vị. Người đó có thể là bác sĩ của quý vị, một chuyên gia trị liệu cơ năng hoặc vật lý trị liệu, hoặc một chuyên gia sức khỏe tâm lý.
- Bất cứ ai quý vị muốn tham gia, bao gồm thành viên gia đình hoặc bạn bè.

Đội ngũ chăm sóc của quý vị sẽ phối hợp với quý vị để:

- Xác định điểm mạnh, nguồn lực, nhu cầu và sở thích của quý vị.
- Lập một kế hoạch chăm sóc bao gồm những hỗ trợ mà quý vị cần.
- Đảm bảo các dịch vụ Partnership đáp ứng được nhu cầu của quý vị với chi phí và nỗ lực hợp lý.
- Đảm bảo quý vị nhận được các dịch vụ có trong kế hoạch chăm sóc của mình.
- Đảm bảo kế hoạch chăm sóc của quý vị vẫn tiếp tục hiệu quả đối với quý vị.

Inclusa tin rằng các thành viên của mình nên được quyền lên tiếng về cách thức và thời điểm cung cấp dịch vụ chăm sóc. Đây được gọi là sự lựa chọn cá nhân. Là thành viên và có quyền lựa chọn cá nhân, quý vị cũng có trách nhiệm giúp đội ngũ chăm sóc của mình tìm ra những cách tốt nhất để hỗ trợ quý vị. Cho đội ngũ của quý vị biết nếu quý vị cần bất kỳ sự trợ giúp nào để tham gia vào quy trình này.

Kế hoạch chăm sóc của tôi nên bao gồm những gì?

Kế hoạch chăm sóc của quý vị sẽ bao gồm:

- Nhu cầu về sức khỏe thể chất và khả năng thực hiện một số hoạt động nhất định (như ăn uống và mặc quần áo) của quý vị.
- Điểm mạnh và sở thích của quý vị.
- Mục tiêu cá nhân của quý vị.
- Mục tiêu chăm sóc dài hạn của quý vị.
- Các dịch vụ quý vị sẽ nhận được.
- Người sẽ cung cấp từng dịch vụ.
- Những việc quý vị sẽ tự làm hoặc làm với sự giúp đỡ từ gia đình, bạn bè hoặc những người khác trong cộng đồng.

Đội ngũ chăm sóc của quý vị sẽ yêu cầu quý vị ký vào bản kế hoạch chăm sóc để chứng tỏ quý vị đã tham gia vào việc lập kế hoạch đó. Quý vị sẽ nhận được một bản sao của kế hoạch chăm sóc đã ký. Nếu quý vị không hài lòng với kế hoạch của mình, quý vị có thể chọn không ký. Quý vị có thể gửi khiếu nại hoặc kháng cáo nếu cần. Xem Chương 8 để biết thêm thông tin.

Quý vị sẽ thường xuyên trao đổi với đội ngũ chăm sóc của mình để kiểm tra xem các dịch vụ có giúp ích cho quý vị hay không. Đội ngũ chăm sóc của quý vị phải gặp quý vị trực tiếp ít nhất một lần mỗi ba tháng. Họ có thể gặp quý vị thường xuyên hơn nếu cần thiết.

Chương 3. Những điều cần biết về việc sử dụng dịch vụ

Kế hoạch chăm sóc của tôi được xây dựng như thế nào?

Xác định mục tiêu cá nhân của quý vị

Trước tiên, quý vị sẽ làm việc với đội ngũ chăm sóc của mình để xác định các mục tiêu cá nhân của quý vị. Mục tiêu cá nhân là những mục tiêu quý vị đặt ra cho cuộc sống của mình. Chỉ có quý vị mới có thể quyết định điều gì là quan trọng cho bản thân. Các mục tiêu này có thể bao gồm:

- Điều kiện sống và sự hỗ trợ mà quý vị mong muốn, ví dụ như:
 - o Nên sống ở đâu và với ai.
 - o Các hỗ trợ và dịch vụ cần thiết.
 - o Các hoạt động hàng ngày của quý vị.
- Những mục tiêu cho lối sống và trải nghiệm hàng ngày của quý vị, chẳng hạn như:
 - o Thời gian dành cho gia đình và bạn bè.
 - o Công việc hoặc các hoạt động khác.
 - o Tham gia với cộng đồng.
 - o Sự ổn định.
 - o Tôn trọng và công bằng.
 - o Sự riêng tư.
- Những mục tiêu cho sức khỏe và hạnh phúc của quý vị, ví dụ như:
 - o Khoẻ mạnh.
 - o An toàn.
 - o Không bị ngược đãi và bỏ bê.

Đội ngũ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ giúp quý vị xác định những mục tiêu cá nhân của mình. Họ sẽ xem xét dịch vụ nào sẽ hỗ trợ tốt nhất cho nhu cầu của quý vị, cũng như dịch vụ nào tiết kiệm chi phí nhất. Hiệu quả về chi phí nghĩa là dịch vụ đó đáp ứng được mục tiêu của quý vị với mức giá hợp lý. Sau đó, Includa sẽ cung cấp dịch vụ. Xin lưu ý, điều này không có nghĩa là Includa sẽ luôn cung cấp các dịch vụ mà đội ngũ của quý vị lựa chọn. **Những việc quý vị tự làm cho bản thân và sự giúp đỡ quý vị nhận được từ gia đình, bạn bè và những người khác là một phần quan trọng trong kế hoạch chăm sóc của quý vị.**

Includa có thể giúp quý vị tìm ra những cách để củng cố mạng lưới hỗ trợ của mình. Ví dụ, nếu những người giúp đỡ quý vị cần nghỉ ngơi, chúng tôi có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc

tạm thời. Dịch vụ chăm sóc tạm thời giúp người chăm sóc có thời gian nghỉ ngơi và giữ gìn sức khỏe.

Xác định mục tiêu chăm sóc dài hạn của quý vị

Quý vị và đội ngũ chăm sóc của quý vị sẽ xác định **các mục tiêu chăm sóc dài hạn** của quý vị. Đây là những mục tiêu hướng tới sự độc lập, giúp quý vị sống cuộc sống mà mình mong muốn. Family Care cung cấp các dịch vụ và hỗ trợ để giúp quý vị đạt được những mục tiêu này. Ví dụ,

- Đáp ứng nhu cầu hàng ngày của quý vị.
- Đảm bảo quý vị có được những thứ cần thiết để luôn an toàn, khỏe mạnh và tự lập nhất có thể.

Nhóm chăm sóc của quý vị sẽ lập kế hoạch chăm sóc. Kế hoạch chăm sóc của quý vị sẽ giúp quý vị tiến tới những mục tiêu mà quý vị và nhóm chăm sóc của quý vị đã xác định.

Partnership giúp tôi quản lý dịch vụ của mình như thế nào?

Inclusa tôn trọng sự lựa chọn của các thành viên. Ví dụ:

- Sắp xếp chỗ ở, sinh hoạt hàng ngày và các dịch vụ hỗ trợ là những ví dụ về mục tiêu mà Partnership hỗ trợ. Quý vị sẽ nêu ra những điều quan trọng đối với mình trong các mục tiêu này. Quý vị sẽ làm việc với đội ngũ chăm sóc của mình để tìm ra những cách thức hợp lý nhằm hỗ trợ quá trình điều trị của quý vị. Nếu kế hoạch chăm sóc của quý vị không hiệu quả, quý vị có thể khiếu nại hoặc kháng cáo.
- Nếu quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ xem xét sử dụng nhà cung cấp mà chúng tôi thường không sử dụng.
- Quý vị có thể yêu cầu một người cung cấp dịch vụ cụ thể đến nhà hoặc cung cấp dịch vụ chăm sóc cá nhân riêng tư. Người này có thể là một thành viên trong gia đình.
Người cung cấp dịch vụ hoặc thành viên gia đình phải đáp ứng các yêu cầu của chúng tôi và chấp nhận số tiền chúng tôi thanh toán.
- Quý vị có thể chuyển sang một đội ngũ chăm sóc khác tối đa hai lần trong một năm. Quý vị không cần phải giải thích lý do tại sao quý vị muốn một đội ngũ chăm sóc khác. Inclusa có thể không đáp ứng được mọi yêu cầu của quý vị hoặc cung cấp cho quý vị một đội ngũ chăm sóc cụ thể mà quý vị muốn.
- Quý vị có thể lựa chọn tự quản lý một số dịch vụ của mình. Vui lòng xem phần hỗ trợ tự quản lý bên dưới để biết thêm chi tiết.

Các dịch vụ được lựa chọn và phê duyệt như thế nào?

Quý vị phải được chấp thuận tất cả các dịch vụ **trước khi** sử dụng. **Nếu quý vị tự sử dụng dịch vụ mà không có sự chấp thuận của đội ngũ chăm sóc, quý vị có thể phải trả tiền cho các dịch vụ đó.** Hãy trao đổi với đội ngũ chăm sóc của quý vị nếu quý vị cần một dịch vụ chưa được phê duyệt và chưa có trong kế hoạch chăm sóc của quý vị.

Inclusa hỗ trợ mục tiêu của quý vị. Chúng tôi cũng cần cân nhắc đến **chi phí khi lập kế hoạch chăm sóc cho quý vị.**

Quy trình phê duyệt dịch vụ

Quý vị và đội ngũ của quý vị sẽ thảo luận về các dịch vụ mà quý vị cần. Quý vị cũng sẽ tìm hiểu các lựa chọn có thể giúp quý vị đạt được mục tiêu của mình. Quý vị và đội ngũ của quý vị sẽ sử dụng quy trình từng bước để phê duyệt dịch vụ. Quy trình này giúp quý vị quyết định xem các dịch vụ đó có đáng giá so với chi phí bỏ ra và có đáp ứng được nhu cầu chăm sóc dài hạn của quý vị hay không. Quá trình này được gọi là quyết định phân bổ nguồn lực, hay “RAD”.

Điều quan trọng là những người đã giúp đỡ quý vị trong cuộc sống hàng ngày nên tiếp tục tham gia vào quá trình chăm sóc của quý vị. Ví dụ, những người đó có thể là bạn bè, người thân hoặc hàng xóm. Inclusa sẽ mua các dịch vụ khác mà những người thân quen của quý vị không thể cung cấp.

Hỗ trợ tự quản lý (Self-directed Supports, SDS) là gì?

Các dịch vụ hỗ trợ tự quản lý là cách để quý vị tìm kiếm, mua và tự quản lý hầu hết hoặc một phần các dịch vụ chăm sóc dài hạn của mình.

Quý vị và đội ngũ chăm sóc của quý vị sẽ gặp nhau để thảo luận về những dịch vụ mà quý vị muốn tự quản lý, nếu có. Nếu quý vị chọn tự quản lý một hoặc nhiều dịch vụ, quý vị sẽ làm việc với nhóm của mình để:

- Lập ngân sách cho các dịch vụ dựa trên kế hoạch chăm sóc của quý vị.
- Lập một kế hoạch thể hiện cách quý vị sẽ quản lý các dịch vụ.
- Đội ngũ của quý vị chịu trách nhiệm về bất kỳ dịch vụ nào khác mà quý vị không tự quản lý.

Quý vị có thể tự quản lý một hoặc nhiều dịch vụ chăm sóc dài hạn dựa trên cộng đồng của mình. Ví dụ, quý vị có thể tự quản lý các dịch vụ chăm sóc cá nhân của mình nhưng để đội ngũ của quý vị quản lý các nhà cung cấp vật tư y tế cho quý vị. Quý vị cũng có thể thay đổi ý định và tự quản lý nhiều hơn hoặc ít hơn trong tương lai.

Quý vị không thể tự quản lý các dịch vụ chăm sóc tại cơ sở lưu trú và dịch vụ quản lý chăm sóc.

Hỗ trợ tự quản lý hoạt động như thế nào?

Tự quản lý:

- Quý vị có thể là người sử dụng lao động – Điều này có nghĩa là quý vị tuyển dụng, thuê, đào tạo và quản lý người làm của mình. Là người sử dụng lao động, quý vị sẽ chịu trách nhiệm phê duyệt bảng chấm công và thiết lập mức lương theo giờ, cũng như các công việc khác.
- Quý vị có thể làm việc với một công ty – quý vị vẫn có thể chọn nhà cung cấp dịch vụ của riêng mình, nhưng công ty sẽ lo việc tuyển dụng, đào tạo và giám sát nhân viên.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc tìm kiếm nhân công hoặc công ty, nhóm của quý vị có thể đề xuất các nguồn lực và nhà cung cấp có thể hữu ích cho quý vị.

Quý vị sẽ có một người đại diện về tài chính cho người sử dụng lao động. Họ sử dụng ngân sách để chi trả cho các dịch vụ trong kế hoạch hỗ trợ tự quản lý của quý vị. Quý vị phải phê duyệt khoản thanh toán.

Nếu quý vị quan tâm đến các hình thức hỗ trợ tự quản lý, vui lòng hỏi your care team để biết thêm thông tin.

Nếu nhu cầu của tôi thay đổi thì sao?

Các dịch vụ có thể thay đổi theo thời gian khi tình trạng sức khỏe và hoàn cảnh sống của quý vị thay đổi. Ví dụ, quý vị có thể cần ít dịch vụ hơn nếu sức khỏe thể chất của quý vị được cải thiện. Nếu quý vị có thêm nhu cầu nào khác, chúng tôi sẽ đảm bảo quý vị nhận được sự hỗ trợ cần thiết để luôn an toàn, khỏe mạnh và tự lập nhất có thể. Mục tiêu của chúng tôi là cung cấp dịch vụ phù hợp với số lượng phù hợp ở đúng địa điểm.

Nếu nhu cầu của quý vị thay đổi, hãy cho đội ngũ chăm sóc của quý vị biết. Họ sẽ luôn ở bên cạnh để hỗ trợ quý vị.

Chương 4. Tìm hiểu về Medicaid và gói quyền lợi Partnership

Chương trình Medicaid cung cấp những dịch vụ nào?

Bên cạnh các dịch vụ chăm sóc dài hạn, Partnership còn cung cấp các dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị.

Nếu quý vị có bảo hiểm Medicare, hãy xem Giấy chứng nhận bảo hiểm của quý vị để biết đầy đủ gói quyền lợi Partnership. Phần này chỉ thảo luận về các quyền lợi mà quý vị có thể nhận được từ chương trình Medicaid.

Gói quyền lợi Medicaid Partnership

Quý vị có thể tìm thấy các dịch vụ mà Partnership chi trả trong Phụ lục 2 (page 65). Hầu hết các dịch vụ này phải được đội ngũ chăm sóc của quý vị phê duyệt. Nếu quý vị tự sử dụng dịch vụ mà không có sự chấp thuận của đội ngũ chăm sóc, quý vị có thể phải chi trả cho các dịch vụ đó. Hãy trao đổi với đội ngũ chăm sóc của quý vị nếu quý vị nghĩ mình cần dịch vụ nào đó.

Các dịch vụ được cung cấp thông qua ForwardHealth

Các dịch vụ sau đây **không nằm trong gói quyền lợi Partnership**, nhưng quý vị có thể sử dụng bằng thẻ ForwardHealth của mình:

- Dịch vụ điều trị hành vi
- Dịch vụ cộng đồng toàn diện
- Dịch vụ phục hồi cộng đồng
- Thuốc điều trị ngoại trú
- Điều phối chăm sóc trước khi sinh
- Điều trị nội trú chứng rối loạn sử dụng chất gây nghiện
- Các dịch vụ tại trường học
- Quản lý liệu pháp dùng thuốc
- Các dịch vụ liên quan đến bệnh lao

Bác sĩ chăm sóc chính (Primary Care Provider, PCP) là gì?

PCP là người chịu trách nhiệm giám sát việc chăm sóc sức khỏe của quý vị. Quý vị phải chọn một nhà cung cấp trong mạng lưới Includa làm PCP của mình. Nếu quý vị là người Mỹ bản địa hoặc người Alaska bản địa, quý vị có thể chọn khám chữa bệnh với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe dành cho người bản địa nằm ngoài mạng lưới của chúng tôi.

Quý vị sẽ đến gặp PCP để giải quyết hầu hết các nhu cầu chăm sóc sức khỏe định kỳ.

Nếu quý vị muốn sử dụng dịch vụ của một chuyên gia hoặc bệnh viện cụ thể nào đó, hãy nhớ hỏi xem PCP của quý vị có giới thiệu bệnh nhân đến chuyên gia đó hoặc sử dụng bệnh viện đó hay không.

Tôi có thể đổi PCP của mình bằng cách nào?

Quý vị có thể thay đổi PCP trong mạng lưới của mình vì bất kỳ lý do gì, vào bất kỳ lúc nào bằng cách 1-877-622-6700 (TTY: 711).

Gọi cho đội ngũ chăm sóc sức khỏe của quý vị và nhớ thông báo cho họ nếu quý vị đang khám với bác sĩ chuyên khoa hoặc sử dụng các dịch vụ được bảo hiểm khác cần sự chấp thuận của PCP của quý vị. Đội ngũ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ thông báo cho quý vị khi việc chuyển sang PCP mới có hiệu lực.

Tôi có thể nhận được những loại dịch vụ chăm sóc y tế nào mà không cần sự chấp thuận trước từ đội ngũ chăm sóc sức khỏe của mình?

Các dịch vụ quý vị có thể nhận được từ nhà cung cấp trong mạng lưới mà không cần sự chấp thuận trước từ đội ngũ chăm sóc sức khỏe của quý vị bao gồm:

- Khám sức khỏe định kỳ hàng năm.
- Dịch vụ kế hoạch hoá gia đình.
- Tiêm phòng cúm và viêm phổi.
- Chăm sóc sức khỏe định kỳ cho phụ nữ:
 - o Khám vú.
 - o Chụp nhũ ảnh sàng lọc (chụp X-quang vú).
 - o Xét nghiệm Pap.
 - o Khám vùng chậu.

Tôi có thể nhận được sự chăm sóc từ các chuyên gia và các nhà cung cấp dịch vụ khác trong mạng lưới bằng cách nào?

Bác sĩ chuyên khoa là bác sĩ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho một bệnh cụ thể hoặc một bộ phận cụ thể của cơ thể. Có rất nhiều loại chuyên gia. Dưới đây là một vài ví dụ:

- Bác sĩ chuyên khoa ung thư là những người chăm sóc bệnh nhân ung thư.
- Bác sĩ tim mạch là những người chăm sóc bệnh nhân mắc các bệnh về tim.
- Bác sĩ chỉnh hình là những người chăm sóc bệnh nhân mắc các bệnh về xương, khớp hoặc cơ.

Hãy liên hệ với đội ngũ chăm sóc của quý vị nếu quý vị cần được chăm sóc bởi chuyên gia. Quý vị có thể cần sự chấp thuận từ đội ngũ chăm sóc sức khỏe của mình trước khi gặp bác sĩ chuyên khoa.

Điều gì xảy ra nếu một nhà cung cấp trong mạng lưới rời khỏi chương trình?

Nếu nhà cung cấp dịch vụ của quý vị rời khỏi mạng lưới của Inclusive Family Care, quý vị sẽ phải chuyển sang nhà cung cấp khác thuộc chương trình của chúng tôi. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị và giúp quý vị chọn nhà cung cấp khác.

Tôi có thể nhận thuốc theo toa bằng cách nào?

Chương trình Medicaid của tiểu bang Wisconsin chi trả cho thuốc theo toa của quý vị. Quý vị phải đến một nhà thuốc chấp nhận Medicaid. Quý vị có thể hỏi nhà thuốc xem họ có chấp nhận Medicaid hay không. Quý vị cũng có thể [tìm kiếm các nhà thuốc trực tuyến](https://forwardhealth.wi.gov/WIPortal/Subsystem/Public/DirectorySearch.aspx) (forwardhealth.wi.gov/WIPortal/Subsystem/Public/DirectorySearch.aspx).

Tôi cần được chăm sóc y tế như thế nào nếu gặp trường hợp cấp cứu?

Nếu gặp trường hợp khẩn cấp đe dọa đến tính mạng, hãy gọi 911.

**Quý vị KHÔNG cần liên hệ với đội ngũ chăm sóc sức khỏe của mình hoặc xin phê duyệt trước.
trong trường hợp khẩn cấp.**

Trường hợp khẩn cấp là khi bạn bị bệnh, bị thương, có triệu chứng hoặc bệnh lý rất nghiêm trọng. Hầu hết mọi người sẽ tìm kiếm chăm sóc y tế ngay lập tức để tránh bị tổn hại. Đây có thể là cơn bệnh đột ngột, nghi ngờ đau tim hoặc đột quỵ, gãy xương, hoặc hen suyễn nặng.

Nếu quý vị gặp trường hợp cấp cứu y tế:

- Hãy tìm kiếm trợ giúp càng sớm càng tốt. Hãy gọi số 911 để được giúp đỡ hoặc đến phòng cấp cứu, bệnh viện hoặc trung tâm chăm sóc khẩn cấp gần nhất. Hãy gọi xe cấp cứu nếu cần.
- Hãy cho nhân viên cấp cứu hoặc bệnh viện biết quý vị là thành viên của Includa.
- Quý vị hoặc một người khác nên gọi điện cho chúng tôi để thông báo về trường hợp cấp cứu, thường là trong vòng 48 giờ. Thông tin liên hệ của Includa Family Care .

“Chăm sóc khẩn cấp” là gì?

“Chăm sóc khẩn cấp” là:

- Không phải trường hợp cấp cứu.
- Một căn bệnh, chấn thương hoặc tình trạng sức khỏe bất ngờ.
- Một trường hợp cần được chăm sóc y tế ngay lập tức.

Tình trạng bất ngờ đó có thể là sự tái phát bệnh lý mà quý vị đã mắc phải nhưng không ngờ tới. Ví dụ, một cơn bùng phát của bệnh ngoài da mãn tính.

Tôi có thể nhận được trợ giúp như thế nào sau giờ làm việc thông thường?

Hãy gọi 1-877-622-6700 (TTY: 711) nếu quý vị có nhu cầu khẩn cấp không thể chờ đến ngày làm việc tiếp theo. Nhân viên luôn sẵn sàng 24/7 và có thể tạm thời phê duyệt các dịch vụ quý vị cần cho đến ngày làm việc tiếp theo. Đội ngũ chăm sóc của quý vị sẽ liên hệ lại với quý vị để quyết định xem có nên tiếp tục các dịch vụ hay không.

Nếu tôi cần được chăm sóc khi đang ở ngoài khu vực thì sao?

Điều quan trọng là quý vị cần thông báo cho đội ngũ chăm sóc của mình nếu quý vị ở bên ngoài khu vực phục vụ của Includa và muốn tiếp tục nhận được dịch vụ trong thời gian quý vị vắng mặt.

Chúng tôi sẽ phối hợp với cơ quan quận hoặc Bộ lạc để tìm hiểu xem chương trình của quý vị có làm thay đổi nơi cư trú của quý vị tại quận hay không.

- Nếu cơ quan đó thông báo rằng quý vị sẽ **không phải là cư dân** của một quận thuộc phạm vi phục vụ của Includa, hãy liên hệ với ADRC tại quận mà quý vị sẽ sinh sống. Trung tâm ADRC có thể cung cấp cho quý vị thông tin về các chương trình tại quận đó.

- Nếu quý vị vẫn **tiếp tục cư trú**, Inclusa sẽ cùng quý vị lên kế hoạch tiết kiệm chi phí để hỗ trợ các nhu cầu của quý vị và đảm bảo sức khỏe, sự an toàn cho quý vị trong thời gian quý vị vắng mặt.

Inclusa có thể nhận thấy rằng không thể lập một kế hoạch tiết kiệm chi phí đáp ứng nhu cầu của quý vị khi quý vị đang ở ngoài khu vực phục vụ của chúng tôi. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi có thể yêu cầu tiểu bang loại quý vị khỏi chương trình.

Inclusa không chi trả chi phí chăm sóc nếu quý vị chuyển hẳn ra khỏi khu vực phục vụ. **Nếu quý vị đang có kế hoạch chuyển đến nơi ở mới vĩnh viễn, hãy liên hệ với đội ngũ chăm sóc của quý vị càng sớm càng tốt.**

Tôi có thể nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa (telehealth) không?

Quý vị có thể nhận dịch vụ trực tiếp hoặc thông qua "dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa".

“Dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa” là một phương thức cung cấp dịch vụ thông qua cuộc gọi video trực tiếp hai chiều hoặc điện thoại (âm thanh). Inclusa bao gồm các dịch vụ khám chữa bệnh từ xa mà nhà cung cấp của quý vị có thể cung cấp với chất lượng tương đương với chất lượng của dịch vụ trực tiếp. Dịch vụ này có thể bao gồm các cuộc khám bệnh tại phòng khám bác sĩ, dịch vụ sức khỏe tâm lý hoặc cai nghiện, tư vấn nha khoa, và nhiều hơn nữa. Một số dịch vụ quý vị không thể sử dụng thông qua dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa. Điều này bao gồm cả những dịch vụ mà nhà cung cấp cần phải tiếp xúc trực tiếp để khám cho quý vị.

Cả quý vị và nhà cung cấp dịch vụ y tế đều phải đồng ý với cuộc hẹn khám chăm sóc sức khỏe từ xa. Quý vị luôn có quyền từ chối dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa và thay vào đó chọn khám trực tiếp. Quyền lợi và chế độ chăm sóc của quý vị trong chương trình Partnership sẽ không bị ảnh hưởng nếu quý vị từ chối dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa. Nếu nhà cung cấp dịch vụ của quý vị chỉ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa và quý vị muốn khám trực tiếp, họ có thể giới thiệu quý vị đến một nhà cung cấp khác.

Inclusa và các nhà cung cấp của chương trình Medicaid của tiểu bang Wisconsin phải tuân thủ luật về quyền riêng tư và bảo mật khi cung cấp dịch vụ qua dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa.

Hãy trao đổi với đội ngũ chăm sóc của quý vị nếu quý vị có thắc mắc về các dịch vụ của mình.

Chương 5. Hiểu rõ ai là người chi trả cho các dịch vụ và việc phối hợp các quyền lợi của quý vị

Tôi sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới như thế nào?

Quý vị và đội ngũ của quý vị sẽ chọn nhà cung cấp từ danh sách các nhà cung cấp trên trang web của chúng tôi tại www.inclusa.org. Chúng tôi cập nhật ít nhất 30 ngày một lần và danh sách này được cung cấp ở các định dạng và ngôn ngữ khác nhau. Nếu quý vị muốn có bản sao giấy của Danh mục Mạng lưới Nhà cung cấp, hãy yêu cầu đội ngũ chăm sóc của quý vị cung cấp cho quý vị một bản.

Danh mục nhà cung cấp cho quý vị biết mỗi nhà cung cấp của chúng tôi cung cấp những gì. Ví dụ, các nhà cung cấp có nhân viên nói một ngôn ngữ nhất định hoặc các nhà cung cấp có hiểu biết về một nền văn hoá dân tộc hoặc tín ngưỡng tôn giáo cụ thể. Đội ngũ chăm sóc của quý vị cũng có thể cho quý vị biết liệu có thể tiếp cận được phòng khám của nhà cung cấp dịch vụ hay không.

Sẽ có lúc quý vị muốn chuyển đổi nhà cung cấp dịch vụ. Hãy liên hệ với đội ngũ chăm sóc sức khỏe của quý vị nếu quý vị muốn chuyển từ nhà cung cấp này sang nhà cung cấp khác trong mạng lưới. **Quý vị có thể phải chịu chi phí dịch vụ nếu sử dụng nhà cung cấp dịch vụ mới mà không được sự chấp thuận từ đội ngũ chăm sóc sức khỏe của mình.**

Tại sao tôi cần biết những nhà cung cấp nào thuộc mạng lưới?

Việc nắm rõ các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi là rất quan trọng. Trong thời gian tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp dịch vụ thuộc mạng lưới để được chăm sóc y tế và chăm sóc dài hạn.

Tôi có phải trả phí cho bất kỳ dịch vụ nào không?

Quý vị không cần phải trả tiền cho các dịch vụ mà đội ngũ chăm sóc của quý vị đã phê duyệt như một phần của kế hoạch chăm sóc. Nếu quý vị nhận được hoá đơn từ nhà cung cấp, đừng thanh toán. Thay vào đó, hãy liên hệ với đội ngũ chăm sóc của quý vị để họ có thể hỗ trợ.

Quý vị sẽ phải chi trả cho bất kỳ dịch vụ nào không nằm trong chương trình chăm sóc của quý vị, không được đội ngũ chăm sóc chấp thuận hoặc không phải là quyền lợi được bảo hiểm.

Quý vị sẽ phải trả một khoản phí cố định (gọi là đồng thanh toán) cho một số dịch vụ được bảo hiểm chi trả, chẳng hạn như thuốc men, khám bác sĩ và nằm viện. Ví dụ, quý vị có thể phải trả 5 đô la đồng thanh toán cho một đơn thuốc.

Hai loại chi phí khác mà quý vị có thể phải trả mỗi tháng là:

- Chia sẻ chi phí và khoản phí bệnh nhân tự trả.
- Chỗ ở và ăn uống.

Chia sẻ chi phí

Quý vị có thể phải trả một khoản phí hàng tháng được gọi là **chia sẻ chi phí**. Phần chia sẻ chi phí của quý vị dựa trên các yếu tố như thu nhập, chi phí nhà ở và chi phí y tế. Số tiền quý vị tự trả cho một số khoản chi phí có thể làm giảm khoản chia sẻ chi phí. Hãy trao đổi với đội ngũ chăm sóc của quý vị để xem những khoản chi phí nào có thể làm giảm bớt phần chia sẻ chi phí của quý vị và cách ghi lại số tiền quý vị đã chi tiêu.

Các thành viên đang sống hoặc có khả năng sẽ sống tại viện dưỡng lão trong 30 ngày liên tiếp trở lên sẽ phải trả **khoản phí bệnh nhân tự trả** thay vì chia sẻ chi phí.

Cơ quan quản lý thu nhập sẽ xác định số tiền quý vị phải trả mỗi tháng. Nếu quý vị có một khoản chia sẻ chi phí, Inclusive sẽ gửi hoá đơn cho quý vị mỗi tháng.

Để đảm bảo quý vị đang thanh toán đúng số tiền, **quý vị phải báo cáo tất cả các thay đổi về thu nhập và tài sản cho đội ngũ chăm sóc của quý vị và cơ quan quản lý thu nhập hoặc cơ quan quản lý thu nhập của bộ lạc trong vòng 10 ngày kể từ khi có sự thay đổi**. Tài sản bao gồm những thứ như ô tô, tài khoản séc và tiết kiệm, và giá trị tiền mặt của bảo hiểm nhân thọ.

Nếu quý vị không thanh toán khoản chia sẻ chi phí hàng tháng hoặc khoản phí bệnh nhân tự trả, quý vị có thể mất quyền tham gia và bị loại khỏi chương trình Partnership. Nếu quý vị cho rằng khoản chia sẻ chi phí quý vị phải đóng không chính xác, quý vị có thể nộp đơn yêu cầu điều trần công bằng cấp tiểu bang lên Wisconsin Division of Hearings and Appeals. Xem Chương 8.

Nếu quý vị có thắc mắc về phần chia sẻ chi phí, vui lòng liên hệ your care team.

Giảm khoản chia sẻ chi phí

Nếu quý vị không thể thanh toán phần chia sẻ chi phí hàng tháng do các khoản chi phí sinh hoạt cần thiết, quý vị có thể được giảm phần chia sẻ chi phí của mình. Các khoản chi phí sinh hoạt cần thiết bao gồm:

- Các khoản thanh toán thế chấp.

Đã được Sở Dịch vụ Y tế (Department of Health Services, DHS) phê duyệt: [thêm ngày phê duyệt của DHS](#)

- Khoản thuê nhà.
- Bảo hiểm nhà ở hoặc bảo hiểm cho người thuê nhà.
- Thuế bất động sản.
- Tiện ích.
- Thực phẩm.
- Quần áo.
- Các vật dụng vệ sinh.
- Chi phí phương tiện.

Khoản chia sẻ chi phí thấp hơn có thể giúp giảm gánh nặng chi phí sinh hoạt hằng tháng của quý vị và cho phép quý vị tiếp tục tham gia chương trình Partnership. Hoàn thành [Đơn đề nghị giảm mức Chia sẻ Chi phí, F-01827](https://dhs.wi.gov/library/collection/f-01827) (dhs.wi.gov/library/collection/f-01827) để yêu cầu giảm chia sẻ chi phí. Tải đơn trực tuyến hoặc lấy đơn từ Includa.

Quý vị có thể nhận được hỗ trợ nộp đơn miễn phí từ:

- Người quản lý chăm sóc Includa của quý vị.
- Nếu quý vị từ **60 tuổi trở lên**, hãy liên hệ với chuyên viên phụ trách người cao tuổi hoặc phụ trách quyền lợi của Bộ lạc. [Hãy tìm chuyên viên phụ trách quyền lợi](https://dhs.wi.gov/benefit-specialists/counties.htm) (dhs.wi.gov/benefit-specialists/counties.htm) tại quận hoặc bộ lạc của quý vị, hoặc gọi số 844 947-2372 để tìm và liên hệ với cơ quan địa phương.
- Nếu quý vị từ 18 đến 59 tuổi, hãy liên hệ với chương trình thanh tra thông qua [Disability Rights Wisconsin](https://disabilityrightswi.org) (disabilityrightswi.org). Hãy truy cập trang web của họ hoặc gọi số 800-928-8778 (TTY: 711), hoặc gửi email đến info@drwi.org.

Chỗ ở và ăn uống

Nếu quý vị đang sống trong khu nhà ở tập thể dành cho người lớn, cơ sở cư trú trong cộng đồng hoặc khu căn hộ chăm sóc nội trú, quý vị sẽ phải trả tiền phòng và ăn ở (tiền thuê nhà và tiền ăn). Chúng tôi sẽ cho quý vị biết chi phí là bao nhiêu và sẽ gửi hoá đơn cho quý vị mỗi tháng.

Includa sẽ thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc và giám sát y tế mà quý vị nhận được tại khu nhà ở tập thể dành cho người lớn, cơ sở cư trú trong cộng đồng hoặc khu căn hộ chăm sóc nội trú.

Nếu quý vị có thắc mắc về chỗ ở và ăn uống hoặc không thể thanh toán, vui lòng liên hệ 1-877-622-6700 (TTY: 711). Đội ngũ chăm sóc của quý vị có thể kết nối quý vị với các nguồn lực để tìm một ngôi nhà phù hợp với nhu cầu và ngân sách của quý vị.

Tôi thanh toán bằng cách nào?

Quý vị có thể thanh toán bằng séc hoặc lệnh chuyển tiền. Gửi thanh toán đến:

2801 Hoover Rd, Stevens Point, WI 54481

Quý vị cũng có thể sử dụng dịch vụ rút tiền tự động từ tài khoản ngân hàng của mình. Hỏi đội ngũ chăm sóc của quý vị để biết thêm chi tiết.

Liệu chương trình Partnership có chi trả cho các dịch vụ chăm sóc tại cơ sở lưu trú hoặc viện dưỡng lão không?

Partnership chi trả các dịch vụ chăm sóc tại nhà và lưu trú tại viện dưỡng lão. Tuy nhiên, việc chuyển từ nhà riêng đến cơ sở chăm sóc hoặc viện dưỡng lão chỉ nên là biện pháp cuối cùng.

Trước khi chuyển đến cơ sở chăm sóc nội trú hoặc viện dưỡng lão, đội ngũ chăm sóc của quý vị sẽ xác định xem:

- Sức khỏe và sự an toàn của quý vị không thể được đảm bảo ngay tại nhà.
- Không thể hỗ trợ các nhu cầu chăm sóc dài hạn của quý vị tại nhà mà vẫn đảm bảo tiết kiệm chi phí.
- Mục tiêu chăm sóc dài hạn của quý vị sẽ hiệu quả nhất về mặt chi phí khi được thực hiện tại một cơ sở chăm sóc.

Nếu chăm sóc nội trú là lựa chọn duy nhất, quý vị có thể không thể ở lại hoặc chuyển đến cơ sở mà quý vị mong muốn. Cơ sở đó có thể không có hợp đồng với Inclusive hoặc không sẵn lòng chấp nhận mức giá mà chúng tôi trả.

Nếu quý vị đang sống tại nhà riêng và quý vị cùng đội ngũ chăm sóc đồng ý rằng quý vị không nên tiếp tục sống ở đó nữa, quý vị và đội ngũ chăm sóc sẽ cùng nhau quyết định về việc sử dụng dịch vụ chăm sóc tại cơ sở lưu trú. Quý vị và đội ngũ của quý vị chịu trách nhiệm tìm ra lựa chọn tiết kiệm nhất trong mạng lưới nhà cung cấp của Inclusive đáp ứng được nhu cầu của quý vị. Sau khi quý vị chuyển đến nơi ở mới, chúng tôi sẽ tiếp tục hỗ trợ quý vị trong suốt thời gian quý vị ở tại cơ sở chăm sóc nội trú hoặc viện dưỡng lão.

Tất cả các dịch vụ chăm sóc tại cơ sở lưu trú phải được đội ngũ chăm sóc của quý vị phê duyệt. Quý vị không nên tự ý lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ nội trú. Quý vị cần phối hợp với đội ngũ chăm sóc sức khỏe của mình để đảm bảo Inclusive sẽ chi trả cho các dịch vụ này.

Đã được Sở Dịch vụ Y tế (Department of Health Services, DHS) phê duyệt: [thêm ngày phê duyệt của DHS](#)

Các quyền lợi bảo hiểm khác của tôi được phối hợp như thế nào?

Khi đăng ký tham gia Inklus, chúng tôi sẽ hỏi quý vị có bảo hiểm nào khác ngoài Medicaid hay không. Bảo hiểm khác có thể bao gồm trợ cấp dành cho cựu chiến binh (Veterans benefits, VA), bảo hiểm y tế theo chương trình lương hưu hoặc bảo hiểm y tế tư nhân.

Điều quan trọng là quý vị cần cung cấp cho chúng tôi thông tin về loại bảo hiểm khác mà quý vị đang có. Nếu quý vị chọn không sử dụng bảo hiểm khác, chúng tôi có thể từ chối thanh toán cho các dịch vụ mà bảo hiểm đó lẽ ra sẽ chi trả.

Medicare

Nếu quý vị đang có Medicare, quý vị phải đăng ký tham gia chương trình Partnership Medicare.

Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia Medicare nhưng chưa tham gia vì cảm thấy không đủ khả năng chi trả, hãy trao đổi với đội ngũ chăm sóc của quý vị. Đội ngũ chăm sóc của quý vị có thể tìm ra chương trình giúp quý vị thanh toán phí bảo hiểm Medicare.

Thu hồi tài sản là gì? Điều này áp dụng cho tôi như thế nào?

Việc thu hồi tài sản theo chương trình Medicaid áp dụng cho tất cả các dịch vụ chăm sóc dài hạn và dịch vụ Medicaid mà quý vị nhận được từ Inklus.

Thông qua việc thu hồi tài sản, tiểu bang tìm cách được hoàn trả chi phí cho tất cả các dịch vụ chăm sóc dài hạn thuộc chương trình Medicaid. Việc thu hồi được thực hiện từ tài sản của quý vị hoặc tài sản của vợ/chồng quý vị sau khi cả hai người qua đời. Tiểu bang sẽ không cố gắng thu hồi tiền từ tài sản của quý vị khi vợ/chồng hoặc con quý vị bị khuyết tật vẫn còn sống. Sự thu hồi sẽ diễn ra sau khi họ qua đời.

Hãy hỏi đội ngũ chăm sóc của quý vị để biết thêm thông tin về việc thu hồi tài sản. Quý vị cũng có thể truy cập [trang web Chương trình Thu hồi Tài sản](https://dhs.wi.gov/medicaid/erp.htm) (dhs.wi.gov/medicaid/erp.htm) hoặc gọi số 800-362-3002 (TTY:711).

Chương 6. Quyền của quý vị

Chúng tôi phải tôn trọng các quyền của quý vị với tư cách là thành viên của Includa.

1. Quý vị có quyền tiếp cận thông tin theo cách phù hợp với mình. Hãy liên hệ với đội ngũ chăm sóc của quý vị để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp nhất với quý vị.

- o Quý vị có quyền có người phiên dịch đi cùng khi sử dụng dịch vụ hoặc gặp gỡ đội ngũ chăm sóc của mình.
- o Quý vị có quyền nhận cuốn sổ tay thành viên này bằng ngôn ngữ hoặc định dạng khác.

2. Quý vị có quyền luôn được đối xử với phẩm giá, tôn trọng và công bằng. Quý vị có quyền được:

- o Nhận sự chăm sóc tận tâm và chu đáo từ đội ngũ nhân viên và các nhà cung cấp dịch vụ Includa.
- o Nhận dịch vụ chăm sóc tại một không gian an toàn và sạch sẽ.
- o Không cần phải làm việc hay cung cấp dịch vụ cho Includa.
- o Được khuyến khích và hỗ trợ trao đổi với nhân viên của Includa về những thay đổi mà quý vị cho là cần thiết. Điều này có thể là những thay đổi về chính sách hoặc các dịch vụ khác nhau.
- o Được khuyến khích thực hiện các quyền của quý vị với tư cách là thành viên của Includa.
- o Không bị phân biệt đối xử. Includa phải tuân thủ các luật bảo vệ quý vị khỏi sự phân biệt đối xử hoặc đối xử bất công. Chúng tôi không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, khuyết tật về tinh thần hoặc thể chất, tôn giáo, giới tính, bản dạng giới, xu hướng tình dục, sức khỏe, dân tộc, tín ngưỡng (niềm tin), tuổi tác, quốc tịch hoặc nguồn thanh toán của một người.
- o Được bảo vệ khỏi mọi hình thức khống chế hoặc cách ly được sử dụng để ép buộc, kỷ luật, tạo sự thuận tiện cho người khác hoặc trả đũa. Điều này có nghĩa là quý vị có quyền được bảo vệ khỏi bị ràng buộc hoặc bị ép buộc phải ở một mình để buộc quý vị phải cư xử theo một cách nhất định, để trừng phạt quý vị, hoặc vì ai đó thấy điều đó có ích.
- o Được bảo vệ khỏi bị ngược đãi, bỏ bê và lạm dụng tài chính.
 - ♦ **Ngược đãi** có thể là về thể chất, tinh thần, tài chính hoặc tình dục. Ngược đãi cũng có thể xảy ra khi ai đó cho quý vị uống thuốc hoặc tiến hành nghiên cứu thử nghiệm mà không có sự đồng ý sau khi được cung cấp thông tin của quý vị.

Đã được Sở Dịch vụ Y tế (Department of Health Services, DHS) phê duyệt: [thêm ngày phê duyệt của DHS](#)

- ◆ **Bỏ bê** là khi người chăm sóc không cung cấp sự chăm sóc, dịch vụ hoặc giám sát cần thiết, dẫn đến nguy cơ gây nguy hiểm đáng kể cho quý vị. Tự bỏ bê bản thân là tình trạng một người không được chăm sóc đầy đủ, bao gồm thức ăn, chỗ ở, quần áo, hoặc chăm sóc y tế hay nha khoa.
- ◆ **Lạm dụng tài chính** có thể bao gồm gian lận, dụ dỗ hoặc ép buộc, trộm cắp, hành vi sai trái của một nhân viên tài chính, đánh cắp danh tính, giả mạo hoặc sử dụng trái phép thẻ giao dịch tài chính, bao gồm thẻ tín dụng, thẻ ghi nợ, thẻ ATM và các loại thẻ tương tự.

Quý vị có thể làm gì nếu đang phải chịu đựng ngược đãi, bỏ bê hoặc lạm dụng tài chính? Hãy trao đổi với đội ngũ chăm sóc sức khỏe của quý vị về bất kỳ vấn đề nào nêu trên. Họ có thể giúp quý vị báo cáo sự việc hoặc tiếp cận các dịch vụ giúp quý vị đảm bảo an toàn. Trong trường hợp khẩn cấp, quý vị luôn nên gọi 911.

Hãy liên hệ với dịch vụ bảo vệ người lớn (APS) nếu quý vị cảm thấy mình hoặc người quen của mình là nạn nhân của ngược đãi, bỏ bê hoặc lạm dụng tài chính. Các dịch vụ bảo vệ người lớn giúp bảo vệ sự an toàn của người cao tuổi và người lớn bị ngược đãi, bỏ bê hoặc bóc lột. Họ cũng giúp những người không thể tự bảo vệ bản thân do tình trạng sức khỏe hoặc khuyết tật.

Hãy gọi cho cơ quan APS của quận để báo cáo về hành vi ngược đãi mà quý vị chứng kiến hoặc nghi ngờ. Quý vị có thể tìm thông tin liên hệ của các cơ quan APS trên trang.

Quý vị có thể gọi đến những số này 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần.

3. **Quý vị có quyền được tiếp cận kịp thời các dịch vụ được bảo hiểm của mình.** Là thành viên của Includa, quý vị có quyền được nhận các dịch vụ trong chương trình chăm sóc của mình khi cần.
4. **Quý vị có quyền chọn bác sĩ chăm sóc chính (PCP) trong mạng lưới nhà cung cấp** để nhận được nhiều dịch vụ của mình.
5. **Quý vị có quyền bảo mật thông tin sức khỏe cá nhân của mình.** Hãy liên hệ với đội ngũ chăm sóc của quý vị nếu quý vị có thắc mắc hoặc lo ngại về việc bảo mật thông tin của quý vị. Xem Phụ lục 3 để biết Thông báo về Chính sách Quyền riêng tư của Includa.
6. **Quý vị có quyền truy cập hồ sơ y tế của mình.** Hãy hỏi đội ngũ chăm sóc của quý vị nếu quý vị muốn nhận bản sao hồ sơ bệnh án. Quý vị có quyền yêu cầu Includa thay đổi hoặc chỉnh sửa hồ sơ của mình.

Đã được Sở Dịch vụ Y tế (Department of Health Services, DHS) phê duyệt: [thêm ngày phê duyệt của DHS](#)

- 7. Quý vị có quyền được nhận thông tin về Includa, mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi và các dịch vụ hiện có.** Vui lòng liên hệ với đội ngũ chăm sóc của quý vị nếu quý vị muốn biết thông tin này hoặc truy cập trang web của chúng tôi (www.inclusa.org).
- 8. Chúng tôi phải đảm bảo quyền được đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị.**
- o Quý vị có quyền được biết về tất cả các lựa chọn của mình. Điều này có nghĩa là quý vị có quyền được thông báo về tất cả các lựa chọn có sẵn, chi phí và liệu các lựa chọn này có được Partnership chi trả hay không. Quý vị cũng có thể đề xuất các dịch vụ hoặc hỗ trợ khác mà quý vị cho rằng sẽ đáp ứng nhu cầu của mình.
 - o Quý vị có quyền được thông báo về bất kỳ rủi ro nào liên quan đến việc chăm sóc của mình.
 - o Quý vị có quyền từ chối bất kỳ dịch vụ hoặc chăm sóc y tế nào được đề nghị.
 - o Quý vị có quyền được tham khảo ý kiến y tế thứ hai. Hãy nhờ đội ngũ chăm sóc của quý vị giúp đỡ để có được ý kiến thứ hai.
- 9. Quý vị có quyền lập chỉ thị trước.** Điều này có nghĩa là quý vị có thể đưa ra chỉ dẫn về những việc quý vị muốn được thực hiện nếu quý vị không thể tự đưa ra quyết định do tai nạn hoặc bệnh nặng.
- Có nhiều loại chỉ thị trước khác nhau và chúng có nhiều tên gọi khác nhau.
- Các văn bản như "di chúc sống" và "giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe" là những ví dụ về chỉ thị trước.
- Quý vị tự quyết định xem mình có muốn lập chỉ thị trước hay không. Đội ngũ chăm sóc của quý vị có thể giải thích cách lập và sử dụng chỉ thị trước, nhưng họ không thể ép buộc quý vị phải có chỉ thị đó hoặc đối xử khác biệt với quý vị dựa trên việc quý vị có chỉ thị trước hay không.
- Quý vị có thể gửi khiếu nại đến Wisconsin Division of Quality Assurance nếu quý vị cho rằng Includa không tuân thủ chỉ thị trước của quý vị. Để gửi khiếu nại, hãy gọi số 800-642-6552.
- Hãy liên hệ với đội ngũ chăm sóc của quý vị để tìm hiểu thêm về chỉ thị trước. Quý vị cũng có thể [tìm các mẫu chỉ thị trước trực tuyến](https://dhs.wi.gov/forms/advdirectives) (dhs.wi.gov/forms/advdirectives).
- 10. Quý vị có quyền được sử dụng các dịch vụ của chương trình Partnership tại những nơi cho phép quý vị tham gia vào cộng đồng nơi quý vị sinh sống.** Đây là

quyền của quý vị theo quy định của liên bang về các cơ sở cung cấp dịch vụ tại nhà và cộng đồng. Quy định này áp dụng cho nơi quý vị sinh sống và những địa điểm ngoài nhà quý vị, nơi quý vị nhận được các dịch vụ trong ngày. Includa phải đảm bảo quý vị nhận được các dịch vụ của Partnership tại những địa điểm kết nối quý vị với cộng đồng. Họ cũng phải ủng hộ sự độc lập của quý vị. Điều này có nghĩa là những nơi cho phép quý vị:

- o Sống ở nơi quý vị muốn.
- o Tham gia vào đời sống cộng đồng.
- o Tìm kiếm và tham gia vào công việc giống như những người khác trong cộng đồng của quý vị.
- o Tự quản lý lịch trình của quý vị.
- o Truy cập và kiểm soát tiền của quý vị.
- o Quyết định xem quý vị muốn gặp ai và gặp họ khi nào.
- o Bảo vệ quyền riêng tư của quý vị.

Liên hệ với đội ngũ chăm sóc của quý vị nếu quý vị có bất kỳ lo ngại nào về những nơi quý vị nhận dịch vụ.

Chương 7. Trách nhiệm của quý vị

Những việc quý vị cần làm với tư cách là thành viên của Includa được liệt kê dưới đây. Quý vị nên:

1. Làm quen với các dịch vụ trong gói quyền lợi Partnership. Điều này bao gồm việc hiểu rõ những gì quý vị cần làm để nhận được dịch vụ. Xem Chương 3 và 4 để biết thêm thông tin.
2. Tham gia vào việc xây dựng và cập nhật kế hoạch chăm sóc của quý vị bằng cách liên lạc hàng tháng và gặp trực tiếp với đội ngũ chăm sóc của quý vị.
3. Tuân theo kế hoạch chăm sóc mà quý vị và đội ngũ chăm sóc của quý vị đã thống nhất.
4. Tham gia vào quá trình ra quyết định phân bổ nguồn lực. Điều này bao gồm việc tìm ra những cách thức tiết kiệm chi phí nhất để đáp ứng nhu cầu của quý vị và hỗ trợ kết quả chăm sóc dài hạn của quý vị.
5. Trao đổi với đội ngũ chăm sóc sức khỏe của quý vị về những cách mà bạn bè, gia đình hoặc các tổ chức cộng đồng và tình nguyện khác có thể hỗ trợ quý vị, hoặc những cách quý vị có thể tự làm nhiều hơn cho bản thân.
6. Thông báo cho bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác rằng quý vị đang tham gia chương trình Partnership. Điều này giúp họ phối hợp với quý vị và đội ngũ chăm sóc của quý vị để trở thành một phần trong kế hoạch chăm sóc của quý vị.
7. Chịu trách nhiệm về hành động của mình nếu quý vị từ chối điều trị hoặc không tuân theo hướng dẫn từ đội ngũ chăm sóc hoặc các nhà cung cấp dịch vụ.
8. Sử dụng các nhà cung cấp dịch vụ thuộc mạng lưới của Includa trừ khi quý vị và đội ngũ chăm sóc sức khỏe của quý vị quyết định khác.
9. Hãy xuất trình thẻ thành viên của chương trình Partnership mỗi khi quý vị đến khám chữa bệnh. Điều quan trọng là quý vị cần xuất trình thẻ thành viên để các nhà cung cấp dịch vụ gửi hoá đơn cho Includa.
10. Hãy xuất trình thẻ ForwardHealth của quý vị mỗi khi nhận thuốc theo toa. Điều quan trọng là quý vị cần xuất trình thẻ ForwardHealth để các nhà cung cấp dịch vụ biết phải gửi hóa đơn cho ai.
11. Hãy làm theo quy trình của Includa để được chăm sóc y tế ngoài giờ hành chính.

Đã được Sở Dịch vụ Y tế (Department of Health Services, DHS) phê duyệt: [thêm ngày phê duyệt của DHS](#)

12. Hãy thông báo cho chúng tôi nếu quý vị chuyển đến địa chỉ mới hoặc thay đổi số điện thoại.
13. Hãy cho chúng tôi biết nếu quý vị dự định tạm trú hoặc chuyển ra khỏi khu vực phục vụ của chúng tôi.
14. Hãy cung cấp Includa thông tin chính xác về nhu cầu chăm sóc sức khỏe, khả năng tài chính và sở thích của quý vị. Hãy thông báo ngay cho chúng tôi về bất kỳ thay đổi nào. Điều này bao gồm việc ký vào mẫu “cho phép tiết lộ thông tin”. Chúng tôi sử dụng cách này khi cần thông tin từ người khác.
15. Đối xử với đội ngũ chăm sóc, nhân viên chăm sóc tại nhà và các nhà cung cấp dịch vụ một cách tôn trọng và lịch sự.
16. Chấp nhận dịch vụ mà không phân biệt chủng tộc, màu da, tôn giáo, tuổi tác, giới tính, khuynh hướng tình dục, sức khỏe, dân tộc, tín ngưỡng (niềm tin) hoặc quốc tịch của người cung cấp dịch vụ.
17. Thanh toán mọi khoản chi phí hàng tháng đúng hạn. Chi phí này bao gồm khoản chia sẻ chi phí hoặc phí ẩn ở. Thông báo ngay cho đội ngũ chăm sóc của quý vị nếu quý vị gặp vấn đề về thanh toán.
18. Hoàn tất thủ tục gia hạn hàng năm về điều kiện hưởng trợ cấp Medicaid của quý vị. Cơ quan cấp quận hoặc bộ lạc sử dụng việc gia hạn hàng năm để xem quý vị có đủ điều kiện về mặt tài chính hay không. Việc gia hạn nhằm đảm bảo quý vị vẫn đáp ứng các yêu cầu của chương trình. Quý vị sẽ nhận được thư vào tháng trước khi đến hạn gia hạn. Thư này sẽ hướng dẫn quý vị cách gia hạn.

Nếu quý vị không gia hạn trước hạn chót, quý vị sẽ mất quyền lợi bảo hiểm Medicaid và Partnership. Quyền lợi của quý vị sẽ bị gián đoạn hoặc chậm trễ. Hãy liên hệ với đội ngũ chăm sóc của quý vị nếu quý vị cần trợ giúp hoặc có thắc mắc về việc gia hạn hàng năm.
19. Hãy sử dụng các quyền lợi bảo hiểm tư nhân của quý vị khi cần thiết. Nếu quý vị có bất kỳ loại bảo hiểm y tế nào khác, hãy thông báo cho Includa và cơ quan Bộ lạc hoặc quận. Thông báo ngay cho đội ngũ chăm sóc của quý vị nếu quý vị đăng ký tham gia Medicare hoặc nghĩ rằng mình có thể đủ điều kiện tham gia Medicare.
20. Bảo quản cẩn thận các thiết bị y tế lâu bền (Durable Medical Equipment, DME) mà Includa cung cấp cho quý vị, chẳng hạn như xe lăn và giường bệnh.

21. Báo cáo hành vi gian lận hoặc lạm dụng của nhà cung cấp hoặc nhân viên Includa . Nếu quý vị nghi ngờ bất kỳ ai lạm dụng quỹ hỗ trợ công cộng, bao gồm cả tổ chức Partnership, quý vị có thể gọi đến đường dây nóng tố cáo gian lận hoặc gửi báo cáo trực tuyến tại:

Báo cáo gian lận trợ cấp công cộng

Gọi số 877-865-3432 (miễn phí) hoặc [Báo cáo Gian lận Trực tuyến](https://reportfraud.wisconsin.gov) (reportfraud.wisconsin.gov).

22. Không tham gia vào bất kỳ hoạt động gian lận hoặc lạm dụng quyền lợi nào. Điều này có thể bao gồm:
- o Không trung thực về mức độ khuyết tật của quý vị.
 - o Không trung thực về thu nhập và tài sản của quý vị.
 - o Không trung thực về nơi quý vị sống.
 - o Bán thiết bị y tế do Includa. cung cấp.

Bất kỳ hoạt động gian lận nào cũng có thể dẫn đến việc bị hủy đăng ký khỏi Partnership hoặc có thể bị truy tố hình sự.

23. Hãy giúp đội ngũ chăm sóc, bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ khác hỗ trợ quý vị. Hãy cung cấp thông tin, đặt câu hỏi, chia sẻ những lo ngại và tiếp tục theo sát quá trình chăm sóc của quý vị.
24. Hãy liên hệ với đội ngũ chăm sóc của quý vị để được hỗ trợ nếu quý vị có thắc mắc hoặc lo ngại.
25. Hãy cho chúng tôi biết về chất lượng dịch vụ. Chúng tôi có thể hỏi quý vị có muốn tham gia phỏng vấn thành viên, khảo sát mức độ hài lòng hoặc các hoạt động khác nhằm đánh giá chất lượng chăm sóc hay không. Phản hồi của quý vị sẽ giúp chúng tôi nhận ra điểm mạnh và tìm ra những điểm cần cải thiện. Hãy cho chúng tôi biết nếu quý vị muốn xem kết quả của bất kỳ cuộc khảo sát nào. Chúng tôi rất vui được chia sẻ thông tin đó với quý vị.

Chương 8. Khiếu nại và kháng cáo

Chương này dành cho các thành viên chỉ có Medicaid. Nếu quý vị có Medicare, hãy xem cuốn sách nhỏ Giấy chứng nhận bảo hiểm (Evidence of Coverage, EOC). EOC cung cấp thông tin cho các thành viên có cả Medicaid và Medicare.

Giới thiệu

Nếu quý vị không hài lòng với việc chăm sóc hoặc dịch vụ của mình, quý vị có quyền khiếu nại hoặc kháng cáo quyết định mà Includa đã đưa ra và được xem xét lại một cách nhanh chóng và công bằng. Cách tốt nhất để bắt đầu là nói chuyện với đội ngũ của quý vị. Đây thường là cách dễ nhất và nhanh nhất để giải quyết những lo ngại của quý vị.

- **Kháng cáo** là một cách để yêu cầu ai đó xem xét lại quyết định Includa đưa ra về quyền lợi của quý vị. Những quyết định này được gọi là quyết định bất lợi về quyền lợi.
- **Khiếu nại** phát sinh khi quý vị không hài lòng với Includa, một trong những nhà cung cấp dịch vụ của chúng tôi, hoặc với chất lượng chăm sóc hay dịch vụ mà quý vị nhận được. Quý vị có thể khiếu nại khi không hài lòng với bất cứ điều gì khác ngoài quyết định bất lợi về quyền lợi.

Nếu quý vị không muốn nói chuyện với đội ngũ chăm sóc sức khỏe của mình, quý vị có những cách khác để bày tỏ mối lo ngại của mình:

- Hãy liên hệ với chuyên viên về quyền lợi thành viên, người có thể hỗ trợ quý vị trong suốt quá trình khiếu nại và kháng cáo để tìm ra giải pháp. Họ sẽ:
 - o Cho quý vị biết về các quyền của quý vị.
 - o Cố gắng giải quyết những lo lắng của quý vị.
 - o Giúp quý vị nộp đơn khiếu nại hoặc kháng cáo.

Để được hỗ trợ về quy trình khiếu nại và kháng cáo, vui lòng liên hệ với chuyên viên về quyền lợi thành viên của Includa:

Includa
Member Rights Specialist
2801 Hoover Road, Unit 3
Point WI 54481
Phone: 877-622-6700 (TTY: 711)
Email: memberrelations@includa.org

- Nộp đơn khiếu nại hoặc kháng cáo với Inlusa.
- Làm việc với chương trình thanh tra. Các chương trình này được cung cấp để hỗ trợ tất cả các thành viên của Partnership trong việc giải quyết khiếu nại và kháng cáo.
 - o Nếu quý vị từ 60 tuổi trở lên, hãy liên hệ với Board on Aging and Long-Term Care. Truy cập trang web của [Board on Aging and Long-Term Care](http://boaltc.wi.gov) (boaltc.wi.gov), gọi số 800-815-0015 (TTY:711) hoặc gửi email đến BOALTC@wisconsin.gov.
 - o Nếu quý vị từ 18 đến 59 tuổi, hãy liên hệ với Disability Rights Wisconsin. Hãy truy cập trang web [Disability Right Wisconsin Trang web](http://disabilityrightswi.org) (disabilityrightswi.org), gọi số 800-928-8778 (TTY:711) hoặc gửi email đến info@drwi.org.
- Người thân, bạn bè, luật sư hoặc người bào chữa có thể giúp quý vị.

Làm việc với các công ty bảo hiểm khác

Nếu quý vị có bảo hiểm khác và muốn nộp đơn khiếu nại hoặc kháng cáo, trước tiên quý vị nên trao đổi với đội ngũ của mình về việc nộp đơn khiếu nại hoặc kháng cáo với công ty bảo hiểm kia. Có những quy định nêu rõ rằng bảo hiểm của bên kia sẽ thanh toán trước. Điều này được gọi là phối hợp quyền lợi và bao gồm Inlusa làm việc với công ty bảo hiểm khác của quý vị về các quyền lợi mà quý vị nhận được. Medicaid chỉ chi trả cho những dịch vụ mà chương trình bảo hiểm khác của quý vị không chi trả.

Bản sao hồ sơ vụ việc của quý vị

Quý vị có quyền nhận một bản sao miễn phí hồ sơ vụ việc của mình. Bao gồm tất cả các tài liệu, hồ sơ y tế và các thông tin khác liên quan đến khiếu nại hoặc kháng cáo của quý vị. Để yêu cầu bản sao hồ sơ vụ việc của quý vị, vui lòng liên hệ:

Inlusa
Attn: Member Relations
2801 Hoover Road, Unit 3
Stevens Point, WI 54481
Toll-Free: 1-877-622-6700
TTY: 711 or 1-715-204-1799
E-mail: memberrelations@inlusa.org

Quý vị sẽ không gặp rắc rối gì nếu quý vị phàn nàn hoặc không đồng ý với đội ngũ chăm sóc hoặc các nhà cung cấp dịch vụ của mình.

Quý vị sẽ không bị đối xử khác biệt nếu quý vị gửi khiếu nại hoặc kháng cáo về Inlusa, các nhà cung cấp của chúng tôi hoặc State of Wisconsin.

Quý vị sẽ không gặp rắc rối gì nếu quý vị phàn nàn hoặc không đồng ý với đội ngũ chăm sóc hoặc các nhà cung cấp dịch vụ của mình.

Quý vị sẽ không bị đối xử khác biệt nếu quý vị gửi khiếu nại hoặc kháng cáo về Inclusa, các nhà cung cấp của chúng tôi hoặc State of Wisconsin.

Khiếu nại

Khiếu nại là gì?

Khiếu nại là khi quý vị không hài lòng với Inclusa, một trong những nhà cung cấp của chúng tôi, hoặc với chất lượng chăm sóc hoặc dịch vụ mà quý vị nhận được. Ví dụ, quý vị có thể muốn khiếu nại nếu:

- Người chăm sóc cá nhân của quý vị thường xuyên đến muộn.
- Quý vị cảm thấy đội ngũ chăm sóc của mình không lắng nghe quý vị.
- Quý vị gặp khó khăn trong việc đặt lịch hẹn với nhà cung cấp dịch vụ y tế.
- Quý vị không hài lòng với các sản phẩm hỗ trợ kiểm soát tiểu không tự chủ của nhà cung cấp.

Ai có thể nộp đơn khiếu nại?

Khiếu nại có thể được nộp bởi:

- Quý vị.
- Người đưa ra quyết định pháp lý cho quý vị. Ví dụ, người giám hộ hợp pháp hoặc người được ủy quyền hợp lệ để thay mặt quý vị đưa ra quyết định về chăm sóc sức khỏe.
- Người hoặc tổ chức mà quý vị chọn làm đại diện được ủy quyền của mình cho chương trình Medicaid.
- Bất kỳ người nào có sự cho phép bằng văn bản của quý vị. Ví dụ, đó có thể là thành viên gia đình, bạn bè hoặc nhà cung cấp.

Hạn chót để nộp đơn khiếu nại là khi nào?

Quý vị có thể gửi khiếu nại bất cứ lúc nào.

Hãy gửi khiếu nại của quý vị với Inclusa

Quý vị có thể gửi khiếu nại với Inclusa Partnership bằng cách gọi điện hoặc viết thư cho chúng tôi theo địa chỉ:

Inclusa
Attn: Member Relations
2801 Hoover Road, Unit 3
Stevens Point, WI 54481
Toll-Free: 1-877-622-6700

TTY: 711 or 1-715-204-1799

E-mail: memberrelations@inclusa.org

Điều gì sẽ xảy ra tiếp theo?

Trong vòng năm ngày làm việc, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị để thông báo rằng chúng tôi đã nhận được khiếu nại của quý vị. Sau đó, nhân viên Inclusa sẽ cố gắng giúp giải quyết những lo ngại của quý vị. Chúng tôi có thể không tìm ra giải pháp hoặc quý vị có thể không muốn làm việc với nhân viên Inclusa. Trong những trường hợp này, Ủy ban Khiếu nại và Kháng cáo của chúng tôi sẽ xem xét khiếu nại của quý vị và đưa ra quyết định. Cách thức hoạt động như sau:

- Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị khi nào ủy ban dự kiến họp để xem xét khiếu nại của quý vị.
- Cuộc họp được bảo mật.
- Quý vị có quyền xuất hiện trực tiếp. Quý vị có thể dẫn theo người bào chữa, thành viên gia đình, bạn bè, luật sư hoặc thanh tra viên.
- Quý vị sẽ có cơ hội trình bày những lo ngại của mình. Quý vị cũng có thể cung cấp thông tin, bằng chứng và lời khai cho Ủy ban.
- Đội ngũ chăm sóc của quý vị hoặc các nhân viên khác Inclusa sẽ có mặt tại cuộc họp.
- Ủy ban sẽ đưa ra quyết định trong vòng 90 ngày kể từ ngày chúng tôi nhận được khiếu nại của quý vị lần đầu tiên. Quý vị sẽ nhận được thư thông báo quyết định.

Nếu tôi không đồng ý với quyết định của Ủy ban Khiếu nại và Kháng cáo thì sao?

Quý vị có thể yêu cầu DHS xem xét lại quyết định của Ủy ban Khiếu nại và Kháng cáo về khiếu nại của quý vị. Gọi đến đường dây nóng giải quyết khiếu nại theo số 888-203-8338 hoặc gửi email đến dhsfamcare@wisconsin.gov.

Hạn chót để yêu cầu xem xét từ DHS là khi nào?

Ủy ban Khiếu nại và Kháng cáo của Inclusa phải gửi cho quý vị quyết định về khiếu nại của quý vị trong vòng 90 ngày kể từ ngày chúng tôi nhận được khiếu nại của quý vị.

- Quý vị có 45 ngày kể từ ngày nhận được quyết định để yêu cầu DHS xem xét.
- Nếu quý vị không nhận được quyết định trong vòng 90 ngày, quý vị có 45 ngày kể từ ngày đáng lẽ phải nhận được quyết định để yêu cầu DHS xem xét.

Ví dụ, Inclusa có thời hạn đến ngày 30 tháng 7 để gửi cho quý vị quyết định. Đến ngày 30 tháng 7, Inclusa vẫn chưa gửi cho quý vị quyết định. Bắt đầu từ ngày 31 tháng 7, quý vị có thời hạn đến ngày 14 tháng 9 để yêu cầu DHS xem xét khiếu nại của mình.

Điều gì sẽ xảy ra tiếp theo?

DHS hợp tác với một tổ chức bên ngoài có tên MetaStar để xem xét các khiếu nại. Nếu quý vị yêu cầu xem xét từ DHS, MetaStar sẽ:

- Trả lời bằng văn bản để cho quý vị biết họ đã nhận được yêu cầu.
- Hoàn tất việc xem xét khiếu nại của quý vị trong vòng 30 ngày kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Gửi cho quý vị và Inclusa quyết định cuối cùng về khiếu nại của quý vị trong vòng bảy ngày kể từ khi hoàn tất việc xem xét.

Nếu tôi không đồng ý với đánh giá DHS thì sao?

Quyết định của MetaStar là quyết định cuối cùng. Quý vị không thể yêu cầu một phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang cho một khiếu nại.

Kháng cáo

Kháng cáo là gì?

Kháng cáo là một cách để yêu cầu ai đó xem xét lại quyết định đã được Inclusa đưa ra về việc ngừng, tạm đình chỉ hoặc giảm quyền lợi của quý vị. Những quyết định này được gọi là quyết định bất lợi về quyền lợi.

Tôi có thể kháng cáo về những loại vấn đề nào?

Quý vị có quyền kháng cáo nếu Inclusa:

- Từ chối yêu cầu dịch vụ của quý vị.
- Giới hạn yêu cầu dịch vụ của quý vị.
- Chấm dứt, giảm bớt hoặc tạm ngừng (tạm thời dừng) dịch vụ mà quý vị đang nhận được.
- Từ chối thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ.
- Yêu cầu quý vị trả một khoản tiền mà quý vị cho rằng mình không nợ.
- Không sắp xếp hoặc cung cấp dịch vụ một cách kịp thời.
- Từ chối yêu cầu chọn dịch vụ bên ngoài mạng lưới nhà cung cấp của quý vị.
- Không tuân thủ khung thời gian khiếu nại và kháng cáo.
- Yêu cầu DHS hủy đăng ký của quý vị.

Quý vị cũng có thể nộp đơn kháng cáo với Inclusa nếu:

- Điều kiện đủ về khả năng chức năng của quý vị thay đổi.
- Quý vị không hài lòng với kế hoạch chăm sóc của mình vì:

Đã được Sở Dịch vụ Y tế (Department of Health Services, DHS) phê duyệt: [thêm ngày phê duyệt của DHS](#)

- o Không giúp quý vị sống ở nơi quý vị muốn sống.
- o Không cung cấp đủ sự chăm sóc, điều trị hoặc hỗ trợ để đáp ứng nhu cầu và kết quả mong muốn của quý vị.
- o Buộc quý vị phải chấp nhận sự chăm sóc, điều trị hoặc các vật phẩm hỗ trợ mà quý vị không mong muốn. Điều này bao gồm cả những biện pháp chăm sóc mà quý vị cho là hạn chế một cách không cần thiết.

Nếu bất kỳ tình huống nào trong số này xảy ra, Includa sẽ gửi cho quý vị **Thông báo về Quyết định bất lợi về quyền lợi**, trong đó bao gồm các quyền kháng cáo của quý vị. Hãy đọc kỹ – nó có thể cho quý vị biết thời hạn nộp đơn kháng cáo và các thông tin khác có thời gian cần lưu ý. Nếu quý vị có thắc mắc, hãy gọi cho một trong những chuyên viên về quyền lợi thành viên của chúng tôi để được hỗ trợ.

Thông báo về Quyết định bất lợi về quyền lợi. Thông báo này bao gồm ngày chúng tôi dự định ngừng, tạm dừng hoặc giảm bớt dịch vụ của quý vị.

Ai có thể nộp đơn kháng cáo?

Đơn kháng cáo có thể được gửi bởi quý vị, hoặc:

- Người có thẩm quyền ra quyết định pháp lý cho quý vị, chẳng hạn như người giám hộ hợp pháp hoặc người được ủy quyền hợp lệ để thay mặt quý vị đưa ra quyết định về chăm sóc sức khỏe
- Người hoặc tổ chức mà quý vị đã chỉ định làm đại diện được ủy quyền của mình cho chương trình Medicaid.
- Bất kỳ người nào có sự cho phép bằng văn bản của quý vị. Ví dụ, đó có thể là thành viên gia đình, bạn bè hoặc nhà cung cấp.

Tôi phải làm thế nào để nộp đơn kháng cáo?

Quý vị có thể nộp đơn kháng cáo bằng bất kỳ cách nào thuận tiện nhất cho mình.

- **Qua điện thoại:** Includa. Gọi 1-877-622-6700 (TTY: 711) hoặc người dùng TTY vui lòng gọi 711. Trước khi gọi, hãy chắc chắn rằng quý vị đã có sẵn.
- **Qua đường bưu điện, fax hoặc email:** Gửi đơn yêu cầu hoặc thư đến:

Member Rights Specialist
2801 Hoover Rd, Unit 3
Stevens Point, WI 54481
1-877-622-6700 (TTY: 1-715-204-1799)
Email: memberrelations@includa.org

Quý vị có thể tải mẫu đơn yêu cầu kháng cáo trên [trang web Nộp đơn kháng cáo với Tổ chức Quản lý Chăm sóc Sức khỏe của quý vị](https://dhs.wi.gov/familycare/mcoappeal.htm) (dhs.wi.gov/familycare/mcoappeal.htm) hoặc từ Inlusa.

Hạn chót để nộp đơn kháng cáo với Inlusa là khi nào?

Đơn kháng cáo của quý vị gửi đến Inlusa phải được đóng dấu bưu điện, gửi fax hoặc gửi email **không muộn hơn 60 ngày kể từ ngày ghi trên Thông báo về Quyết định bất lợi về quyền lợi**.

Tôi có thể tiếp tục nhận được các dịch vụ trong thời gian kháng cáo không?

Nếu Inlusa ngừng, tạm dừng hoặc giảm bớt dịch vụ của quý vị, quý vị có thể yêu cầu được tiếp tục sử dụng dịch vụ trong thời gian kháng cáo. Quý vị phải gửi yêu cầu qua đường bưu điện, fax hoặc email trước hoặc vào ngày Inlusa dự định thay đổi dịch vụ.

Điều gì sẽ xảy ra tiếp theo?

Nếu quý vị nộp đơn khiếu nại với Inlusa, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị trong vòng năm ngày làm việc để cho quý vị biết chúng tôi đã nhận được khiếu nại của quý vị. Chúng tôi sẽ cố gắng giúp giải quyết những lo ngại của quý vị hoặc tìm ra giải pháp phù hợp cho cả bên Inlusa và quý vị. Chúng tôi có thể không tìm ra giải pháp, hoặc có thể quý vị không muốn làm việc với nhân viên Inlusa để giải quyết các vấn đề của mình. Trong trường hợp đó, Ủy ban Khiếu nại và Kháng cáo của chúng tôi sẽ xem xét đơn kháng cáo của quý vị. Cách thức hoạt động như sau:

- Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị khi Ủy ban dự kiến xem xét đơn kháng cáo của quý vị.
- Cuộc họp này được bảo mật.
- Quý vị có quyền tham dự cuộc họp trực tiếp. Quý vị có thể dẫn theo người bảo vệ quyền lợi, bạn bè, thành viên gia đình hoặc thanh tra viên.
- Đội ngũ chăm sóc của quý vị hoặc các nhân viên khác Inlusa sẽ có mặt tại cuộc họp.
- Ủy ban sẽ yêu cầu quý vị giải thích lý do tại sao quý vị không đồng ý với quyết định của đội ngũ chăm sóc của quý vị. Quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể trình bày thông tin, đưa ra nhân chứng hoặc mô tả những mối quan ngại của mình. Điều này giúp Ủy ban hiểu rõ quan điểm của quý vị.
- Sau khi Ủy ban xem xét đơn kháng cáo của quý vị, Inlusa sẽ gửi cho quý vị thư thông báo quyết định. Chúng tôi sẽ gửi trong vòng 30 ngày kể từ khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị lần đầu tiên. Inlusa có thể lên đến 44 ngày để ra quyết định nếu:
 - o Quý vị yêu cầu thêm thời gian để cung cấp thông tin cho Ủy ban.
 - o Chúng tôi cần thêm thời gian để thu thập thông tin. Nếu cần thêm thời gian, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị để thông báo lý do chậm trễ.

Đẩy nhanh quá trình kháng cáo của quý vị

Inclusa có 30 ngày để quyết định đơn kháng cáo của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đẩy nhanh quá trình kháng cáo của quý vị. Chúng tôi gọi đây là "kháng cáo nhanh". Nếu quý vị yêu cầu kháng cáo nhanh, chúng tôi sẽ xem xét liệu tình trạng sức khỏe hoặc khả năng thực hiện các hoạt động hàng ngày của quý vị có cần quyết định nhanh hơn hay không. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị sớm nhất có thể nếu chúng tôi đẩy nhanh quá trình xét duyệt kháng cáo của quý vị.

Với kháng cáo nhanh, quý vị sẽ nhận được quyết định trong vòng 72 giờ kể từ khi gửi yêu cầu. Tuy nhiên, Inclusa có thể cần thêm thông tin và có 14 ngày để yêu cầu và xem xét các chi tiết này. Điều này có nghĩa là quý vị có thể phải chờ đến 17 ngày để nhận được quyết định. Nếu quý vị có thêm thông tin muốn chúng tôi xem xét, quý vị cần gửi thông tin đó cho chúng tôi sớm nhất có thể.

Để yêu cầu kháng cáo nhanh, vui lòng liên hệ

Inclusa
Chuyên viên Quyền lợi Thành viên
2801 Hoover Rd, Unit 3
Stevens Point, WI 54481
Phone: 1-877-622-6700 (TTY: 711)

Phiên điều trần công bằng của tiểu bang

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của Inclusa, quý vị có thể yêu cầu một phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang. Một phiên điều trần công bằng cho quý vị cơ hội trình bày với thẩm phán luật hành chính lý do tại sao quý vị cho rằng quyết định về đơn xin trợ cấp hoặc quyền lợi của quý vị là sai.

Tôi cần làm gì để yêu cầu một phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang?

Để yêu cầu một phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang, quý vị có thể thực hiện một trong hai cách sau:

- **Gửi đơn yêu cầu đến Division of Hearing and Appeals.** Quý vị có thể nhận mẫu đơn yêu cầu từ chuyên viên về quyền lợi thành viên của Inclusa hoặc từ một trong các tổ chức bảo vệ quyền lợi được liệt kê trong sổ tay này. Quý vị cũng có thể tải xuống [Mẫu Yêu cầu Điều trần Công bằng cấp Tiểu bang – MCO, F-00236](#) (dhs.wi.gov/library/collection/f-00236) trực tuyến.
- **Gửi thư.** Giải thích nội dung quý vị đang kháng cáo. Hãy nhớ ghi rõ tên và thông tin liên hệ của quý vị. Vui lòng ký tên vào đơn yêu cầu của quý vị.

Chuyên viên về quyền lợi thành viên hoặc Thanh tra viên có thể giúp quý vị soạn thảo đơn kháng cáo bằng văn bản. Để liên hệ với Thanh tra viên, xem phần cuối chương này.

Để yêu cầu phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang

Gửi mẫu đơn yêu cầu đã hoàn thành hoặc thư yêu cầu phiên điều trần đến địa chỉ sau:

Partnership Request for Fair Hearing
c/o Wisconsin Division of Hearings and Appeals
P.O. Box 7875
Madison, WI 53707-7875
(Hoặc gửi yêu cầu qua fax đến số 608-264-9885)

Hãy nhớ ký vào mẫu đơn hoặc thư yêu cầu và đính kèm bản sao quyết định kháng cáo của Includa vào yêu cầu của quý vị. Nếu Includa không đưa ra quyết định kháng cáo, hãy đính kèm bản sao thư của Includa xác nhận đã nhận được đơn kháng cáo của quý vị. Không gửi bản gốc của cả hai lá thư.

Hạn chót để yêu cầu một phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang là khi nào?

- Yêu cầu của quý vị phải được đóng dấu bưu điện không muộn hơn 90 ngày kể từ ngày quý vị nhận được thư quyết định từ Ủy ban Khiếu nại và Kháng cáo của Includa.
- Quý vị cũng có thể yêu cầu một phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang nếu Includa không gửi cho quý vị thư kèm theo quyết định trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được kháng cáo của quý vị. Trong trường hợp đó, quý vị có 90 ngày kể từ ngày lễ ra quý vị phải nhận được quyết định của Includa, để yêu cầu một phiên điều trần công bằng.

Quý vị có thể yêu cầu tiếp tục được sử dụng dịch vụ trong suốt quá trình điều trần công bằng của tiểu bang. Quý vị có thể yêu cầu điều này nếu quý vị nộp đơn kháng cáo vào hoặc trước ngày Includa dự kiến ngừng hoặc giảm dịch vụ của quý vị.

Tiếp tục cung cấp dịch vụ của quý vị trong thời gian diễn ra phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang về việc giảm, tạm ngừng hoặc chấm dứt dịch vụ.

Nếu quý vị tiếp tục nhận được các dịch vụ trong quá trình kháng cáo với Includa, quý vị có thể tiếp tục nhận được các dịch vụ tương tự cho đến khi thẩm phán hành chính đưa ra quyết định về yêu cầu điều trần công bằng của quý vị.

Nếu quý vị muốn giữ nguyên các quyền lợi của mình trong quá trình điều trần công bằng cấp tiểu bang, quý vị phải:

- Gửi yêu cầu điều trần công bằng cấp tiểu bang qua đường bưu điện hoặc fax **trước hoặc vào** ngày Inclusa dự định ngừng, tạm dừng hoặc giảm bớt dịch vụ của quý vị.
- Yêu cầu các dịch vụ của quý vị được tiếp tục trong suốt quá trình phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang.

Nếu thẩm phán hành chính quyết định rằng Inclusa là đúng, **quý vị có thể phải hoàn trả các khoản trợ cấp bổ sung mà quý vị đã nhận được trong khoảng thời gian từ khi quý vị yêu cầu kháng cáo đến khi thẩm phán hành chính đưa ra quyết định.** Tuy nhiên, nếu việc này gây ra gánh nặng tài chính lớn cho quý vị, quý vị có thể không cần phải hoàn trả khoản phí này.

Điều gì sẽ xảy ra tiếp theo?

- Sau khi quý vị gửi yêu cầu xét xử công bằng cấp tiểu bang, Ban Điều trần và Kháng cáo (Division of Hearings and Appeals, DHA) sẽ gửi cho quý vị một lá thư ghi rõ ngày, giờ và địa điểm điều trần.
- Phiên điều trần sẽ được tiến hành qua điện thoại.
- Một thẩm phán luật hành chính sẽ chủ trì phiên điều trần.
- Quý vị có quyền tham gia phiên điều trần. Quý vị có thể dẫn theo người bảo vệ quyền lợi, thành viên gia đình, bạn bè, luật sư hoặc thanh tra viên.
- Đội ngũ chăm sóc của quý vị hoặc nhân viên Inclusa khác sẽ có mặt tại phiên điều trần để giải thích quyết định của họ.
- Quý vị sẽ có cơ hội giải thích lý do tại sao quý vị không đồng ý với quyết định của nhóm chăm sóc sức khỏe của mình. Quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể trình bày thông tin, đưa ra nhân chứng hoặc mô tả những mối quan ngại của mình. Điều này giúp thẩm phán hiểu được quan điểm của quý vị.
- Thẩm phán hành chính phải đưa ra quyết định trong vòng 90 ngày kể từ ngày quý vị nộp đơn yêu cầu điều trần.

Quý vị cũng có thể nộp đơn kháng cáo liên quan đến các quyết định về điều kiện đủ về tài chính của quý vị để tham gia chương trình Partnership.

- Nếu cơ quan quản lý thu nhập quyết định quý vị không còn đáp ứng điều kiện đủ về tài chính để tham gia chương trình Partnership hoặc cho biết khoản thanh toán phần chia sẻ chi phí của quý vị sẽ thay đổi, cơ quan quản lý thu nhập sẽ gửi cho quý vị một lá thư có thông tin về điều kiện tham gia của quý vị. Lá thư sẽ bao gồm thông tin về quyền yêu cầu một phiên điều trần công bằng của quý vị.

Nộp đơn kháng cáo lên Division of Hearings and Appeals là cách duy nhất để phản đối các quyết định liên quan đến **điều kiện đủ về tài chính** của chương trình Family Care. Điều này bao gồm cả các quyết định về phần chia sẻ chi phí của quý vị.

Tôi có thể làm gì nếu không đồng ý với quyết định của thẩm phán?

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của thẩm phán hành chính, quý vị có hai lựa chọn.

1. Yêu cầu điều trần lại. Nếu quý vị muốn Division of Hearings and Appeals xem xét lại quyết định của mình, quý vị phải yêu cầu trong vòng 20 ngày kể từ ngày thẩm phán ra quyết định. Thẩm phán hành chính chỉ chấp thuận xem xét lại nếu một hoặc cả hai điều kiện sau đây được áp dụng:
 - Quý vị có thể chứng minh rằng đã xảy ra một sai sót nghiêm trọng về tình tiết vụ việc hoặc về việc áp dụng pháp luật.
 - Quý vị có thông tin mới mà quý vị chưa thể thu thập và trình bày tại phiên điều trần đầu tiên.
2. Đưa vụ việc của quý vị ra tòa án khu vực. Nếu quý vị muốn đưa vụ việc ra tòa, quý vị phải nộp đơn khiếu nại trong vòng 30 ngày kể từ ngày thẩm phán hành chính ra quyết định.

Ai có thể giúp tôi giải quyết khiếu nại hoặc kháng cáo?

Quý vị có thể liên hệ với chuyên viên về quyền lợi thành viên của Includa bất cứ khi nào quý vị cần trợ giúp về khiếu nại, kháng cáo hoặc có thắc mắc về quyền lợi của mình. Các thanh tra viên cũng sẵn sàng giải đáp các thắc mắc về khiếu nại và kháng cáo. Họ có thể cho quý vị biết thêm về các quyền của quý vị và giúp đảm bảo rằng Includa hỗ trợ nhu cầu và mục tiêu của quý vị. Quý vị có thể nhờ bất kỳ ai mà quý vị muốn làm người đại diện bảo vệ quyền lợi cho mình. Người đại diện bảo vệ quyền lợi có thể là thành viên gia đình, bạn bè, luật sư hoặc bất kỳ người nào khác sẵn lòng giúp đỡ.

Chương trình thanh tra viên

Các chương trình Thanh tra khu vực sẵn có để hỗ trợ tất cả các thành viên của Partnership giải quyết khiếu nại và kháng cáo, hoàn toàn miễn phí. Cả hai chương trình thanh tra thường cố gắng giải quyết vấn đề của quý vị mà không cần phiên điều trần.

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care

Các thanh tra viên từ cơ quan này làm việc với các thành viên của Partnership **từ 60 tuổi trở lên**.

Board on Aging and Long Term Care
1402 Pankratz Street, Suite 111
Madison, WI 53704-4001
Số điện thoại miễn phí: 800-815-0015
Fax: 608-246-7001
Email: BOALTC@wisconsin.gov
www.boaltc.wi.gov

Disability Rights Wisconsin (DRW)

Các thanh tra viên từ cơ quan này làm việc với các thành viên của Partnership **dưới 60 tuổi**.

Disability Rights Wisconsin
1502 W Broadway, Suite 201
Madison, WI 53713
Số điện thoại miễn phí: 800-928-8778
TTY: 888-758-6049
Fax: 833-635-1968
Email: info@drwi.org
www.disabilityrightswi.org

Chương 9. Kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong Inlusa

Có một vài cách mà tư cách thành viên của quý vị trong Inlusa có thể chấm dứt:

- Quý vị có thể chọn chấm dứt tư cách thành viên Inlusa của mình bất cứ lúc nào.
 - o Nếu quý vị muốn chấm dứt tư cách thành viên trong chương trình Partnership, hãy liên hệ với một trong các ADRC hoặc ADRS Bộ lạc thuộc khu vực dịch vụ của Inlusa. Để tìm ADRC tại địa phương quý vị, hãy gọi số 844-947-2372.

Tìm thêm thông tin về các ADRC và ADRS Bộ lạc trên [trang web của ADRC](https://dhs.wi.gov/adrc) (dhs.wi.gov/adrc).

- Inlusa phải báo cáo thông tin này cho cơ quan của quý vị. Đôi khi tư cách thành viên của quý vị sẽ bị chấm dứt ngay cả khi đó không phải là lựa chọn của quý vị. Tư cách thành viên của quý vị có thể bị chấm dứt nếu
 - o Quyền lợi của quý vị kết thúc.
 - o Tình hình tài chính của quý vị thay đổi, dẫn đến việc quý vị mất điều kiện đủ về tài chính để tham gia chương trình Partnership
 - o Quý vị không còn đáp ứng tiêu chí về mặt chức năng, theo đánh giá chức năng của chương trình Sàng lọc Chức năng Chăm sóc Dài hạn dành cho Người lớn ở Wisconsin.
 - o Quý vị không phải trả khoản chia sẻ chi phí của mình.
 - o Quý vị cố tình cung cấp cho chúng tôi thông tin không chính xác, điều này ảnh hưởng đến tư cách tham gia chương trình của quý vị.
- Tư cách thành viên của quý vị cũng có thể bị chấm dứt, với sự chấp thuận của DHS, nếu:
 - o Quý vị ngừng chấp nhận dịch vụ trong hơn 30 ngày và chúng tôi không biết lý do.
 - o Quý vị từ chối tham gia vào việc lập kế hoạch chăm sóc, và chúng tôi không thể đảm bảo sức khỏe và sự an toàn của quý vị.
 - o Quý vị liên tục có những hành vi gây rối hoặc không an toàn cho nhân viên, nhà cung cấp hoặc các thành viên khác.

Tư cách thành viên của quý vị **không thể** bị chấm dứt vì lý do sức khỏe suy giảm hoặc quý vị cần thêm dịch vụ.

Quý vị có quyền kháng cáo nếu bị loại khỏi chương trình Partnership hoặc tư cách thành viên Inlusa của quý vị bị chấm dứt.

Đã được Sở Dịch vụ Y tế (Department of Health Services, DHS) phê duyệt: [thêm ngày phê duyệt của DHS](#)

Phụ lục

1. Định nghĩa các từ quan trọng

Ngược đãi – Hành vi lạm dụng thể chất, tinh thần hoặc tình dục đối với một người. Điều này bao gồm cả những phương pháp điều trị mà quý vị không đồng ý. Đồng thời bao gồm việc giam giữ hoặc hạn chế quyền tự do một cách không hợp lý. Xem Chương 6 để biết mô tả đầy đủ về các hình thức ngược đãi.

Thẩm phán luật hành chính – Một viên chức chủ trì phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang. Họ giúp giải quyết tranh chấp giữa quý vị và tổ chức quản lý chăm sóc sức khỏe (MCO) của quý vị.

Chỉ thị trước – Một bản tuyên bố bằng văn bản về nguyện vọng của quý vị liên quan đến việc điều trị y tế. Điều này đảm bảo nhân viên y tế thực hiện theo nguyện vọng của quý vị nếu quý vị không thể tự mình truyền đạt nguyện vọng đó. Có nhiều loại chỉ thị trước khác nhau và chúng có nhiều tên gọi khác nhau. “Di chúc sống”, “giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe” và “lệnh không hồi sức (DNR)” là những ví dụ. Xem Chương 6 để biết thêm thông tin về chỉ thị y tế trước.

Người đại diện bảo vệ quyền lợi – Người có thể giúp quý vị đảm bảo rằng MCO của quý vị đang giải quyết nhu cầu và mục tiêu của quý vị. Người đại diện bảo vệ quyền lợi có thể giúp quý vị làm việc với MCO của quý vị để giải quyết tranh chấp một cách không chính thức. Họ cũng có thể đại diện cho quý vị nếu quý vị quyết định kháng cáo hoặc khiếu nại.

Trung tâm nguồn lực dành cho người cao tuổi và người khuyết tật (ADRC)/Chuyên gia về nguồn lực dành cho người cao tuổi và người khuyết tật của Bộ lạc (ADRS) – Các trung tâm dịch vụ cung cấp thông tin cho quý vị. Họ hỗ trợ trong mọi khía cạnh của cuộc sống liên quan đến tuổi già hoặc sống chung với khuyết tật. Các thành viên bộ lạc có thể lựa chọn làm việc với ADRC địa phương hoặc ADRS Bộ lạc nếu có. Các ADRC và ADRS đảm nhiệm việc đăng ký và hủy đăng ký tham gia chương trình Partnership.

Kháng cáo – Yêu cầu MCO xem xét lại quyết định ảnh hưởng đến dịch vụ của quý vị. Quý vị có quyền kháng cáo nếu đội ngũ chăm sóc của quý vị ngừng, từ chối hoặc giảm bớt dịch vụ. Các loại kháng cáo khác và quy trình nộp đơn kháng cáo được trình bày trong Chương 8.

Tài sản – Tài sản bao gồm ô tô, tiền mặt, tài khoản ngân hàng, các khoản đầu tư, giá trị tiền mặt của bảo hiểm nhân thọ và những thứ khác. Điều kiện để được hưởng Medicaid phụ thuộc vào tổng tài sản quý vị sở hữu. Quý vị phải đủ điều kiện nhận trợ cấp Medicaid mới có thể tham gia chương trình Partnership.

Người đại diện được ủy quyền cho chương trình Medicaid – Một cá nhân hoặc tổ chức mà quý vị lựa chọn để giúp quý vị nhận và duy trì chương trình Medicaid. Sử dụng [Chỉ định, Thay đổi hoặc Bãi nhiệm Người đại diện được ủy quyền: Cá nhân, F-10126A](#)

(dhs.wi.gov/library/collection/f-10126a) hoặc [Chỉ định Thay đổi hoặc Bãi nhiệm Người đại diện được ủy quyền: Tổ chức, F-10126B](#) (dhs.wi.gov/library/collection/f-10126b).

Gói quyền lợi – Các dịch vụ quý vị nhận được khi tham gia chương trình Partnership. Các dịch vụ này bao gồm chăm sóc y tế, chăm sóc tại bệnh viện, chăm sóc cá nhân, chăm sóc sức khỏe tại nhà, vận chuyển, vật tư y tế, chăm sóc điều dưỡng và các dịch vụ khác. Đội ngũ chăm sóc của quý vị phải phê duyệt các dịch vụ. Họ cũng phải liệt kê các dịch vụ này vào kế hoạch chăm sóc của quý vị. Xem Chương 4 để biết danh sách đầy đủ các dịch vụ.

Kế hoạch chăm sóc – Một kế hoạch ghi lại trải nghiệm cá nhân và kết quả chăm sóc dài hạn, nhu cầu, sở thích và điểm mạnh của quý vị. Kế hoạch này liệt kê các dịch vụ quý vị nhận được từ gia đình hoặc bạn bè. Đồng thời liệt kê các dịch vụ mà MCO sẽ cung cấp. Quý vị đóng vai trò trung tâm trong quá trình lập kế hoạch chăm sóc. Quý vị và nhóm của quý vị sẽ họp thường xuyên để xem xét kế hoạch chăm sóc của quý vị.

Đội ngũ chăm sóc – quý vị sẽ có một đội ngũ chăm sóc khi tham gia chương trình Partnership. Đội ngũ này bao gồm quý vị, một nhân viên xã hội (hoặc người quản lý chăm sóc hoặc điều phối viên dịch vụ xã hội), một y tá đã đăng ký hành nghề và một điều dưỡng chuyên khoa. Quý vị và đội ngũ chăm sóc của quý vị sẽ xem xét nhu cầu của quý vị, xác định mục tiêu mong muốn và lập kế hoạch chăm sóc. Nhân viên công tác xã hội và y tá của quý vị sẽ phê duyệt, phối hợp và theo dõi các dịch vụ dành cho quý vị.

Sự lựa chọn – Chương trình Partnership hỗ trợ quyền lựa chọn của quý vị khi sử dụng dịch vụ. Quyền lựa chọn có nghĩa là quý vị có quyền quyết định cách thức và thời điểm nhận được sự chăm sóc. Điều đó cũng có nghĩa là quý vị có trách nhiệm giúp đội ngũ chăm sóc của mình tìm ra những cách thức hỗ trợ hiệu quả nhất về mặt chi phí. Quý vị cũng có thể lựa chọn chỉ định một hoặc nhiều dịch vụ chăm sóc dài hạn của họ. Quý vị có thể thực hiện việc này bằng cách sử dụng tùy chọn hỗ trợ tự quản lý (SDS).

Đồng thanh toán – Một khoản tiền cố định quý vị phải trả cho một dịch vụ chăm sóc sức khỏe được bảo hiểm. Ví dụ, quý vị có thể phải trả 5 đô la đồng thanh toán cho một lần khám bác sĩ.

Chia sẻ chi phí – Số tiền hàng tháng quý vị có thể phải trả để tiếp tục đủ điều kiện tham gia chương trình Partnership.

Hiệu quả về chi phí – Phương án hỗ trợ tốt nhất cho mục tiêu chăm sóc dài hạn của quý vị với chi phí và công sức hợp lý. Quý vị và nhóm chăm sóc của quý vị sử dụng phương pháp Quyết định phân bổ nguồn lực (Resource Allocation Decision, RAD). Phương pháp này giúp quý vị tìm ra những cách để hỗ trợ kết quả chăm sóc dài hạn của mình. Tiếp theo, quý vị và nhóm của quý vị sẽ xem xét các lựa chọn. Quý vị sẽ chọn cách tiết kiệm chi phí nhất để hỗ trợ các mục tiêu của mình. Đây không phải lúc nào cũng là lựa chọn rẻ nhất.

Cơ quan cấp quận hoặc bộ lạc – Các cơ quan địa phương xác định điều kiện đủ về tài chính của quý vị để được hưởng Medicaid. Điều này bao gồm cả quyền lợi của Partnership và các quyền lợi công cộng khác.

Department of Health Services (DHS) – Một cơ quan của State of Wisconsin. DHS điều hành các chương trình Medicaid của Wisconsin, bao gồm cả Partnership.

Hủy đăng ký – Quy trình chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình Partnership.

Division of Hearings and Appeals (DHA) – Một cơ quan của State of Wisconsin. Là nơi tổ chức các phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang.

Thiết bị y tế lâu bền (DME) – Vật dụng hoặc thiết bị được thiết kế để quý vị sử dụng hàng ngày. Quý vị có thể cần các thiết bị này để hỗ trợ giải quyết vấn đề sức khỏe hoặc khuyết tật. Ví dụ bao gồm thiết bị cung cấp oxy, xe lăn và khung tập đi.

Tình trạng cấp cứu y tế – Bệnh tật, thương tích, triệu chứng hoặc bệnh lý rất nghiêm trọng. Hầu hết mọi người sẽ tìm kiếm chăm sóc y tế ngay lập tức để tránh bị tổn hại.

Chăm sóc tại phòng cấp cứu – Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe quý vị nhận được tại phòng cấp cứu của bệnh viện.

Đăng ký – Việc đăng ký tham gia chương trình Partnership là tự nguyện. Để đăng ký, quý vị nên liên hệ với trung tâm nguồn lực dành cho người cao tuổi và người khuyết tật (ADRC) tại địa phương hoặc chuyên gia về nguồn lực dành cho người cao tuổi và người khuyết tật (ADRS) của Bộ lạc.

Thu hồi tài sản – Quá trình mà State of Wisconsin yêu cầu hoàn trả chi phí cho các dịch vụ Medicaid mà quý vị đã nhận được từ chương trình chăm sóc dài hạn được tài trợ bởi Medicaid. Sau khi vợ/chồng quý vị qua đời, tiểu bang sẽ thu hồi tiền từ tài sản của quý vị.

Kháng cáo nhanh – Một thủ tục đẩy nhanh quá trình kháng cáo. Quý vị có thể yêu cầu MCO của quý vị đẩy nhanh quá trình kháng cáo nếu quý vị cho rằng việc chờ đợi theo quy định thông thường có thể gây hại nghiêm trọng đến sức khỏe hoặc khả năng hoạt động của quý vị. Xem Chương 8 để biết thông tin về kháng cáo nhanh.

Family Care Partnership – Xem mục “Partnership”

Điều kiện đủ về tài chính – Điều kiện để được hưởng Medicaid. Cơ quan quận hoặc Bộ lạc xem xét thu nhập và tài sản của quý vị để tìm hiểu xem quý vị có đủ điều kiện nhận Medicaid hay không. Quý vị phải đủ điều kiện nhận trợ cấp Medicaid mới có thể tham gia chương trình Partnership.

Điều kiện đủ về khả năng chức năng – Nhu cầu được hỗ trợ của quý vị trong các hoạt động như tắm rửa, mặc quần áo và sử dụng nhà vệ sinh. Chúng tôi sử dụng Công cụ Sàng lọc Chức năng Chăm sóc Dài hạn Wisconsin cho mục đích này. Công cụ này sẽ xác định xem một người có đủ điều kiện về mặt chức năng để tham gia chương trình Partnership hay không.

Khiếu nại – Ý kiến của quý vị bày tỏ sự không hài lòng về việc chăm sóc hoặc dịch vụ hoặc các vấn đề chung khác. Các khiếu nại có thể liên quan đến chất lượng chăm sóc. Khiếu nại cũng có thể liên quan đến cách quý vị và đội ngũ chăm sóc sức khỏe của quý vị trao đổi với

nhau về các quyền của quý vị. Chương 8 giải thích về khiếu nại và cách thức nộp đơn khiếu nại.

Người giám hộ – Người đưa ra các quyết định về cuộc sống của quý vị. Tòa án có thể chỉ định người giám hộ nếu quý vị không thể tự đưa ra quyết định.

Cơ quan Quản lý Thu nhập – Cơ quan địa phương của quý vị sẽ xác định điều kiện đủ về tài chính để được hưởng Medicaid, Family Care và các quyền lợi công cộng khác. Hãy truy cập [trang Thông tin liên hệ của Cơ quan Bộ lạc và Quản lý Thu nhập](https://dhs.wi.gov/im-agency) (dhs.wi.gov/im-agency) để tìm cơ quan gần nhất.

Người có quyền đưa ra quyết định theo pháp luật – Người có quyền đưa ra quyết định thay mặt quý vị theo pháp luật. Người có quyền đưa ra quyết định theo pháp luật có thể là người giám hộ đối với cá nhân hoặc tài sản (hoặc cả hai), người bảo hộ tài sản, người được chỉ định làm đại diện theo giấy ủy quyền về chăm sóc sức khỏe hoặc tài chính.

Mức độ chăm sóc – Lượng hỗ trợ quý vị cần để thực hiện các hoạt động hàng ngày. Quý vị phải thuộc diện được chăm sóc tại "nhà dưỡng lão" mới đủ điều kiện tham gia chương trình Partnership.

Chăm sóc dài hạn (LTC) – Các dịch vụ và hỗ trợ mà quý vị có thể cần do khuyết tật, tuổi già hoặc mắc bệnh mãn tính làm hạn chế khả năng thực hiện các hoạt động thường nhật. Hoạt động này bao gồm những việc như tắm rửa, mặc quần áo, nấu ăn, đi làm và thanh toán hóa đơn.

Mục tiêu chăm sóc dài hạn – Một tình huống, điều kiện hoặc hoàn cảnh mà quý vị hoặc đội ngũ chăm sóc của quý vị xác định, giúp quý vị duy trì sự độc lập tối đa.

Các kết quả cũng bao gồm kết quả lâm sàng và chức năng. Kết quả lâm sàng liên quan đến sức khỏe thể chất, tinh thần hoặc cảm xúc của quý vị. Một ví dụ về kết quả lâm sàng là khả năng thở dễ dàng hơn. Kết quả chức năng liên quan đến khả năng thực hiện các nhiệm vụ nhất định của quý vị. Một ví dụ về kết quả chức năng là khả năng tự đi xuống cầu thang.

Tổ chức quản lý chăm sóc sức khỏe (MCO) – Cơ quan điều hành chương trình Partnership.

Medicaid – Chương trình chăm sóc y tế và dài hạn do Wisconsin Department of Health Services (DHS) điều hành. Medicaid còn được biết đến với tên gọi “Hỗ trợ Y tế”, “MA” và “Tiêu đề 19”. Quý vị phải đáp ứng các yêu cầu về điều kiện tham gia chương trình Medicaid để trở thành thành viên.

Chăm sóc y tế (cấp tính và ban đầu) – Chẩn đoán, điều trị và phòng ngừa các bệnh mãn tính, ốm đau, chấn thương và các bệnh lý thể chất và tinh thần khác. Điều này bao gồm cả việc chăm sóc ngắn hạn tại bệnh viện hoặc phòng cấp cứu (chăm sóc cấp tính). Đồng thời bao gồm việc chăm sóc từ bác sĩ (chăm sóc ban đầu). Ngoài ra còn có các cấp độ chăm sóc khác.

Medicare – Chương trình bảo hiểm y tế liên bang. Chương trình này dành cho người từ 65 tuổi trở lên và một số người dưới 65 tuổi mắc một số khuyết tật nhất định. Chương trình này

Đã được Sở Dịch vụ Y tế (Department of Health Services, DHS) phê duyệt: [thêm ngày phê duyệt của DHS](#)

cũng dành cho những người mắc bệnh thận giai đoạn cuối (suy thận vĩnh viễn cần lọc máu hoặc ghép thận). Medicare chi trả cho chi phí nằm viện, chăm sóc sức khỏe và thuốc theo toa.

Thành viên – Người tham gia Partnership. Quý vị phải đáp ứng các tiêu chí điều kiện đủ về chức năng và tài chính.

Chuyên viên về quyền lợi thành viên – Một nhân viên của MCO có thể giúp quý vị hiểu rõ các quyền và trách nhiệm của mình. Chuyên viên về quyền lợi thành viên cũng hỗ trợ giải quyết các vấn đề liên quan đến chăm sóc và dịch vụ. Họ có thể giúp quý vị nộp đơn khiếu nại hoặc kháng cáo. Xem Chương 8 để biết thông tin về khiếu nại và kháng cáo.

MetaStar – Cơ quan mà Wisconsin Department of Health Services (DHS) hợp tác để xem xét các yêu cầu khiếu nại và kháng cáo. Họ cũng đánh giá chất lượng của các MCO. Xem Chương 8 để biết thông tin về các cuộc đánh giá của DHS.

Hỗ trợ tự nhiên – Những người trong cuộc sống của quý vị đã chọn giúp đỡ quý vị.

Mạng lưới – Các nhà cung cấp dịch vụ mà MCO ký hợp đồng để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và chăm sóc dài hạn. Bao gồm các bác sĩ, bệnh viện, cơ sở y tế và nhà cung cấp.

Nhà cung cấp trong mạng lưới (hoặc nhà cung cấp tham gia hoặc nhà cung cấp) – Một cá nhân hoặc nhóm có hợp đồng với MCO của quý vị. Họ có thể cung cấp dịch vụ cho quý vị.

Nhà cung cấp không thuộc mạng lưới (hoặc nhà cung cấp không tham gia) – Là cá nhân hoặc nhóm không có hợp đồng với MCO của quý vị để cung cấp dịch vụ. Để sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới, trước tiên các thành viên phải liên hệ với MCO của họ.

Thông báo về quyết định bất lợi về quyền lợi – Quyết định từ MCO của quý vị. Các trường hợp phổ biến bao gồm việc MCO ngừng hoặc giảm dịch vụ của quý vị. Một MCO cũng có thể từ chối yêu cầu cung cấp dịch vụ mới.

Thông báo về quyền kháng cáo – Một lá thư giải thích các lựa chọn của quý vị để nộp đơn kháng cáo. Xem Chương 8 để biết thêm thông tin về việc kháng cáo.

Mức độ chăm sóc tương đương viện dưỡng lão – Thành viên ở mức độ chăm sóc này có các nhu cầu chăm sóc khiến họ đủ điều kiện để được nhận dịch vụ tại viện dưỡng lão. Ở cấp độ chăm sóc này, có rất nhiều dịch vụ đa dạng. Một người phải đang có nhu cầu chăm sóc ở mức độ chăm sóc của viện dưỡng lão mới đủ điều kiện tham gia chương trình Partnership.

Thanh tra viên – Người xem xét các khiếu nại được báo cáo và giúp quý vị giải quyết các vấn đề liên quan đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Chương trình Partnership – Một chương trình cung cấp các dịch vụ chăm sóc y tế và chăm sóc dài hạn cho người cao tuổi và người lớn bị khuyết tật về thể chất và phát triển. Tất cả các thành viên của Partnership phải:

- Có nhu cầu chăm sóc ở mức độ chăm sóc của viện dưỡng lão theo đánh giá của Công cụ Sàng lọc Chức năng Chăm sóc Dài hạn Wisconsin.
- Đăng ký tham gia chương trình Medicaid của tiểu bang Wisconsin. Họ cũng có thể tham gia chương trình Medicare.
- Sinh sống tại một quận/huyện có chương trình Partnership.

Mục tiêu cá nhân – Những mục tiêu quý vị đặt ra cho cuộc sống của mình.

Giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe – Một văn bản pháp lý cho phép quý vị ủy quyền cho người khác đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe thay cho mình. Cách này được sử dụng nếu quý vị không thể tự mình đưa ra những quyết định đó.

Bác sĩ chăm sóc chính – Người cung cấp, hướng dẫn hoặc giúp quý vị tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Bao gồm bác sĩ và y tá chuyên khoa, trợ lý bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ y tế được cấp phép khác.

Cho phép trước (hoặc chấp thuận trước) – Sự chấp thuận bằng văn bản cho một dịch vụ hoặc đơn thuốc. Quý vị có thể cần giấy tờ này từ MCO hoặc DHS trước khi sử dụng dịch vụ hoặc mua thuốc theo toa.

Mạng lưới nhà cung cấp – Danh sách các cơ quan và cá nhân mà tổ chức quản lý chăm sóc sức khỏe (MCO) ký hợp đồng để cung cấp dịch vụ. Đội ngũ chăm sóc của quý vị phải phê duyệt các dịch vụ trước khi quý vị có thể chọn nhà cung cấp từ danh bạ. Xem Chương 3 để biết thông tin về mạng lưới nhà cung cấp của MCO.

Thuốc kê đơn – Là các loại thuốc mà theo luật, quý vị phải có đơn thuốc mới được mua. Điều này có nghĩa là bác sĩ hoặc nhân viên y tế cho rằng quý vị cần dùng thuốc đó.

Dịch vụ chăm sóc tại cơ sở lưu trú – Các dịch vụ được cung cấp trong môi trường chăm sóc nội trú. Môi trường này bao gồm các nhà ở gia đình dành cho người lớn (AFH), các cơ sở cư trú cộng đồng (CBRF), các khu chung cư chăm sóc cư trú (RCAC) và các viện dưỡng lão. Tất cả các dịch vụ chăm sóc tại cơ sở lưu trú phải được đội ngũ chăm sóc của thành viên phê duyệt.

Phương pháp Quyết định Phân bổ Nguồn lực (RAD) – Một công cụ mà quý vị và nhóm chăm sóc của quý vị sử dụng để giúp tìm ra những cách tốt nhất để đáp ứng nhu cầu và hỗ trợ mục tiêu của quý vị.

Chi phí ăn ở – Phần chi phí sinh hoạt trong cơ sở chăm sóc nội trú bao gồm tiền thuê nhà và tiền ăn. Quý vị tự chịu trách nhiệm thanh toán chi phí ăn ở. Xem Chương 5 để biết thông tin về chi phí ăn ở.

Hỗ trợ tự quản lý (SDS) – SDS là một cách để quý vị sắp xếp, mua và điều phối một số dịch vụ chăm sóc dài hạn của mình. Quý vị có nhiều trách nhiệm hơn, linh hoạt hơn và quyền kiểm soát nhiều hơn đối với cách thức nhận dịch vụ. Với SDS, quý vị có thể tự quản lý ngân sách của mình cho các dịch vụ chăm sóc dài hạn. Quý vị cũng có thể có quyền kiểm

soát các nhà cung cấp dịch vụ của mình. Điều này bao gồm việc tuyển dụng, đào tạo, giám sát và sa thải nhân viên chăm sóc trực tiếp của quý vị.

Khu vực phục vụ – Khu vực quý vị phải sinh sống để đủ điều kiện đăng ký và tiếp tục tham gia Inclusive Partnership. Xem Chương 2 để biết danh sách khu vực phục vụ Inclusive .

Bác sĩ chuyên khoa – Là bác sĩ có chuyên môn sâu trong một lĩnh vực y học.

Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang – Một phiên điều trần do thẩm phán luật hành chính làm việc cho State of Wisconsin Division of Hearing and Appeals tổ chức. Xem Chương 8 để biết thông tin về các phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang.

2. Các dịch vụ được bảo hiểm

Hầu hết các dịch vụ phải được nhóm chăm sóc của quý vị phê duyệt. Nếu quý vị tự sử dụng dịch vụ mà không có sự chấp thuận của đội ngũ chăm sóc, quý vị có thể phải chi trả cho các dịch vụ đó. Hãy trao đổi với đội ngũ chăm sóc của quý vị nếu quý vị nghĩ mình cần dịch vụ nào đó.

Dịch vụ y tế

- Dịch vụ hỗ trợ cai nghiện rượu và ma túy (AODA)
- Thính học
- Trị liệu thần kinh cột sống
- Chương trình hỗ trợ cộng đồng
- Dịch vụ nha khoa
- Dịch vụ xét nghiệm chẩn đoán
- Dịch vụ lọc máu
- Thiết bị y tế lâu bền và vật tư y tế
- Chăm sóc sức khỏe tại nhà
- Dịch vụ chăm sóc bệnh nhân giai đoạn cuối
- Dịch vụ bệnh viện
- Vận chuyển y tế
 - o Dịch vụ chuyên chở y tế không khẩn cấp (chuyên chở đến các cuộc hẹn khám bệnh)
 - o Vận chuyển y tế khẩn cấp (xe cứu thương)
- Dịch vụ sức khỏe tâm lý
- Dịch vụ điều dưỡng
 - o Điều dưỡng gián đoạn (bán thời gian)
 - o Điều dưỡng riêng
 - o Chăm sóc hô hấp (máy thở)
- Chăm sóc cá nhân
- Dịch vụ bác sĩ
- Dịch vụ chuyên khoa chân
- Trị liệu (trong mọi cơ sở)
 - o Vật lý trị liệu
 - o Trị liệu cơ năng
 - o Âm ngữ trị liệu
- Dịch vụ chăm sóc thị lực

Dịch vụ chăm sóc tại cơ sở

Viện dưỡng lão

Bao gồm cơ sở chăm sóc trung gian cho người khuyết tật trí tuệ và viện điều trị bệnh tâm thần. (Các dịch vụ tại cơ sở điều trị bệnh tâm thần chỉ được bảo hiểm cho thành viên dưới 21 tuổi hoặc từ 65 tuổi trở lên.)

Các dịch vụ và hỗ trợ tại nhà và cộng đồng

- **Chăm sóc ban ngày cho người lớn**

Các dịch vụ được cung cấp cho một nhóm người lớn tại một địa điểm bên ngoài nhà ở trong một phần của ngày. Dịch vụ này dành cho người lớn cần giao tiếp xã hội. Dịch vụ này cũng dành cho những người cần được giám sát, hỗ trợ trong các hoạt động hàng ngày và được hỗ trợ để duy trì sức khỏe và sự an toàn. Các dịch vụ có thể bao gồm chăm sóc cá nhân, bữa ăn nhẹ, chăm sóc y tế và đưa đón đến và từ địa điểm chăm sóc.

- **Công nghệ hỗ trợ**

Những vật dụng giúp mọi người thực hiện các hoạt động thường nhật tại nhà, nơi làm việc và trong cộng đồng. Các vật dụng này có thể bao gồm các thiết bị công nghệ như máy tính bảng, thiết bị di động hoặc phần mềm, các vật dụng hỗ trợ thích ứng, và một chú chó nghiệp vụ được huấn luyện bài bản từ một nhà cung cấp uy tín. Dịch vụ này cũng có thể bao gồm việc đánh giá nhu cầu về công nghệ hỗ trợ của một người và việc sửa chữa hoặc bảo trì các thiết bị hoặc vật dụng.

- **Khám phá cơ hội việc làm hòa nhập có tính cạnh tranh (CIE)**

Giúp các thành viên khám phá các con đường sự nghiệp. Đồng thời giúp các thành viên quyết định xem họ có muốn làm việc trong cộng đồng cùng với những người không khuyết tật hay không. Các dịch vụ bao gồm tham quan doanh nghiệp, trải nghiệm công việc thực tế, phỏng vấn tìm hiểu thông tin và lập kế hoạch việc làm. Các thành viên cũng có thể được giáo dục về các dịch vụ việc làm dành cho người khuyết tật và được hỗ trợ trong việc xác định sở thích, kiến thức và kỹ năng có thể hữu ích cho việc tìm kiếm việc làm.

- **Hỗ trợ giao tiếp**

Các vật dụng và dịch vụ cần thiết để hỗ trợ nghe, nói, đọc hoặc các hình thức giao tiếp khác. Các vật dụng có thể bao gồm hệ thống giao tiếp thay thế hoặc bổ trợ, thiết bị khuếch đại giọng nói, công nghệ điện tử, ứng dụng di động và phần mềm. Các dịch vụ có thể bao gồm phiên dịch hoặc hỗ trợ ngôn ngữ ký hiệu, đánh giá nhu cầu giao tiếp, sửa chữa và bảo trì các thiết bị giao tiếp, và đào tạo để sử dụng các thiết bị giao tiếp.

- **Dịch vụ tư vấn lâm sàng và trị liệu cho người chăm sóc.**

Hỗ trợ những người chăm sóc không được trả lương và nhân viên hỗ trợ được trả lương thực hiện kế hoạch điều trị hoặc hỗ trợ. Các dịch vụ bao gồm đánh giá, xây dựng kế hoạch điều trị tại nhà, kế hoạch hỗ trợ, kế hoạch can thiệp, cũng như đào tạo và hỗ trợ thực hiện các kế hoạch đó. Các dịch vụ này cũng bao gồm đào tạo cho người chăm sóc và nhân viên phục vụ các thành viên có nhu cầu phức tạp (vượt ra khỏi chăm sóc thông thường).

- **Giáo dục và đào tạo người sử dụng dịch vụ**

Giúp người khuyết tật phát triển kỹ năng tự bảo vệ quyền lợi, hỗ trợ quyền tự quyết, thực hiện các quyền công dân và có được các kỹ năng cần thiết để kiểm soát và chịu trách nhiệm đối với các dịch vụ hỗ trợ khác. Các dịch vụ này bao gồm giáo dục và đào tạo cho các thành viên và người chăm sóc hoặc người ra quyết định pháp lý của họ. Khoản tiền này có thể được dùng để chi trả phí ghi danh, sách vở và các tài liệu giáo dục khác, cũng như chi phí đi lại đến các khóa đào tạo, hội nghị và các sự kiện tương tự.

- **Dịch vụ tư vấn và trị liệu**

Điều trị các rối loạn cá nhân, xã hội, thể chất, y tế, hành vi, cảm xúc, nhận thức, sức khỏe tâm thần, hoặc các rối loạn do lạm dụng rượu hoặc ma túy gây ra. Điều này có thể bao gồm hỗ trợ thích nghi với tuổi già và khuyết tật, hỗ trợ trong các mối quan hệ, và trị liệu bằng nghệ thuật hoặc âm nhạc mang tính giải trí. Đồng thời có thể bao gồm tư vấn về dinh dưỡng, y tế, cân nặng hoặc tư vấn về nỗi đau mất mát.

- **Đào tạo kỹ năng sinh hoạt hàng ngày**

Giúp các thành viên thực hiện các công việc thường ngày. Điều này bao gồm các kỹ năng giúp thành viên tự lập và tham gia vào đời sống cộng đồng. Ví dụ bao gồm học cách quản lý tiền bạc, bảo trì nhà cửa, chuẩn bị thức ăn, rèn luyện kỹ năng di chuyển, kỹ năng tự chăm sóc bản thân và các kỹ năng cần thiết để tiếp cận và sử dụng các nguồn lực trong cộng đồng.

- **Dịch vụ ban ngày**

Các hoạt động được lên lịch thường xuyên, được tổ chức bên ngoài nhà cho một nhóm người lớn. Các dịch vụ ban ngày giúp các thành viên tham gia cộng đồng, học các kỹ năng xã hội và phát triển các kỹ năng cần thiết cho các hoạt động sinh hoạt hàng ngày và cuộc sống cộng đồng.

- **Dịch vụ quản lý tài chính**

Hỗ trợ quản lý chi phí dịch vụ hoặc tài chính cá nhân. Nếu một thành viên chọn tự quản lý một hoặc nhiều dịch vụ, dịch vụ này bao gồm việc cá nhân hoặc cơ quan thanh toán cho các nhà cung cấp dịch vụ sau khi thành viên ủy quyền thanh toán.

Đã được Sở Dịch vụ Y tế (Department of Health Services, DHS) phê duyệt: [thêm ngày phê duyệt của DHS](#)

Các dịch vụ này cũng giúp các thành viên lập ngân sách để đảm bảo có đủ tiền cho chỗ ở và các nhu cầu khác.

- **Sức khỏe và sự an lành**

Giúp các thành viên duy trì hoặc cải thiện sức khỏe, thể chất và tinh thần, kỹ năng xã hội và khả năng hòa nhập cộng đồng. Các hoạt động này bao gồm các hoạt động tập trung vào việc phát triển thói quen lành mạnh; các lớp học, bài học và sự kiện liên quan đến hoạt động thể chất và dinh dưỡng; các dịch vụ chăm sóc sức khỏe như các lớp yoga và thiền; và giáo dục và đào tạo về tính dục.

- **Bữa ăn giao tận nhà**

Đôi khi, dịch vụ này được gọi là "Meals on Wheels" (dịch vụ giao bữa ăn tận nhà), bao gồm việc chuẩn bị và giao một hoặc hai bữa ăn mỗi ngày nếu thành viên không thể tự nấu hoặc mua được những bữa ăn lành mạnh mà không cần sự trợ giúp. Các bữa ăn được giao tận nhà cũng có thể giúp các thành viên nếu họ không thể tuân thủ chế độ ăn kiêng đặc biệt do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khuyến nghị cho một tình trạng sức khỏe cụ thể.

- **Cải tạo nhà ở**

Bao gồm các vật dụng và dịch vụ giúp nhà của thành viên an toàn hơn và thuận tiện hơn khi di chuyển. Điều này có thể bao gồm đường dốc, thang máy cầu thang, thang nâng xe lăn, sửa đổi nhà bếp hoặc phòng tắm, các điều chỉnh chuyên biệt về khả năng tiếp cận hoặc an toàn, và các thiết bị điện tử kích hoạt bằng giọng nói, ánh sáng hoặc chuyển động nhằm tăng khả năng tự lập và khả năng sống độc lập của người được hỗ trợ.

- **Tư vấn nhà ở**

Giúp các thành viên tìm được nhà ở dễ tiếp cận, giá cả phải chăng và an toàn trong cộng đồng. Tư vấn nhà ở bao gồm việc tìm hiểu các lựa chọn sở hữu nhà và thuê nhà, xác định nguồn lực tài chính, xác định sở thích về vị trí và loại nhà ở, xác định nhu cầu về khả năng tiếp cận và sửa đổi, và tìm kiếm nhà ở có sẵn. Dịch vụ tư vấn nhà ở không bao gồm thanh toán tiền thuê nhà hoặc tiền trả góp mua nhà.

- **Hệ thống ứng phó khẩn cấp cá nhân (Personal Emergency Response System, PERS)**

PERS kết nối trực tiếp thành viên với các chuyên gia y tế trong trường hợp khẩn cấp. Đó là điện thoại hoặc hệ thống điện tử khác.

- **Dịch vụ tiền hướng nghiệp**

Các hoạt động học tập và trải nghiệm làm việc giúp các thành viên phát triển những thể mạnh và kỹ năng tổng quát để tìm việc làm trong cộng đồng. Các thành viên có

thể học cách làm việc với cấp trên, đồng nghiệp và khách hàng. Họ cũng có thể học cách ăn mặc, làm theo chỉ dẫn, thực hiện tác vụ, giải quyết vấn đề, giữ an toàn và di chuyển. Những dịch vụ này giúp các thành viên tìm được việc làm trong cộng đồng với mức lương và phúc lợi tương đương với người lao động không khuyết tật.

- **Dịch vụ chuyển nhà**

Bao gồm các khoản chi phí phát sinh một lần giúp các thành viên chuyển từ cơ sở chăm sóc tập trung hoặc cơ sở chăm sóc nội trú đến sinh sống tại nhà hoặc căn hộ của họ trong cộng đồng. Họ có thể giúp chi trả các khoản phí chuyển nhà, dọn dẹp và sắp xếp đồ đạc, tiền đặt cọc và phí kết nối điện nước. Họ cũng có thể giúp đỡ về đồ nội thất, dụng cụ nấu ăn, đồ dùng vệ sinh và gia dụng, cũng như các đồ dùng và thiết bị gia dụng cơ bản.

- **Giám sát và hỗ trợ từ xa**

Giúp các thành viên nhận được hỗ trợ trực tiếp từ người chăm sóc từ xa. Người chăm sóc từ xa có thể đảm bảo sự an toàn cho người được chăm sóc và hỗ trợ trong trường hợp khẩn cấp. Dịch vụ này cung cấp các công nghệ như cảm biến, thiết bị giám sát và các thiết bị liên lạc hai chiều khác. Đồng thời bao gồm sự hỗ trợ từ các nhân viên chăm sóc từ xa và việc sửa chữa, bảo trì thiết bị. Thành viên phải nêu rõ bằng văn bản rằng họ muốn sử dụng dịch vụ này.

- **Dịch vụ chăm sóc tại cơ sở lưu trú**

Được cung cấp trong môi trường cư trú cộng đồng ấm cúng như ở nhà. Điều này bao gồm các nhà ở gia đình dành cho người lớn có 1-2 giường và các cơ sở dành cho ba người lớn trở lên (như nhà ở gia đình dành cho người lớn có 3-4 giường hoặc khu phức hợp căn hộ chăm sóc nội trú). Các dịch vụ thường bao gồm chăm sóc cá nhân, hỗ trợ các hoạt động hàng ngày, chăm sóc tại nhà, điều trị, và hỗ trợ và giám sát chung. Các dịch vụ cũng có thể bao gồm vận chuyển và các hoạt động giải trí hoặc xã hội, hỗ trợ về hành vi và xã hội, và đào tạo kỹ năng sống hàng ngày.

- **Chăm sóc tạm thời**

Cung cấp những kỳ nghỉ ngắn hạn cho gia đình hoặc những người chăm sóc chính khác. Điều này giúp giảm bớt căng thẳng và gánh nặng chăm sóc hàng ngày. Dịch vụ chăm sóc tạm thời có thể được cung cấp tại nhà của thành viên, cơ sở nội trú, trại được cấp phép, bệnh viện hoặc viện dưỡng lão.

- **Dịch vụ chăm sóc cá nhân tự định hướng**

Hỗ trợ các thành viên trong các hoạt động hàng ngày và công việc nhà cần thiết để sinh sống trong cộng đồng. Hỗ trợ này bao gồm hỗ trợ tắm rửa, ăn uống, mặc quần áo, quản lý thuốc men, chăm sóc răng miệng, tóc và da, chuẩn bị bữa ăn, thanh toán hóa đơn, đi lại, vệ sinh, di chuyển giữa các vị trí và sử dụng phương tiện giao thông. Thành viên lựa chọn cá nhân hoặc tổ chức cung cấp dịch vụ cho mình và có

thể đóng vai trò là người sử dụng lao động hoặc đồng sử dụng lao động của họ. Bác sĩ phải viết đơn chỉ định để thành viên được hưởng dịch vụ này.

- **Thiết bị và vật tư y tế chuyên dụng**

Các vật dụng giúp duy trì sức khỏe của thành viên, quản lý tình trạng bệnh lý hoặc thể chất, và cải thiện khả năng hoạt động hoặc tính tự lập. Các vật dụng có thể bao gồm thuốc không cần kê đơn, kem dưỡng da theo toa cần thiết về mặt y tế, vitamin D theo toa, vitamin tổng hợp hoặc thực phẩm bổ sung canxi, và sách hoặc dụng cụ hỗ trợ trị liệu.

- **Điều phối viên hỗ trợ**

Một cá nhân hoặc tổ chức mà thành viên lựa chọn để giúp lập kế hoạch, tiếp cận và điều phối các hỗ trợ tự quản lý. Một điều phối viên hỗ trợ am hiểu về các dịch vụ địa phương và có thể giúp tuyển dụng, thuê, đào tạo, quản lý và lên lịch làm việc cho nhân viên.

- **Dịch vụ hỗ trợ việc làm**

Giúp các thành viên tìm và giữ việc làm. Mục tiêu là duy trì việc làm trong cộng đồng với mức lương bằng hoặc cao hơn mức lương tối thiểu, làm việc cùng với những người không khuyết tật. Công việc đó cũng cần đáp ứng các mục tiêu cá nhân và nghề nghiệp của họ.

- **Dịch vụ việc làm cá nhân** giúp các thành viên tìm được việc làm, trau dồi kỹ năng cho công việc đó và có được các buổi phỏng vấn. Điều này cũng có thể bao gồm huấn luyện và đào tạo nghề nghiệp, đưa đón đến nơi làm việc, hỗ trợ cá nhân tại nơi làm việc, tư vấn về phúc lợi, dịch vụ thăng tiến nghề nghiệp hoặc hỗ trợ tự kinh doanh.
- **Dịch vụ việc làm nhóm nhỏ** là các dịch vụ và chương trình đào tạo được cung cấp trong môi trường doanh nghiệp, công nghiệp hoặc cộng đồng cho các nhóm từ hai đến sáu người lao động khuyết tật. Ví dụ bao gồm các nhóm di động và các nhóm làm việc khác dựa trên doanh nghiệp, thuê các nhóm nhỏ công nhân khuyết tật tại các nơi làm việc cộng đồng. Các dịch vụ có thể bao gồm giáo dục và khám phá nghề nghiệp theo nhóm nhỏ, phát triển kỹ năng, lập kế hoạch việc làm, giới thiệu việc làm, gặp gỡ người sử dụng lao động, huấn luyện và đào tạo nghề, đưa đón đến nơi làm việc và trải nghiệm làm việc phù hợp với sở thích và kỹ năng của thành viên.

- **Chăm sóc hỗ trợ tại nhà**

Hỗ trợ các hoạt động sinh hoạt hàng ngày và nhu cầu cá nhân tại nhà hoặc trong cộng đồng. Các dịch vụ này giúp đảm bảo an toàn trong nhà và cộng đồng, bao gồm

các công việc nhà thường ngày như dọn dẹp, nấu ăn và giặt giũ, cũng như các công việc lớn trong gia đình như chăm sóc sân vườn và dọn tuyết. Các dịch vụ này cũng có thể hỗ trợ việc mặc quần áo, tắm rửa, quản lý thuốc men, ăn uống, đi vệ sinh, chải chuốt, đi lại, thanh toán hóa đơn, sử dụng phương tiện giao thông và việc nhà.

- **Dịch vụ đào tạo cho người chăm sóc không được trả lương**

Hỗ trợ những người chăm sóc, hướng dẫn, bầu bạn, giám sát hoặc hỗ trợ thành viên mà không nhận thù lao. Chương trình này đào tạo những người chăm sóc không được trả lương về cách thực hiện các liệu pháp và sử dụng thiết bị trong quá trình điều trị và các dịch vụ khác nằm trong kế hoạch chăm sóc của người được chăm sóc, đồng thời hướng dẫn cách đảm bảo an toàn cho người được chăm sóc trong cộng đồng.

- **Dịch vụ chuyên chở**

Giúp các thành viên tiếp cận các dịch vụ cộng đồng, hoạt động và nguồn lực được bao gồm trong kế hoạch chăm sóc của họ. Dịch vụ này có thể bao gồm vé hoặc thẻ đi lại hoặc khoản bồi hoàn chi phí đi lại, cũng như chi phí chuyên chở cho các thành viên và người đi cùng đến nơi cần đến.

- **Sửa đổi phương tiện di chuyển**

Là những cải tạo đối với phương tiện đi lại mà thành viên chủ yếu sử dụng nhằm đáp ứng các nhu cầu phát sinh do tình trạng khuyết tật của họ. Những dịch vụ này giúp thành viên tiếp cận cộng đồng và nâng cao tính tự lập của họ. Việc này có thể bao gồm thay đổi ghế ngồi và dây an toàn, thiết bị điều khiển của người lái, thiết bị nâng xe, bệ đỡ, đường dốc và hệ thống neo giữ hoặc hệ thống neo đậu xe lăn. Dịch vụ này cũng bao gồm chi phí vật liệu, dịch vụ, kiểm tra và bảo trì các thay đổi đó. Dịch vụ này không bao gồm việc mua xe hoặc bảo trì thông thường.

- **Lập kế hoạch và hỗ trợ tương lai nghề nghiệp (Vocational futures planning and support, VFPS)**

Giúp các thành viên tìm kiếm, giữ vững hoặc thăng tiến trong công việc tại cộng đồng. Điều này có thể bao gồm đánh giá công nghệ hỗ trợ, lập kế hoạch việc làm, khám phá nghề nghiệp, hỗ trợ tìm việc, huấn luyện và đào tạo nghề, và hỗ trợ cá nhân thường xuyên tại nơi làm việc của họ. Các thành viên cũng có thể tìm hiểu thêm về các ưu đãi dành cho người lao động và cách việc làm có thể ảnh hưởng đến các quyền lợi của họ.

3. Thông báo về chính sách quyền riêng tư

Appendix 6. Notice of privacy practices

Insurance ACE Notice of Privacy Practices

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.

The privacy of your personal and health information is important. You do not need to do anything unless you have a request or complaint.

This Notice of Privacy Practices applies to all entities that are part of the Insurance ACE, an Affiliated Covered Entity under HIPAA. The ACE is a group of legally separate covered entities that are affiliated and have designated themselves as a single covered entity for purposes of HIPAA. A complete list of the members of the ACE is available at

<https://huma.na/insuranceace>.

We may change our privacy practices and the terms of this notice at any time, as allowed by law, including information we created or received before we made the changes. When we make a significant change in our privacy practices, we will change this notice and send the notice to our health plan subscribers.

What is nonpublic personal or health information?

Nonpublic personal or health information includes both medical information and personal information, like your name, address, telephone number, Social Security number, account numbers, payment information, or demographic information. The term "information" in this notice includes any nonpublic personal and health information. This includes information created or received by a healthcare provider or health plan. The information relates to your physical or mental health or condition, providing healthcare to you, or the payment for such healthcare.

How do we collect information about you?

We collect information about you and your family when you complete applications and forms. We also collect information from your dealings with us, our affiliates, or others. For example, we may receive information about you from participants in the healthcare system, such as your doctor or hospital, as well as from employers or plan administrators, credit bureaus, and the Medical Information Bureau.

What information do we receive about you?

The information we receive may include such items as your name, address, telephone number, date of birth, Social Security number, premium payment history, and your activity on our website. This also includes information regarding your medical benefit plan, your health benefits, and health risk assessments.

How do we protect your information?

We have a responsibility to protect the privacy of your information in all formats including electronic and oral information. We have administrative, technical, and physical safeguards in place to protect your information in various ways including:

- Limiting who may see your information
- Limiting how we use or disclose your information
- Informing you of our legal duties about your information
- Training our employees about our privacy program and procedures

How do we use and disclose your information?

We use and disclose your information:

- To you or someone who has the legal right to act on your behalf
- To the Secretary of the Department of Health and Human Services

We have the right to use and disclose your information:

- To a doctor, a hospital, or other healthcare provider so you can receive medical care.
- For payment activities, including claims payment for covered services provided to you by healthcare providers and for health plan premium payments.
- For healthcare operation activities, including processing your enrollment, responding to your inquiries, coordinating your care, improving quality, and determining premiums.
- For performing underwriting activities. However, we will not use any results of genetic testing or ask questions regarding family history.
- To your plan sponsor to permit them to perform, plan administration functions such as eligibility, enrollment, and disenrollment activities. We may share summary level health information about you with your plan sponsor in certain situations. For example, to allow your plan sponsor to obtain bids from other health plans. Your detailed health information will not be shared with your plan sponsor. We will ask your permission, or your plan sponsor must certify they agree to maintain the privacy of your information.
- To contact you with information about health-related benefits and services, appointment reminders, or treatment alternatives that may be of interest to you. If you have opted out, we will not contact you.
- To your family and friends if you are unavailable to communicate, such as in an emergency.
- To your family and friends, or any other person you identify. This applies if the information is directly relevant to their involvement with your health care or payment for that care. For example, if a family member or a caregiver calls us with prior knowledge of a claim, we may confirm if the claim has been received and paid.
- To provide payment information to the subscriber for Internal Revenue Service substantiation.
- To public health agencies, if we believe that there is a serious health or safety threat.
- To appropriate authorities when there are issues about abuse, neglect, or domestic violence.
- In response to a court or administrative order, subpoena, discovery request, or other lawful process.
- For law enforcement purposes, to military authorities and as otherwise required by law.

– continued to next page

Insurance ACE Notice of Privacy Practices – continued

- To help with disaster relief efforts.
- For compliance programs and health oversight activities.
- To fulfill our obligations under any workers' compensation law or contract.
- To avert a serious and imminent threat to your health or safety or the health or safety of others.
- For research purposes in limited circumstances and provided that they have taken appropriate measures to protect your privacy.
- For procurement, banking, or transplantation of organs, eyes, or tissue.
- To a coroner, medical examiner, or funeral director.

Additional restriction on use and disclosure for specific types of information:

- Some federal and state laws may restrict the use and disclosure of certain sensitive health information such as: Substance Use Disorder; Biometric Information; Child or Adult Abuse or Neglect, including Sexual Assault; Communicable Diseases; Genetic Information; HIV/AIDS; Mental Health; Reproductive Health; and Sexually Transmitted Diseases.
- Reproductive Health Information: We will not use or disclose information to conduct an investigation into identifying (or the attempt to impose liability against) any person for the act of seeking, obtaining, providing, or facilitating lawful reproductive health care. In response to a government agency's (or other person's) request for information that might be related to reproductive health care, the person making the request must provide a signed attestation that the purpose of the request does not violate the prohibition on disclosing reproductive health care information.

Will we use your information for purposes not described in this notice?

We will not use or disclose your information for any reason that is not described in this notice, without your written permission. You may cancel your permission at any time by notifying us in writing.

The following uses and disclosures will require your written permission:

- Most uses and disclosures of psychotherapy notes
- Marketing purposes
- Sale of personal and health information

What do we do with your information when you are no longer a member?

Your information may continue to be used for purposes described in this notice. This includes when you do not obtain coverage through us. After the required legal retention period, we destroy the information following strict procedures to maintain the confidentiality.

What are my rights concerning my information?

We are committed to responding to your rights request in a timely manner.

- Access – You have the right to review and obtain a copy of your information that may be used to make decisions about you. You also may receive a summary of this health information. As required under applicable law, we will make this personal information available to you or to your designated representative.
- Adverse Underwriting Decision – If we decline your application for insurance, you have the right to be provided a reason for the denial.
- Alternate Communications – To avoid a life-threatening situation, you have the right to receive your information in a different manner or at a different place. We will accommodate your request if it is reasonable.
- Amendment – You have the right to request correction of any of this personal information through amendment or deletion. Within 60 business days of receipt of your written request, we will notify you of our amendment or deletion of the information in dispute, or of our refusal to make such correction after further investigation. If we refuse to amend or delete the information in dispute, you have the right to submit to us a written statement of the reasons for your disagreement with our assessment of the information in dispute and what you consider to be the correct information. We shall make such a statement accessible to any and all parties reviewing the information in dispute.*
- Disclosure – You have the right to receive a listing of instances in which we or our business associates have disclosed your information. This does not apply to treatment, payment, health plan operations, and certain other activities. We maintain this information and make it available to you for six years. If you request this list more than once in a 12-month period, we may charge you a reasonable, cost-based fee.
- Notice – You have the right to request and receive a written copy of this notice any time.
- Restriction – You have the right to ask to limit how your information is used or disclosed. We are not required to agree to the limit, but if we do, we will abide by our agreement. You also have the right to agree to or terminate a previously submitted limitation.

If I believe that my privacy has been violated, what should I do?

If you believe that your privacy has been violated, you may file a complaint with us by calling us at **866-861-2762** any time. You may also submit a written complaint to the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (OCR). We will give you the appropriate OCR regional address on request. You can also email your complaint to **OCRComplaint@hhs.gov**. If you elect to file a complaint, your benefits will not be affected, and we will not punish or retaliate against you in any way.

– continued to next page

Insurance ACE Notice of Privacy Practices – continued

We support your right to protect the privacy of your personal and health information.

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.

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, in our office, and on our web site.

GN14474HH 01/25

How do I exercise my rights or obtain a copy of this notice?

All of your privacy rights can be exercised by obtaining the applicable forms. You may obtain any of the forms by:

- Contacting us at 866-861-2762
- Accessing our website at Humana.com and going to the Privacy Practices link
- Send completed request form to:
Humana Inc. Privacy Office 003/10911
101 E. Main Street
Louisville, KY 40202

*This right applies only to our Massachusetts residents in accordance with state regulations.

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
Phone Number	Email Address		
Name of Managed Care Organization (MCO) Member is Enrolled in			
Name of MCO Care Manager			

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
Phone 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
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

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.	D. Source of income	
TYPE		AMOUNT
☐ Social Security	☐ Attached Supporting Document	\$
☐ Pension	☐ Attached Supporting Document	\$
☐ Annuity	☐ Attached Supporting Document	\$
☐ Other Specify:	☐ Attached Supporting Document	\$
☐ Other Specify:	☐ Attached Supporting Document	\$
☐ Other Specify:	☐ Attached Supporting Document	\$
☐ Other Specify:	☐ Attached Supporting Document	\$

Section 7—Current Monthly Living Expenses		
A.	B. 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, bank statement, or cancelled check.	
TYPE		AMOUNT
☐ Mortgage	☐ Attached mortgage bill or other supporting document	\$
☐ Rent	☐ Attached lease or other supporting document	\$
☐ Homeowner's insurance	☐ Attached homeowner's insurance bill or other supporting document	\$
☐ Renter's insurance	☐ Attached insurance bill or other supporting document	\$
☐ Property taxes	☐ Attached property tax bill or other supporting document	\$
☐ Condo fees	☐ Attached condo association fee or other supporting document	\$
☐ Clothing	☐ Attached supporting documentation	\$
☐ Electric/Gas	☐ Attached electric/gas bill or other supporting document	\$
☐ Food	☐ Attached supporting documentation	\$
☐ Hygiene	☐ Attached supporting documentation	\$
☐ Internet	☐ Attached internet bill	\$
☐ Maintenance and operation of vehicle	☐ Attached supporting documentation	\$
☐ Phone (landline or cell, not both)	☐ Attached phone bill or other supporting document	\$
☐ Sewer/Septic	☐ Attached sewer/septic bill or other supporting document	\$
☐ Water	☐ Attached water bill or other supporting document	\$
☐ Other Specify:	☐ Attached supporting documentation	\$
☐ Other Specify:	☐ Attached supporting documentation	\$
☐ Other Specify:	☐ Attached supporting documentation	\$

Section 8—Contact Information for Person who Assisted Member with Form (complete this if applicable)**NAME—** MCO Care Manager, Ombuds, Family Member, or Other**Title****Email or Phone****Date****Section 9—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 ☐ NoIf yes, what is the date the hearing occurred or is set to occur?
Date (mm/dd/yyyy)**SIGNATURE –** Member or Authorized Representative**Date Signed**

Appendix 3. Sample Notice of Adverse Benefit Determination

FAMILY CARE NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION

Mailing Date: Insert Date Notice Mailed

Member Name

Member ID: Member's ID or MCI Number

Member/Legal Decision Maker's Street Address

City, State Zip Code

Dear Member 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 (member request).**

Date of request:

DHS approval 09/23/2025

Date(s) service provided:

Provider or supplier:

Payment amount being denied: \$

☐ **Deny payment for service or support (provider claim).**

Service or support:

Date(s) of denial(s):

Date(s) of claims(s):

Provider/Supplier:

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:

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:

Inclusa
Member Relations
2801 Hoover Rd., Unit 3
Stevens Point, WI 54481
877-622-6700
memberrelations@inclusa.org

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 Inclusa receives your request, we will set up a meeting with our Grievance and Appeal Committee. The committee is made up of Inclusa 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 the "state fair hearing" section below 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 Inclusa, 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 Inclusa

You should file your appeal as soon as possible.

Your appeal to Inclusa 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 Inclusa

You may ask Inclusa to speed up your appeal. If Inclusa 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 Inclusa at 877-622-6700.

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.

Inclusa’s member rights specialist can assist you with filing a fair hearing request. To contact a member rights specialist, call 877-622-6700. 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 Inclusa 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 Inclusa 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. Inclusa’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 877-622-6700.

- 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 Includa gathered during your appeal. To request a copy of your case file, contact a member rights specialist at 877-622-6700.

Appendix 4. Inlusa appeal request form

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
Division of Medicaid Services
F-00237 (08/2023)

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

APPEAL REQUEST – INCLUSA

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

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

☐ Check this box if you would like to appeal Inlusa's decision by requesting a meeting with the Inlusa 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 Inlusa'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 Inlusa gathers during your appeal.

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

SIGNATURE – Member

Date Signed

Mail or fax this form to:

Inclusa
Attn: Member Relations
2801 Hoover Road, Unit 3
Stevens Point WI 54481
Fax: 715-345-5725
Toll Free: 1-877-622-6700
TTY: 711 or 1-715-204-1799
Email: memberrelations@inclusa.org

To start your appeal as soon as possible, you can call Inclusa at 715-204-1805 before mailing this form.

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

Appendix 5. State fair hearing request form

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 | ☐ Failure to provide services/supports in a timely manner |
| ☐ Reduction, suspension or termination of service/support | ☐ Involuntary disenrollment from the MCO |
| ☐ Denial or limited authorization of a requested service | ☐ Denial of request to dispute a financial liability |

☐ Denial of payment for a service

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

☐ Care plan

☐ 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