

# Member Handbook



www.inclusa.org

3349 Church Street, Suite 1 • Stevens Point, WI 54481 • 877-622-6700 | 28526 US Highway 14 • Lone Rock, WI 53556 • 877-376-6113 1407 St. Andrew Street, Suite 100 • La Crosse, WI 54603 • 877-785-6266

DHS Approval Date: 7.26.2017

# Family Care Справочник участника мемвек наповоок

Template provided by the Wisconsin Department of Health Services P-00649R (01/2017)

# **INCLUSA:**

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - o Qualified sign language interpreters
  - o Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - o Qualified interpreters
  - o Information written in other languages

If you need these services, contact INCLUSA at 1-877-622-6700 or TTY 715-204-1799.

# **English**

ATTENTION: If you speak English, language assistance services are available to you free of charge. Call 1-877-622-6700 (TTY: 1-715-204-1799).

# **Spanish**

ATENCIÓN: Si habla español, los servicios de asistencia de idiomas están disponibles sin cargo, llame al 1-877-622-6700 (TTY: 1-715-204-1799).

# **Hmong**

CEEB TOOM: Yog koj hais lus Hmoob, kev pab rau lwm yam lus muaj rau koj dawb xwb. Hu 1-877-622-6700 (TTY: 1-715-204-1799).

## **Chinese Mandarin**

注意:如果**您**说中文,**您**可获得免费的语言协助服务。请致电1-877-622-6700 (TTY 文字电话: 1-715-204-1799).

# Somali

DIGTOONI: Haddii aad ku hadasho afka Soomaaliha, adeegyada caawimada luqadda waxaa laguu heli karaa iyagoo bilaash ah. Wac 1-877-622-6700 (TTY: 1-715-204-1799).

## Laotian

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ທ່ານສາມາດໃຊ້ການບໍລິການຊ່ວຍ ເຫຼືອດ້ານພາສາໄດ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ 1-877-622-6700 (TTY: 1-715-204-1799).

# Russian

ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите по-русски, Вам будут бесплатно предоставлены услуги переводчика. Позвоните по номеру: 1-877-622-6700 (ТТҮ: 1-715-204-1799).

# **Burmese**

ကျေးဇူးပြု၍ နားဆင်ပါ - သင်သည် မြန်မာစကားပြောသူဖြစ်ပါက၊ သင့်အတွက် အခမဲ့ဖြင့် ဘာသာစကားကူညီရေး ဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိနိုင်သည်။ 1-877-622-6700 (TTY: 1-715-204-1799) တွင် ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

# **Arabic (right to left)**

تنبيه: إذا كنتم تتحدثون العربية، تتوفر لكم مساعدة لغوية مجانية. اتصلوا بالرقم

. (1-877-622-6700 : هاتف نصبي : 1-715-204-1799).

# **Serbo-Croatian**

PAŽNJA: Ako govorite srpsko-hrvatski imate pravo na besplatnu jezičnu pomoć. Nazovite 1-877-622-6700 (telefon za gluhe: 1-715-204-1799).

# Содержание

Глава 1. Важные номера телефонов и источники информации	
Inclusa Контактная информация	10
Другие важные контакты	10
Глава 2. Приветствие и введение	19
Добро пожаловать в <i>Inclusa</i>	19
Как мне может помочь программа Family Care?	19
Кто мне поможет?	20
Что значит стать участником программы?	21
Кто может стать участником <i>Inclusa</i> ?	22
Как стать участником программы?	24
Глава 3. Что нужно знать о получении услуг	25
Как работает программа Family Care?	25
Что должно быть в Вашем плане обслуживания?	26
Как происходит выбор и утверждение услуг?	27
Как быть в случае изменения моих потребностей?	28
Как пользоваться сетью поставщиков?	29
Как Family Care помогает Вам управлять предоставляемыми услугами?	29
Что такое самоуправляемая поддержка?	30
Как быть в экстренной ситуации?	31
Как получить услуги во внерабочее время?	32
Как быть, если потребность в услугах возникнет, когда я выеду из зоны обслуживания?	32
Глава 4. Пакет услуг Family Care	34

Какие услуги мы предоставляем?	34
Таблица пакета услуг Family Care	36
Какие услуги не предоставляются?	40
Глава 5. Кто платит за услуги и координацию Ваших льгот	42
Буду ли я платить за какие-либо услуги?	42
Как производится оплата?	44
Как быть, если я получу счет за услуги?	44
Платит ли Family Care за услуги, оказываемые в пансионате, или за пансионаты с сестринским уходом?	44
Как координируются услуги, предоставляемые Medicare и другими моим страховками?	
Что такое возмещение за счет имущества? Имеет ли оно ко мне отношен	ие?46
Глава 6. Ваши права	48
Глава 7. Ваши обязанности	51
Глава 8. Жалобы и апелляции	54
Введение	54
Жалобы	55
Апелляции	59
Рассмотрение апелляции в Department of Health Services	65
Беспристрастное слушание штата	67
Кто может мне помочь с жалобой или апелляцией?	69
Глава 9. Выход из <i>Inclusa</i>	71
ПРИЛОЖЕНИЯ	73
1. Определение важных терминов	73

3. Заявление на снижение размера долевого участия	88
4. Образец уведомления о решении	93
5. Бланк заявления об апелляции <i>Inclusa</i>	98
6. Бланк заявления на проведение беспристрастного слушания штата	100
7. Правила соблюдения конфиденциальности	103

# Глава 1. Важные номера телефонов и источники информации

## Inclusa Контактная информация

- 1.) Общий номер телефона 1-877-622-6700; 8:30am 4:30pm Monday Friday
- 2.) Адреса офисов MCO Inclusa Main Office, Steven Point
- 3.) Для участников программы 1-877-622-6700
- 4.) Для обслуживания во внерабочее время -

**Toll-Free:** 1-877-622-6700 4:30 p.m. – 8:00 a.m. on Weekdays 24 hours a day on Weekends & Holidays

5.) Специалисты по правам участников Работники, занимающиеся обслуживанием участников, являются специалистами по разъяснению прав участников. Они помогут Вам, если у Вас появится жалоба или повод для недовольства. Они могут предоставить Вам информацию и помощь, если Вы захотите подать апелляцию на решение, которое приняла Ваша группа.

# Если Вы оказались в экстренной ситуации, позвоните 911

Member Relations 1-877-622-6700 8:00 a.m. – 4:30 p.m. Monday-Friday

# Другие важные контакты

#### Службы защиты взрослых (Adult Protective Services)

В каждом округе есть агентство, расследующее сообщения о случаях насилия, пренебрежения, финансовой эксплуатации или пренебрежения собственными нуждами. Позвоните на «горячую линию» Вашего округа, если Вам нужно сообщить о подозреваемом насилии над взрослым человеком, входящим в группу риска (в возрасте от 18 до 59 лет). Чтобы сообщить о насилии над пожилым человеком старше 60 лет, обратитесь в агентство по работе с пожилыми людьми, входящими в группу риска, Вашего округа.

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

• 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

• **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

• 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

• **lowa 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

• 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

• 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

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

• Waushara County (Department of Human Services)

Phone: 920-787-6618

Wood County (Department of Social Services)

Marshfield Area Phone: 715-387-6374

Wisconsin Rapids Area Phone: 715-421-8600

# Центры помощи пожилым людям и людям с ограниченными возможностями (Aging and Disability Resource Centers)

Aging and disability resource centers (ADRC) — это первое место, куда нужно обращаться для получения точной непредвзятой информации по всем аспектам жизни, связанным со старением и ограниченными возможностями. В центрах ADRC создана теплая дружественная атмосфера, которая позволяет любому человеку, обеспокоенным семьям и друзьям или специалистам, работающим по вопросам, связанным со старением или ограниченными возможностями, обратиться за информацией, имеющей отношение к их ситуации. Центр ADRC предоставляет сведения о программах и услугах, помогает разобраться в доступных вариантах длительного ухода и подать заявление на программы и льготы. В районе обслуживания Inclusa действуют следующие центры ADRC:

 Aging & Disability Resource Center Serving Adams, Green Lake, Marquette, and Waushara Counties

Toll-Free: 1-877-883-5378

ADRC of Barron, Rusk & Washburn Counties

Toll-Free: 1-888-538-3031

ADRC of Brown County

Toll-Free: 920-448-4300

ADRC of Buffalo and Pepin Counties

Toll-Free: 866-578-2372

ADRC of Central Wisconsin

Serves residents of Langlade, Lincoln, Marathon, and Wood Counties

Toll-Free: 1-888-486-9545

ADRC of Chippewa County

Toll-Free: 1-888-400-6920

ADRC of Clark County

Toll-Free: 866-743-5144

ADRC of Columbia County

Toll-Free: 1-888-742-9233

ADRC of Dodge County

Toll-Free: 1-800-924-6407

ADRC of Door County

Toll-Free: 855-828-2372

ADRC of Douglas County

Toll-Free: 1-866-946-2372

ADRC of Dunn County

Phone: 1-715-232-4006

ADRC of Eagle Country

Serves residents of Crawford, Juneau, Richland and Sauk Counties

Toll-Free: 1-877-794-2372

#### ADRC of Eau Claire County

Toll-Free: 1-888-338-4636

#### ADRC of Florence County

Toll-Free: 1-855-528-2372

## ADRC of Jackson County

Toll-Free: 1-844-493-4245

#### ADRC of Jefferson County

Toll-Free: 1-866-740-2372

#### ADRC of La Crosse County

Toll-Free: 1-800-500-3910

#### ADRC of the Lakeshore County

Serving residents of Kewaunee and Manitowoc Counties

Toll-Free: 877-416-7083

#### ADRC of Marinette County

Toll-Free: 888-442-3267

#### ADRC of Monroe County

Toll-Free: 1-888-339-7854

#### ADRC of the North

Serves residents of Ashland, Bayfield, Iron, Price, and Sawyer Counties

Toll-Free: 1-866-663-3607

#### ADRC of Northwest Wisconsin

Serves residents of Burnett and Polk Counties and the St. Croix Chippewa Tribe

Toll-Free: 1-877-485-2372

#### ADRC of the Northwoods

Serves residents of Forest, Oneida, Taylor, and Vilas Counties

Toll-Free: 1-800-699-6704

#### ADRC of Ozaukee County

Toll-Free: 1-866-537-4261

#### ADRC of Pierce County

Toll-Free: 1-877-273-0804

#### ADRC of Portage County

Serves residents of Portage County

Toll-Free: 1-866-920-2525

#### ADRC of Rock County

Phone: 1-608-741-3600 or Toll-Free: 1-855-741-3600

#### ADRC of St. Croix County

Toll-Free: 1-800-372-2333

ADRC of Sheboygan County

Toll-Free: 800-596-1919

ADRC of Southwest Wisconsin

Serves residents of Grant, Green, Iowa, and Lafayette Counties

Toll-Free: 1-877-794-2372

ADRC of Trempealeau County

Phone: 1-715-538-2001 or Toll-Free: 1-800-273-2001

ADRC of Vernon County

Toll-Free: 1-888-637-1323

ADRC of Walworth County

Toll-Free: 800-365-1587

ADRC of Washington County

Toll-Free: 1-877-306-3030

ADRC of Waukesha County

Toll-Free: 1-866-677-2372

ADRC – Wolf River Region (Shawano, Oconto & Menomonee Counties)

Toll-Free: 855-492-2372

Дополнительную информацию о ADRC можно получить на веб-странице: www.dhs.wisconsin.gov/adrc/index.htm.

#### Программы помощи омбудсменов (Ombudsman Programs)

Омбудсмен – это независимый защитник или советник, не работающий в *Inclusa*. Любой человек, получающий услуги Family Care, может получить помощь омбудсмена бесплатно. Номер, по которому нужно звонить, зависит от возраста участника.

#### Если Вам 60 или более лет, обращайтесь в:

The Wisconsin Board on Aging and Long Term Care 1402 Pankratz Street, Suite 111

1402 Falikiatz Street, Suite 1

Madison, WI 53704-4001

Бесплатный номер: 1-800-815-0015

Факс: 608-246-7001

#### Если Вам от 18 до 59 лет, обращайтесь в:

Disability Rights Wisconsin 131 W. Wilson Street, Suite 700

Madison, WI 53703

Общий номер: 608-267-0214 Телетайп: 888-758-6049

Факс: 608-267-0368

Бесплатный номер в г. Мэдисон: 1-800-928-8778 Бесплатный номер в г. Милуоки: 1-800-708-3034 Бесплатный номер в г. Райс-Лейк: 1-877-338-3724

# Консорциумы по поддержанию доходов населения (Income Maintenance Consortiums)

Вы должны сообщать об изменившихся условиях проживания или финансовой ситуации в течение 10 дней. Если Вы переезжаете, нужно сообщить свой новый адрес. Эти изменения могут повлиять на Ваше право получать Medicaid и Family Care. Об указанных изменениях нужно сообщать в консорциум по поддержанию доходов населения Вашего округа и в *Inclusa*. В районах нашего обслуживания находятся следующие консорциумы:

[List consortia names, counties service, and phone and fax numbers]

#### Программа Medicaid (Wisconsin ForwardHealth)

Если у Вас возникли проблемы с использованием карточки ForwardHealth при получении услуг или товаров, не входящих в пакет льгот по программе Family Care (таких как очки, приемы у Вашего врача или рецепты), позвоните в службу по работе с участниками ForwardHealth Member Services по бесплатному номеру:

1-800-362-3002

#### Оповещение о мошенничестве с социальной помощью

Мошенничеством называется сознательное получение услуг или выплат, на которые Вы не имеете права, или оказание помощи кому-либо в получении услуг или выплат, на которые он не имеет права. Любое лицо, совершающее мошенничество, может привлекаться к уголовной ответственности. Если суд определит, что человек получает медицинские льготы мошенническим путем, он потребует от такого человека возместить штату расходы за полученные льготы помимо несения других наказаний.

Если Вы подозреваете кого-то в злоупотреблении средствами социальной помощи, в том числе программы Family Care, позвоните на «горячую линию» по вопросам мошенничества или оставьте сообщение в Интернете:

1-877-865-3432 www.reportfraud.wisconsin.gov

#### Карточка Wisconsin FoodShare/QUEST (Wisconsin FoodShare (QUEST Card))

Если у Вас есть вопросы или предложения по поводу FoodShare, если Вы хотите узнать остаток на счету своей карточки FoodShare/QUEST или сообщить о потере или краже карточки QUEST, позвоните на «горячую линию» по обслуживанию клиентов FoodShare по бесплатному номеру:

1-877-415-5164

Управление шт. Wisconsin по обеспечению качества (Wisconsin Division of Quality Assurance)

Если Вы считаете, что обеспечивающие Ваш уход работник, агентство или учреждение нарушили законы штата или государственное законодательство, Вы имеете право подать жалобу в управление по обеспечению качества Wisconsin Division of Quality Assurance. При подаче жалобы Вас могут спросить, в каком округе находится данный поставщик услуг. Для подачи жалобы позвоните по номеру:

1-800-642-6552

## Глава 2. Приветствие и введение

## Добро пожаловать в Inclusa

Добро пожаловать в *Inclusa*, организацию, регулирующую медицинское обслуживание (Managed Care Organization), которая руководит программой Family Care. Family Care – это программа длительного ухода Medicaid для обладающих соответствующим правом взрослых людей с физическими нарушениями, нарушениями в развитии или умственными нарушениями, а также для немощных пожилых людей. Family Care финансируется из федеральных налоговых поступлений и налоговых поступлений от штата.

Этот справочник предоставит Вам информацию, необходимую для:

- понимания основ Family Care.
- ознакомления с услугами, входящими в пакет услуг.
- понимания Ваших прав и обязанностей.
- подачи жалобы или апелляции, если у Вас возникнет проблема или Вы чем-то обеспокоены.

Если Вам нужна помощь в ознакомлении с этим справочником, пожалуйста, обратитесь в группу, отвечающую за Ваше обслуживание. Контактная информация Вашей группы находится на стр.

Как правило, слова «Вы» и «Ваш» в этом документе означают *Вас, участника*. «Вы» и «Ваш» также могут относиться к Вашему уполномоченному представителю, например, официальному опекуну или человеку с действующей доверенностью.

В конце документа (стр. 73) приводятся определения важных слов. Определения помогут Вам понять слова и фразы, которые часто используются в этом справочнике.

Если Вы еще не стали участником программы и у Вас есть вопросы или нужна дополнительная информация о том, как зарегистрироваться в Family Care или других программах, пожалуйста, обратитесь в центр Aging and Disability Resource Center (ADRC) в Вашем районе. ADRC предоставляют информацию и поддержку и помогают людям подавать заявки на участие в программах и на получение услуг. ADRC — это отдельная организация, которая не входит в состав Inclusa . ADRC поможет Вам независимо от того, решите ли Вы стать участником Family Care. Адрес и телефон ADRC по месту Вашего жительства указан на стр. [insert page number].

# Как мне может помочь программа Family Care?

Основная цель Family Care заключается в обеспечении безопасности и помощи людям на дому. Когда люди живут в своем доме или в доме своих родственников, у них есть больше возможностей распоряжаться своей жизнью. Они могут сами решать, когда им нужно что-то сделать, например, когда просыпаться и есть и как спланировать свой день.

Когда Вы станете участником Family Care, мы обсудим с Вами услуги, которые помогут Вам жить дома. Это может быть строительство пандуса для инвалидной коляски или использование системы вызова неотложной мелипинской помоши.

Family Care организует уход и целый ряд услуг, которые предназначены для удовлетворения Ваших нужд. Среди предлагаемых нами услуг – помощь в принятии ванны, транспортировке, уборке дома и доставке еды на дом. (Смотрите список услуг в Главе 4 на стр. 34).

*Inclusa* поможет Вам жить как можно самостоятельнее в своем доме или в других финансово-выгодных условиях. Мы проследим за тем, чтобы у Вас было все, что нужно для того, чтобы обеспечить здоровье и безопасность. Мы также поможем Вам поддерживать связь с семьей, друзьями и соседями.

#### Family Care:

- Может повысить или поддержать качество Вашей жизни.
- Помогает Вам жить в своем доме или квартире среди родных и друзей.
- Привлекает Вас к принятию решений о предназначенных Вам уходе и услугах.
- Повышает Вашу самостоятельность.

Если Вы молодой человек, планирующий начать самостоятельную жизнь, *Inclusa* может помочь Вам стать более независимым. Например, мы можем помочь Вам получить навыки, необходимые для поиска работы, или научим готовить.

#### Кто мне поможет?

Когда Вы станете участником Family Care, с Вами будет работать группа специалистов из *Inclusa*. Это будет группа, отвечающая за Ваше обслуживание, и в ее состав будете входить ВЫ и:

- Все, кого Вы захотите привлечь, включая Ваших родственников или друзей;
- Дипломированная медсестра;
- Социальный работник [Community Resource Coordinator];
- Другие специалисты могут привлекаться в зависимости от Ваших потребностей. Например, это может быть специалист по трудотерапии или физиотерапии или специалист по психическому здоровью.

Вы являетесь центром группы, отвечающей за Ваше обслуживание, и должны участвовать во всех аспектах планирования Вашего обслуживания. Если Вам нужна помощь для участия в этом процессе, сообщите об этом своей группе.

Группа, отвечающая за Ваше обслуживание, должна вместе с Вами:

- Определить Ваши сильные стороны, возможности, потребности и предпочтения.
- Разработать план обслуживания, включающий необходимую Вам помощь.
- Обеспечить, чтобы услуги, предусмотренные Вашим планом, действительно Вам предоставлялись.

- Обеспечить, чтобы услуги, предоставляемые Family Care, отвечали Вашим потребностям и были финансово-выгодными.
- Обеспечить, чтобы план обслуживания Вам подходил.

*Inclusa* рекомендует привлекать к Вашему обслуживанию членов семьи, друзей и других важных для Вас людей. Family Care не заменит помощь, которую Вы получаете от своих родных, друзей и других людей, живущих рядом с Вами. Мы поможем Вам поддерживать эти важные отношения. И еще мы можем помочь Вам найти тех, кто может Вас поддержать, по месту проживания, например, в библиотеках, клубах для пожилых людей и церкви.

Если нужно, мы можем найти пути усилить круг Вашей поддержки. Например, если людям, которые Вам помогают, нужен перерыв, мы может предоставить помощь на время их отсутствия. Такая помощь даст временную передышку тем, кто за Вами ухаживает, чтобы они могли отдохнуть и поддержать свое здоровье.

# Что значит стать участником программы?

Как участник программы Family Care *Inclusa*, Вы и группа, отвечающая за Ваше обслуживание, будут принимать решения, касающиеся Вашего здоровья и образа жизни. Вместе вы выберете самые лучшие пути оказания Вам поддержки.

Услуги по длительному уходу будут предоставляться Вам через поставщиков услуг *Inclusa*. Когда Вы вступите в Family Care, мы предоставим Вам информацию о том, как получить список поставщиков услуг, которые согласились работать с нами. Вместе со своей группой обслуживания Вы выберете тех поставщиков, которые лучше всего будут отвечать Вашим потребностям.

*Inclusa* считает, что наши участники должны иметь право выбора при получении услуг. Выбор означает возможность определения того, как и когда осуществляется уход. Участие в программе и возможность выбора также означает, что Вы отвечаете за то, чтобы помочь своей группе обслуживания найти наиболее финансово-выгодные для Вас пути оказания помощи.

*Inclusa* отвечает за удовлетворение потребностей в длительном уходе ВСЕХ своих участников. Мы сможем этого добиться, только если все участники нашей программы будут помогать нам составлять планы обслуживания не только эффективные, но также разумные и финансово-выгодные. Действуя вместе, мы сможем обеспечить, чтобы Family Care оставалась доступной для других людей, нуждающихся в наших услугах.

Вы можете продолжать пользоваться услугами своих врачей, больниц, клиник и аптек, где Вы получаете лекарства по рецепту. **Программа Family Care** *Inclusa* не отвечает за эти услуги. Они оплачиваются Medicare, Medicaid или другой страховкой, но не программой Family Care. В то же время, группа, отвечающая за Ваше обслуживание, поможет согласовать услуги, предоставляемые Family Care, с услугами, предоставляемыми Вашими врачами и другими медицинскими учреждениями. К ним относятся, например, Ваш

терапевт, выдаваемые по рецепту лекарства, врач, лечащий стопы ног, стоматолог и хиропрактик.

# Кто может стать участником *Inclusa*?

Вы сами принимаете решение о вступлении в *Inclusa* . Участие в программе добровольное. Чтобы пользоваться услугами *Inclusa* , Вы должны:

- быть взрослым человеком с физическим нарушением, нарушением в развитии или умственным нарушением или быть не моложе 65 лет;
- проживать в одной из зон нашего обслуживания (смотрите список зон нашего обслуживания ниже);
- иметь право с финансовой точки зрения на получение Medicaid;
- иметь право на участие в программе с функциональной точки зрения согласно определению Wisconsin Adult Long Term Care Functional Screen; и
- подписать регистрационную форму.

В *Inclusa* могут вступить только лица, проживающие в одном из округов в зоне нашего обслуживания. Чтобы пользоваться услугами *Inclusa*, Вы должны продолжать жить в округе, входящем в данную зону обслуживания. К зоне нашего обслуживания относятся следующие округа в штате Висконсин:

Adams Iowa Portage Ashland Iron Price Barron Jackson Richland **Bayfield** Rock Jefferson Brown Juneau Rusk Buffalo Kewaunee St. Croix Burnett La Crosse Sauk Chippewa Lafayette Sawyer Clark Langlade Shawano Columbia Lincoln Sheboygan Crawford Marathon Taylor

Dodge Marinette Trempealeau Door Marquette Vernon Vilas Douglas Menomonee Dunn Monroe Walworth Eau Claire Oconto Washburn Florence Oneida Washington Forest Ozaukee Waukesha Grant Pepin Waushara Green Pierce Wood

Green Lake Polk

Если Вы планируете переехать из зоны нашего обслуживания, Вы должны сообщить об этом *your care team*. Если Вы выедете за пределы зоны нашего обслуживания, Вы можете потерять право на участие в Family Care. (Дополнительную информацию смотрите на стр. 32.)

После вступления в программу для того, чтобы оставаться ее участником, Вы должны продолжать соответствовать финансовому и функциональному критериям.

• Финансовый критерий связан с правом на получение Medicaid (также известный как Medical Assistance, MA или Title 19). Агентство Income Maintenance оценивает доход человека и его имущество и определяет, имеет ли он право на получение Medicaid. Иногда для того, чтобы соответствовать финансовому критерию, участникам приходится оплачивать часть услуг, которые они получают. Эти платежи называются «долевое участие в затратах» ("cost share"), и их нужно оплачивать, чтобы сохранить право на Medicaid. Если Вам придется оплачивать долевое участие в затратах, работники ADRC обсудят с Вами этот вариант перед тем, как Вы примете окончательное решение о вступлении в программу. Дополнительную информацию о долевом участии в затратах смотрите на стр. 42. Агентство Income Maintenance будет проверять Ваше соответствие финансовому

критерию и долевое участие в затратах не реже одного раза в год, чтобы убедиться в том, что Вы имеете право на Family Care с финансовой точки зрения.

• Функциональный критерий связан со здоровьем человека и с тем, требуется ли ему помощь, чтобы помыться, одеться и сходить в туалет. ADRC может сказать Вам, отвечаете ли Вы функциональному критерию на участие в Family Care. Группа, отвечающая за Ваше обслуживание, будет анализировать Ваше функциональное состояние не реже одного раза в год, чтобы убедиться, что Вы попрежнему имеете право на участие в программе.

## Как стать участником программы?

Если Вы еще не являетесь участником *Inclusa*, но хотите им стать, пожалуйста, позвоните в центр Aging and Disability Resource Center (ADRC) по месту Вашего проживания или посетите его. Адрес и номер телефона ADRC в Вашем районе можно найти на стр. [insert page number(s)].

ADRC поможет оценить степень Вашей потребности в услугах и проверит, отвечаете ли Вы функциональному критерию на участие в Family Care. Его сотрудники предоставят Вам информацию о других действующих программах. Центр поможет Вам выбрать ресурсы или программу, которые Вам больше всего подходят.

В процессе регистрации ADRC попросит Вас:

- предоставить информацию о своем здоровье и нуждах.
- предоставить информацию о своем доходе и имуществе.
- подписать форму о раскрытии Ваших медицинских данных ("Release of Information").
- заполнить и подписать регистрационную форму.

Вы также встретитесь с работником Income Maintenance. Он определит, отвечаете ли Вы финансовому критерию для участия в Family Care.

# Глава 3. Что нужно знать о получении услуг

# Как работает программа Family Care?

#### Цели в области личного опыта

После Вашего вступления в программу Family Care Вы вместе с группой, отвечающей за Ваше обслуживание, проведете оценку Ваших потребностей, сильных сторон и предпочтений. Часть этого процесса заключается в том, чтобы Вы рассказали своей группе, какой образ жизни Вы хотите вести и какая Вам нужна помощь, чтобы поддерживать такой образ жизни. Это даст Вашей группе возможность понять, что для Вас важно.

Во время оценки группа, отвечающая за Ваше обслуживание, поможет Вам определить цели в области личного опыта. Цели представляют собой то, чего Вы хотите достичь в Вашей жизни. Они включают:

- Сведения:
  - о где и с кем Вы хотите жить;
  - о необходимая поддержка и услуги и кто их предоставляет;
  - о Ваш привычный распорядок дня.
- Личный опыт иметь:
  - о связь с родственниками и друзьями;
  - о работу или другие содержательные занятия;
  - о занятость в жизни местного сообщества;
  - о стабильность;
  - о уважительное и справедливое отношение к себе;
  - о уважение к личной жизни.
- Здоровье и безопасность быть:
  - о здоровым;
  - о в безопасности;
  - о защищенным от жесткого или пренебрежительного отношения.

Только Вы можете сообщить группе, отвечающей за Ваше обслуживание, что для Вас важно. Вы определяете, что значат для Вас и для Вашей жизни описанные цели. Например, человек может хотеть:

- быть достаточно здоровым, чтобы наслаждаться приходом своих внуков;
- иметь оплачиваемую работу; или
- быть достаточно самостоятельным, чтобы жить в своей собственной квартире.

У Вас есть право рассчитывать на то, что группа, отвечающая за Ваше обслуживание, вместе с Вами определит цели в области личного опыта. Это не означает, что *Inclusa* всегда будет предоставлять услуги, чтобы помочь Вам в реализации своих целей. **Все, что** 

Вы делаете сами, и помощь, которую Вы получаете от своих родных, друзей и окружающих, по-прежнему будет играть очень большую роль в достижении этих пелей.

Перед тем, как *Inclusa* заплатит за предоставляемые Вам услуги, группа, отвечающая за Ваше обслуживание, должна будет решить, какие из них Вам больше всего помогут и будут самыми выгодными в финансовом плане.

#### Цели в области длительного ухода

В ходе процесса оценки Вы вместе с группой, отвечающей за Ваше обслуживание, также определите для себя **цели в области длительного ухода**. Это поможет Вам и Вашей группе понять, какие услуги соответствуют Вашим потребностям с точки зрения длительного ухода. Цели в области длительного ухода — это то, что Вам поможет обеспечить Family Care, чтобы сделать Вашу жизнь такой, как Вы этого хотите. Например:

- иметь возможность удовлетворять свои ежедневные потребности.
- получать все необходимое, чтобы быть в безопасности, быть здоровым и самостоятельным, насколько это возможно.

Когда все это у Вас будет, Вы сможете сосредоточиться на важных для Вас людях и занятиях. Например, получение помощи в одевании или принятии ванны может дать человеку возможность чувствовать себя достаточно хорошо, чтобы пойти на работу или посетить родных и друзей.

Группа, отвечающая за Ваше обслуживание, составит план обслуживания, который поможет Вам двигаться вперед к достижению целей, которые вместе со своей группой Вы определили в ходе процесса оценки.

# Что должно быть в Вашем плане обслуживания?

В Вашем плане обслуживания должны быть четко обозначены:

- Ваши потребности, связанные с физическим здоровьем, и возможность выполнения Вами определенных задач и видов деятельности (таких как прием пищи и одевание).
- Ваши сильные стороны и что Вы предпочитаете.
- Ваши цели в области личного опыта и длительного ухода.
- услуги, которые Вам будут предоставляться.
- кто предоставит Вам каждую из услуг.
- что Вы планируете делать самостоятельно или с помощью родственников, друзей или других источников поддержки по месту жительства.

Группа, отвечающая за Ваше обслуживание, попросит Вас подписать Ваш план обслуживания, что подтвердит Ваше участие в его составлении. Вы получите копию

подписанного Вами плана. Если Вы будете недовольны планом, можно воспользоваться процедурами подачи жалобы или апелляции. (Дополнительную информацию смотрите в Главе 8 на стр. 54).

Группа, отвечающая за Ваше обслуживание, будет регулярно связываться с Вами, чтобы обсудить, как Вы себя чувствуете, и проверить, помогают ли Вам предоставляемые услуги. Ваша группа должна лично встречаться с Вами не реже одного раза в три месяца. Если возникнет потребность в более частых встречах, Ваша группа может встречаться с Вами чаше.

# **Как происходит выбор и утверждение услуг?**

Группа, отвечающая за Ваше обслуживание, должна утвердить все услуги ДО ТОГО, как Вы их получите. 

Inclusa не обязана платить за услуги, полученные Вами без нашего предварительного согласия. Если Вы договоритесь о предоставлении услуг самостоятельно, без согласования с Вашей группой обслуживания, Вам, возможно, придется заплатить за них. Если Вам нужна услуга, которая еще не была утверждена и включена в Ваш план обслуживания, пожалуйста, поговорите с Вашей группой.

Примечание: Если Вы планируете переехать в пансионат для пожилых людей или в пансионат для проживания с уходом, пожалуйста, смотрите стр. 44. *Inclusa* лишь в некоторых случаях утверждает оказание услуг в таких учреждениях.

Inclusa отвечает за достижение определенных Вами целей в области длительного ухода, но при этом, планируя уход и выбирая поставщиков, отвечающих Вашим нуждам, мы должны учитывать их стоимость.

Для этого группа, отвечающая за Ваше обслуживание, будет использовать метод принятия решения о распределении ресурсов (**Resource Allocation Decision, RAD**) в качестве руководства при принятии решений относительно услуг. RAD — это пошаговый инструмент, с помощью которого Вы и Ваша группа определите наиболее эффективные и действенные пути удовлетворения Ваших нужд и достижения целей в области длительного ухода.

Важной частью RAD является финансовая выгодность. Финансовая выгодность означает эффективную поддержку установленных целей в области длительного ухода с соблюдением разумного уровня затрат и усилий. Например, если два поставщика предлагают необходимую Вам помощь, *Inclusa* купит более экономные услуги.

# Основные правила получения услуг

Как правило, мы оплачиваем предоставляемые Вам услуги, если:

- Они входят в пакет услуг Family Care (см. стр. 36).
- Они соответствуют Вашим целям в области длительного ухода.
- Они наиболее финансово-выгодны для удовлетворения Ваших нужд.
- Они входят в Ваш план обслуживания.
- Они были утверждены и согласованы Вашей группой обслуживания.

Вы имеете право знать и понимать имеющиеся у Вас варианты выбора, в том числе, сколько стоят разные услуги. Ваша обязанность состоит в том, чтобы обсудить эти варианты с группой, отвечающей за Ваше обслуживание, и принять решение совместно. В ходе обсуждения можно задавать вопросы и обмениваться мнениями.

В процессе выполнения RAD Вы обсудите необходимые Вам услуги с группой, отвечающей за Ваше обслуживание. Вместе вы изучите имеющиеся у вас варианты достижения целей в области длительного ухода. Это включает обсуждение помощи, которую могут оказать друзья, родственники или другие люди. Очень часто Вы можете достичь одной или нескольких целей, в основном, без помощи *Inclusa*, потому что Ваши родные, друзья или другие люди могут и хотят Вам помочь. *Inclusa* оплачивает услуги, которые Вы не можете получить из своих источников поддержки.

Наша цель состоит в том, чтобы поддержать тех людей в Вашей жизни, которые уже приняли решение помогать Вам. Благодаря этим «естественным источникам поддержки» в Вашей повседневной жизни остаются дорогие Вам люди. Расширение, а не замена той поддержки, которую Вы получаете от Ваших родных и друзей, укрепляет эту неоценимую связь и помогает *Inclusa* заплатить за оказание услуг, когда они необходимы.

В конце процесса RAD Вы обсудите с группой, отвечающей за Ваше обслуживание, как обеспечить Вам больше контроля над своей жизнью и заинтересованы ли Вы в управлении предоставляемыми Вам услугами. Дополнительную информацию об управлении предоставляемыми Вам услугами смотрите на стр. 30.

Группа, отвечающая за Ваше обслуживание, найдет поставщиков услуг, которые будут оказывать Вам помощь. Эти поставщики должны иметь договор с *Inclusa* . Сведения об использовании наших поставщиков смотрите на стр. 29.

Если Вы будете недовольны кем-либо их поставщиков, Вы имеете право попросить нового поставщика, но сначала нужно обсудить это с группой, отвечающей за Ваше обслуживание. Ваша группа должна утверждать все получаемые Вами услуги.

# Как быть в случае изменения моих потребностей?

Предоставляемые Вам услуги могут со временем меняться в зависимости от изменений в Вашем здоровье и жизненной ситуации. Например, если Ваше физическое состояние улучшится, объем услуг может сократиться. Если Ваши потребности возрастут, мы сделаем все, чтобы Вы получили поддержку, которая необходима Вам, чтобы оставаться в безопасности и сохранить здоровье и самостоятельность, насколько это возможно. Одна из наших целей заключается в предоставлении нужной услуги в нужном объеме и в нужном месте.

Если Ваши потребности изменятся, пожалуйста, сообщите об этом группе, отвечающей за Ваше обслуживание. Знайте, что мы всегда будем рядом, чтобы Вам помочь.

# Как пользоваться сетью поставщиков?

Вместе с группой, отвечающей за Ваше обслуживание, Вы выберете для себя поставщиков из «сети поставщиков». Список поставщиков, услугами которых мы обычно пользуемся, находится на нашем веб-сайте по адресу: <a href="www.inclusa.org">www.inclusa.org</a>. Мы называем его Справочником по сети поставщиков (Provider Network Directory). Если Вы не хотите пользоваться Интернетом, а предпочитаете получить бумажный экземпляр Provider Network Directory, его можно заказать у your care team.

Сообщите своей группе, если Вы хотите получить информацию о возможностях наших поставщиков. Например, о поставщиках, работники которых говорят на определенном языке или понимают определенную этническую культуру или религиозные взгляды.

Мы заключаем договора с поставщиками, помогающими нам обеспечивать цели в области длительного ухода для участников нашей программы. Поставщики работают с нами на финансово-выгодных условиях и должны отвечать нашим стандартам качества. Наша сеть поставщиков предназначена для того, чтобы дать Вам возможность выбора. В то же время, *Inclusa* также должна учитывать финансовую выгодность при выборе поставщика.

После того как группа, отвечающая за Ваше обслуживание, утвердит выбранные Вами варианты, вы вместе выберете поставщиков из Provider Network Directory *Inclusa*. Как правило, Вы должны получать уход от поставщика, относящегося к этой сети. Но если у нас нет поставщика, отвечающего Вашим потребностям, или все наши постоянные поставщики находятся далеко от места, где Вы живете, мы можем воспользоваться услугами поставщика, не относящегося к сети. Чтобы выбрать поставщика не из нашей сети, Вы должны поговорить с группой, отвечающей за Ваше обслуживание.

В какой-то момент Вы можете захотеть поменять поставщика. Если Вы хотите поменять одного поставщика из нашей сети на другого, также входящего в сеть, обратитесь к группе, отвечающей за Ваше обслуживание. Если Вы поменяете поставщиков, не обсудив это со своей группой и не получив ее согласие, Вам, возможно, придется самому заплатить за услуги.

Если речь идет о поставщике, который должен приходить к Вам домой или предоставлять уход, связанный с личной гигиеной, мы в некоторых случаях можем платить за эти услуги людям, которых Вы знаете, например, членам Вашей семьи. Человек, которого Вы выберете, должен иметь необходимую квалификацию и согласиться работать по той же цене, что и другие наши поставщики.

Оказываемые Вам услуги также можно организовать, пользуясь самоуправляемой поддержкой (Self-Directed Supports (SDS)). Дополнительную информацию смотрите на стр. 30.

# Как Family Care помогает Вам управлять предоставляемыми услугами?

*Inclusa* стремится уважать выбор своих участников. Например:

- Примером целей, которые поддерживает Family Care, могут служить выбранные Вами условия проживания, распорядок дня и услуги поддержки. В этих категориях целей Вы определите, что важно для Вас. Совместно с группой, отвечающей за Ваше обслуживание, Вы найдете целесообразные пути достижения этих целей. Если Вы считаете, что Ваш план обслуживания не обеспечивает разумной поддержки выбранных целей, Вы можете подать жалобу или апелляцию. (Дополнительную информацию смотрите на стр. 59).
- По Вашей просьбе мы может рассмотреть возможность использования поставщика, услугами которого мы обычно не пользуемся.
- Если речь идет о поставщиках, которые приходят к Вам домой или предоставляют уход, связанный с личной гигиеной, по Вашей просьбе мы оплатим услуги любого квалифицированного поставщика по Вашему выбору, включая члена семьи. Поставщик должен отвечать нашим требованиям и согласиться на наши расценки.
- Вы имеете право менять группу, отвечающую за Ваше обслуживание, не чаще двух раз в календарном году. Вы не обязаны объяснять, почему Вы хотите выбрать другую группу. Возможно, что *Inclusa* не всегда сможет выполнить Вашу просьбу или предоставить Вам ту группу, которую Вы хотите.
- Вы можете решить самостоятельно управлять одной или несколькими услугами. (Смотрите дополнительную информацию в следующем разделе).

# Что такое самоуправляемая поддержка?

Если Вы хотите сами управлять некоторыми из услуг, предоставляемых Вам в рамках длительного ухода, Вы можете выбрать вариант самоуправляемой поддержки (Self-Directed Supports (SDS)). Выбрав SDS, Вы получаете больше контроля в вопросе о том, как и от кого получать услуги. Вы можете выбрать этот вариант, если хотите нести больше ответственности и принимать больше участия в организации получаемых услуг.

Некоторые виды SDS позволяют Вам контролировать и нести ответственность за собственный бюджет, выделяемый на услуги. Вы также можете контролировать поставщиков, в том числе взять на себя ответственность по найму, подготовке, контролю и увольнению работников, непосредственно ухаживающих за Вами. Другие виды SDS предусматривают возможность выбора Вами собственного поставщика, но при этом агентство будет заниматься наймом, подготовкой и контролем над работниками.

Хотя чаще всего SDS используется в отношении ухода на дому, его также можно применять к услугам, оказываемым вне дома, например, к транспортным услугам и услугам по личной гигиене на рабочем месте. Группа, отвечающая за Ваше обслуживание,

может сообщить Вам о том, какими услугами в Family Care можно управлять самостоятельно.

Вы можете определять степень своего участия в SDS. Этот подход не подразумевает, что Вы должны делать все или ничего. Вы можете управлять одной или несколькими услугами. Например, Вы можете самостоятельно управлять услугами, которые помогают Вам жить в своем доме или помогают найти и сохранить работу. Затем вместе с группой, отвечающей за Ваше обслуживание, Вы можете организовать услуги, направленные на достижение других целей Вашего плана обслуживания.

Если Вы выберете SDS, то вместе со своей группой Вы определите бюджет на услуги на основе своего плана обслуживания. Вы будет производить оплату услуг в рамках этого бюджета напрямую или с помощью другого человека или агентства, которых Вы выберете.

Если Вы заинтересовались SDS, пожалуйста, запросите дополнительную информацию о преимуществах и ограничениях этого подхода у your care team.

# Как быть в экстренной ситуации?

#### Если Вы оказались в экстренной ситуации, позвоните 911

В экстренной ситуации НЕТ необходимости связываться с группой, отвечающей за Ваше обслуживание, или получать предварительное разрешение

«Экстренная ситуация» означает, что, по Вашему мнению, Ваше здоровье подвергается серьезной опасности. К экстренной ситуации относится неожиданное ухудшение здоровья, подозрение на инфаркт или инсульт, перелом кости или сильный приступ астмы.

Если Вам необходима срочная медицинская помощь:

- Обращайтесь за помощью, как можно быстрее. Звоните 911 или отправляйтесь в ближайший пункт скорой помощи, больницу или центр оказания срочной помощи.
- Если Вы придете в пункт скорой помощи или будете приняты в больницу, сообщите работникам больницы, что Вы являетесь участником *Inclusa*.
- Как можно скорее, Вы или кто-то еще должны связаться с группой, отвечающей за Ваше обслуживание, и сообщить им о том, какую помощь Вы получаете в этой ситуации.

Хотя Family Care не покрывает медицинские услуги, важно сообщить группе, отвечающей за Ваше обслуживание, что Вы находитесь в пункте скорой помощи или что Вас положили в больницу. Таким образом мы сможем проинформировать Ваших поставщиков, что Вы находитесь в больнице, и скоординировать последующие услуги.

Например, перед выпиской из больницы Ваш врач может направить Вас в агентство медицинского обслуживания на дому для получения дальнейших услуг. Группа, отвечающая за Ваше обслуживание, должна будет дать разрешение на получение медицинских услуг на дому до Вашей выписки.

## Как получить услуги во внерабочее время?

Если у Вас возникла срочная потребность, которую Вы не можете отложить до следующего рабочего дня, позвоните по номеру 1-877-622-6700. Дежурные операторы работают круглосуточно каждый день. Дежурный оператор может дать временное разрешение на оказание необходимых услуг до следующего рабочего дня. Группа, отвечающая за Ваше обслуживание, свяжется с Вами, чтобы определить, нужно ли продолжать оказание этих услуг.

# Как быть, если потребность в услугах возникнет, когда я выеду из зоны обслуживания?

Если Вы собираетесь покинуть зону обслуживания *Inclusa* и хотите получать услуги во время своего отсутствия, об этом нужно как можно скорее известить группу, отвечающую за Ваше обслуживание. *Inclusa* проконсультируется с агентством Income Maintenance и выяснит, будете ли Вы считаться проживающим в данном округе во время Вашего отсутствия.

- Если Вы **больше не будете жить в** округе, обслуживаемом*Inclusa*, обратитесь в центр обслуживания пожилых людей и людей с ограниченными возможностями (ADRC) в том округе, куда Вы переедете. В ADRC Вам могут рассказать о программах, действующих в данном округе. Для того чтобы остаться участником Family Care, нужно, чтобы в округе, куда Вы переезжаете, также действовала эта программа.
- Если будет считаться, что Вы **по-прежнему проживаете в округе**, *Inclusa* совместно с Вами составит план, как можно финансово-выгодно обеспечить Ваши потребности и поддерживать Ваше здоровье и безопасность во время Вашего отсутствия.

Если *Inclusa* посчитает, что она не может составить финансово-выгодныйплан обеспечения Ваших потребностей и обеспечить Ваше здоровье и безопасность на время Вашего выезда из зоны обслуживания, мы можем обратиться к штату с просьбой об отчислении Вас из программы. Если мы будем просить штат об отчислении Вас из программы, Вам будет предоставлена возможность опротестовать наше заявление путем апелляции. (Дополнительную информацию смотрите в Главе 8 на стр. 59).

*Inclusa* не оплачивает уход, если Вы навсегда выезжаете из нашей зоны обслуживания. Если Вы планируете выехать навсегда, сообщите об этом как можно раньше группе, отвечающей за Ваше обслуживание. Ваша группа обсудит с Вами последствия такого

переезда. Вы можете совместно со своей группой организовать передачу услуг поставщикам по новому месту Вашего проживания.

# Глава 4. Пакет услуг Family Care

# Какие услуги мы предоставляем?

Программа Family Care *Inclusa* предоставляет услуги по длительному уходу. Список предоставляемых нами услуг называется «Пакетом услуг Family Care» ("Family Care Benefit Package").

Совместно с группой, отвечающей за Ваше обслуживание, Вы разработаете наиболее финансово-выгодный для Вас план обслуживания, пользуясь методом Resource Allocation Decision (RAD). Хотя услуги, перечисленные в пакете услуг, доступны для всех участников, это не означает, что Вы можете получить любую услугу только потому, что являетесь участником Family Care. Вы получите только те услуги, которые необходимы Вам для поддержания целей в области длительного ухода и обеспечения здоровья и безопасности.

Просим принять во внимание, что:

- некоторым участникам придется оплачивать долевое участие в затратах, чтобы сохранить право на получение Medicaid. Дополнительную информацию смотрите на стр. 42;
- в Family Care существуют правила по разрешению услуг, оказываемых в учреждениях, где люди проживают и получают уход. *Inclusa* разрешает оказывать услуги при проживании в таких учреждениях только в определенных ситуациях. Дополнительную информацию смотрите на стр. 44;
- В Family Care самоуправление распространяется только на определенные услуги в пакете услуг. За дополнительной информацией обращайтесь к группе, отвечающей за Ваше обслуживание.

Все услуги должны утверждаться группой, отвечающей за Ваше обслуживание, до того, как Вы начнете их получать.

*Inclusa* может предоставлять услугу, которая не входит в список. Альтернативные вспомогательные средства или услуги должны отвечать определенным условиям. Вместе со своей группой обслуживания Вы решите, нужны ли Вам альтернативные услуги для достижения целей в области длительного ухода.

Как правило, Вы можете воспользоваться теми услугами, которые соответствуют Вашему уровню ухода. Family Care имеет два «уровня ухода»:

1.) «Уровень ухода как в пансионате с сестринским уходом» – если Вы соответствуете этому уровню ухода, это означает, что Ваши потребности достаточно серьезные для того, чтобы дать Вам право на получение услуг в

- таком пансионате. (Это не означает, что для получения услуг Вы должны жить в пансионате). Для этого уровня ухода выделяется широкий набор услуг.
- 2.) «Уровень ухода, не соответствующий пансионату с сестринским уходом» если Вы соответствуете этому уровню ухода, это означает, что у Вас есть некоторые потребности в длительном уходе, но они не дали бы Вам права на проживание в таком пансионате. На этом уровне ухода предоставляется ограниченное количество услуг.

Если Вы не знаете, какому уровню ухода Вы соответствуете, спросите у группы, отвечающей за Ваше обслуживание.

# Таблица пакета услуг Family Care

Вы можете воспользоваться данными услугами, если они:

- необходимы для обеспечения определенных Вами целей в области длительного ухода;
- были заранее согласованы группой, отвечающей за Ваше обслуживание, и
- указаны в Вашем плане обслуживания.

	Уровень ухода, как в пансионате с сестринским уходом	Уровень ухода, не соответству- ющий пансионату с сестринским уходом
УСЛУГИ, ПРЕДУСМОТРЕННЫЕ ПЛАНОМ MEDICAID ШТАТА ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА		
Дневные услуги по лечению алкогольной и иной наркотической зависимости (Alcohol and Other Drug Abuse (AODA)) (во всех условиях, за исключением больничных и услуг,предоставленных врачом)	✓	✓
Услуги, связанные с алкогольной и иной наркотической зависимостью (Alcohol and Other Drug Abuse (AODA)) (кроме услуг для стационарных больных или предоставленных врачом)	✓	<b>✓</b>
Услуги по управлению уходом/ведению пациента	✓	✓
Программа поддержки по месту жительства (Community Support Program) (кроме предоставленной врачом)	✓	<b>✓</b>
Медицинское оборудование длительного пользования и товары медицинского назначения (кроме слуховых аппаратов, протезов и средств контроля рождаемости)	✓	<b>✓</b>
Помощь на дому	✓	✓
Дневные услуги, связанные с психическим здоровьем (во всех условиях)	✓	<b>✓</b>
Услуги, связанные с психическим здоровьем (кроме услуг для стационарных больных или предоставленных врачом)	✓	<b>✓</b>
Сестринский уход (включая искусственную вентиляцию легких, периодический уход или услуги персональной медсестры)	✓	<b>✓</b>
Трудотерапия (во всех условиях, за исключением больничных)	<b>✓</b>	<b>✓</b>
Личная гигиена	✓	<b>✓</b>

	Уровень ухода, как в пансионате с сестринским уходом	Уровень ухода, не соответству- ющий пансионату с сестринским уходом
Физиотерапия (во всех условиях, за исключением стационарных больных)	✓	<b>√</b>
Услуги, связанные с патологией языка и речи (во всех условиях, за исключением больничных)	✓	✓
Доставка на врачебный прием (кроме скорой помощи)	✓	✓
УСЛУГИ, ПРЕДУСМОТРЕННЫЕ ПЛАНОМ MEDICAID ШТАТА ДЛЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ		
Пансионат для проживания с сестринским уходом, включая реабилитационные центры для лиц с умственной отсталостью (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities (ICF-IID)) и заведения для людей с психическими заболеваниями (Institution for Mental Disease (IMD)) (IMD не покрывается для проживающих в пансионате людей от 22 до 64 лет)	<b>✓</b>	1
УСЛУГИ, ОКАЗЫВАЕМЫЕ НА ДОМУ ИЛИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА ЛИЦАМ, ОТКАЗАВШИМСЯ ОТ ПРЕБЫВАНИЯ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ <sup>2</sup>		
Адаптивные средства помощи	✓	
Дневной уход за взрослыми	✓	
Вспомогательные технологии и средства общения	✓	
Консультационные клинические и оздоровительные услуги для лиц, предоставляющих уход	<b>√</b>	
Образование и обучение потребителей	✓	
Консультации и оздоровительные услуги	✓	
Обучение повседневным жизненным навыкам	✓	
Дневные услуги	✓	
Услуги по управлению финансами	✓	

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Если состояние Вашего здоровья требует поселения в пансионате с сестринском уходом, эту услугу Вы можете получить с помощью карточки ForwardHealth программы Medicaid. После поступления в пансионат с Вами встретится группа, отвечающее за Ваше обслуживание, чтобы определить, изменился ли уровень ухода.

<sup>2</sup> Смотрите определение всех услуг в Приложении 2.

	Уровень ухода, как в пансионате с сестринским уходом	Уровень ухода, не соответству- ющий пансионату с сестринским уходом
Доставка еды на дом	✓	
Переустройство дома	✓	
Консультации по жилищным вопросам	✓	
Система вызова неотложной медицинской помощи (Personal Emergency Response System)	✓	
Услуги предпрофессионального обучения	✓	
Услуги по переезду	✓	
Уход с проживанием: дом семейного типа с проживанием 1-2 взрослых (1-2 Bed Adult Family Home (AFH))	<b>✓</b>	
Уход с проживанием: дом семейного типа с проживанием 3-4 взрослых (3-4 Bed Adult Family Home (AFH))	<b>✓</b>	
Уход с проживанием: пансионат по месту жительства (Community-Based Residential Facility (CBRF))	<b>✓</b>	
Уход с проживанием: квартирный комплекс с предоставлением ухода (Residential Care Apartment Complex (RCAC))	<b>✓</b>	
Помощь на время отсутствия людей, обычно осуществляющих уход	<b>✓</b>	
Услуги по самоуправляемому длительному уходу	✓	
Услуги квалифицированной медсестры	✓	
Специализированное медицинское оборудование и материалы	<b>✓</b>	
Брокер по оказанию поддержки	✓	
Помощь в трудоустройстве – услуги по оказанию помощи в трудоустройстве отдельных лиц и небольших групп	<b>✓</b>	
Организация помощи и ухода на дому	✓	
Услуги по обучению лиц, предоставляющих бесплатный уход	<b>✓</b>	
Транспортные услуги (специализированные перевозки) – местный общественный и другой транспорт	<b>✓</b>	

	Уровень ухода, как в пансионате с сестринским уходом	Уровень ухода, не соответствующий пансионату с сестринским уходом
Планирование будущего трудоустройства и оказание соответствующей поддержки	✓	

## Какие услуги не предоставляются?

Следующие услуги не входят в пакет услуг по длительному уходу Family Care, но могут предоставляться по карточке ForwardHealth:

- Услуги, связанные с алкогольной и иной наркотической зависимостью (предоставляемые врачом или для стационарных больных)
- Аудиология: включая оценку слуха и реабилитацию при нарушениях слуха
- Хиропрактик
- Помощь при психоэмоциональном кризисе
- Стоматология
- Неотложная помощь (включая перевозку воздушными и наземными видами транспорта)
- Очки
- Услуги по планированию семьи
- Слуховые аппараты и батарейки для слуховых аппаратов
- Программа по облегчению страданий для безнадежно больных
- Больница: стационарные и амбулаторные пациенты, включая прием в пункте скорой помощи (за исключением физиотерапии, трудотерапии, услуг, связанных с патологией языка и речи, неврачебных услуг, связанных с психическим здоровьем, неврачебных услуг, связанных с алкогольной и иной наркотической зависимостью для амбулаторных больных)
- Услуги в заведении для людей с психическими заболеваниями (IMD) в большинстве случаев не покрываются (они покрываются только в IMD с сестринским уходом для людей моложе 22 лет или старше 65 лет)
- Услуги медсестры, имеющей право на самостоятельную практику
- Лабораторные услуги и рентгенография
- Лекарственные препараты/рецептурные лекарства
- Услуги, связанные с психическим здоровьем (предоставляемые врачом или для стационарных больных)
- Оптометрия
- Врачебные и клинические услуги (за исключением физиотерапии, трудотерапии, услуг, связанных с патологией языка и речи, неврачебных услуг, связанных с психическим здоровьем, неврачебных услуг, связанных с алкогольной и иной наркотической зависимостью для амбулаторных больных)
- Подиатрия (лечение заболеваний стоп)
- Координация медицинского обслуживания беременных
- Протезирование
- Психиатрия

- Услуги в учебных заведениях
- Транспортировка машиной скорой помощи

Family Care не оплачивает перечисленные выше услуги, но Вы имеете право получить их в рамках обычной программы Medicaid. Группа, отвечающая за Ваше обслуживание, в тесном контакте с Вами поможет получить эти услуги тогда, когда они будут Вам необходимы. Если кроме Medicaid у Вас есть страховка Medicare, Veterans (VA) или другая страховка, они могут покрыть перечисленные выше услуги. За эти услуги может быть предусмотрена частичная оплата.

# В дополнение к приведенному выше списку не предоставляются следующие средства, предметы и услуги:

- Услуги, не утвержденные группой, отвечающей за Ваше обслуживание, или не включенные в Ваш план обслуживания.
- Услуги, которые не необходимы для обеспечения определенных Вами целей в области длительного ухода.
- Обычные расходы на проживание, такие как арендная плата или ипотечные платежи, затраты на питание, коммунальные услуги, развлечения, одежду, мебель, бытовые товары и страхование.
- Личные вещи в Вашей комнате в пансионате для проживания пожилых людей или в пансионате с сестринским уходом, такие как телефон или телевизор.
- Проживание и питание в пансионате. (Дополнительную информацию смотрите в Главе 5 на стр. 43).
- Стоимость услуг опекуна.

## Глава 5. Кто платит за услуги и координацию Ваших льгот

# Буду ли я платить за какие-либо услуги?

Вы не обязаны платить ни за какие услуги, входящие в пакет услуг Family Care, которые указаны в Вашем плане обслуживания как необходимые для обеспечения целей в области длительного ухода. Если Вы договоритесь об услугах, которые не входят в Ваш план обслуживания, Вы будете отвечать за их оплату.

**Вы ОТВЕЧАЕТЕ за частичную оплату услуг, получаемых по обычной программе Medicaid.** Это включает частичную оплату лекарств, приемов у врача или посещений больницы.

Существует два вида ежемесячных расходов, которые Вам, возможно, придется оплачивать:

- Долевое участие
- Проживание и питание

Долевое участие и проживание с питанием – это разные вещи. Возможно, Вам придется платить и за одно, и за другое.

#### ДОЛЕВОЕ УЧАСТИЕ

Некоторым участникам, возможно, придется ежемесячно платить определенную сумму, чтобы сохранить право на Medicaid и Family Care. Эти ежемесячные платежи называются долевое участие. Долевое участие зависит от Вашего дохода и права на получение Medicaid и Family Care.

Если Вам нужно будет оплачивать долевое участие, Вы будете каждый месяц получать счет от *Inclusa* . Хотя Вы будете отправлять оплату в *Inclusa* , сумму, которую Вы должны выплачивать ежемесячно, будет определять агентство Income Maintenance.

Сумма Вашего долевого участия будет оцениваться один раз в год или каждый раз после изменения Вашего дохода. Вы должны сообщить обо всех изменениях, связанных с доходом и имуществом, группе, отвечающей за Ваше обслуживание, и в агентство Income Maintenance в течение 10 дней после изменения. К имуществу относятся, помимо прочего, автомобили, наличные средства, расчетные и сберегательные счета, а также денежная стоимость страхования жизни.

Если Вы не оплатите ежемесячное долевое участие, Вы можете потерять право на участие в программе Family Care и быть отчисленным из нее. Если Вы считаете, что сумма Вашего долевого участия неверна, Вы можете подать апелляцию в Wisconsin Division of Hearings and Appeals (DHA) (Отдел слушаний и апелляций штата Висконсин). Дополнительную информацию смотрите на стр. 67.

Если у Вас есть вопросы по долевому участию, обратитесь к your care team.

#### Снижение размера долевого участия

Если Вы не в состоянии оплачивать свое ежемесячное долевое участие из-за необходимых расходов на проживание, Вы можете иметь право на снижение размера долевого участия. К необходимым расходам на проживание относится выплата ипотечного кредита, арендной платы, страховки дома/арендуемого жилья, налоги на недвижимость, коммунальные расходы, расходы на питание, одежду, предметы гигиены, а также на эксплуатацию и ремонт автомобиля.

Снижение размера долевого участия может облегчить Вам выплату необходимых ежемесячных затрат и позволит по-прежнему участвовать в Family Care.

Для подачи заявки на снижение размера долевого участия нужно заполнить "Application for Reduction of Cost Share" (Заявление на снижение размера долевого участия). Экземпляр заявки находится в приложении *Appendix 3*. Кроме того его можно загрузить на веб-странице: https://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-01827.htm.

Вместе с заявлением нужно предоставить подтверждение Вашего ежемесячного дохода, ежемесячных расходов и суммы долевого участия, ежемесячно выплачиваемого *Inclusa* . В заявлении указано, какое подтверждение нужно предоставить и приводятся примеры документов, содержащих такое подтверждение.

Если Вам нужна помощь в заполнении заявления, Вы можете получить ее бесплатно у омбудсмена. Контактная информация относительно программы помощи омбудсменов по Family Care представлена на стр. 69.

#### ПРОЖИВАНИЕ И ПИТАНИЕ

Если Вы живете или собираетесь переехать в пансионат, Вы будете отвечать за расходы на проживание и питание (арендная плата и еда). К пансионатам относятся дома семейного типа для взрослых (adult family homes (AFHs)), пансионаты по месту жительства (community-based residential facilities (CBRFs)), квартирные комплексы с предоставлением ухода (residential care apartment complexes (RCACs)) и пансионаты с сестринским уходом (nursing homes).

*Inclusa* оплатит ту часть услуг, которая касается ухода и наблюдения за Вами. Вам нужно будет платить за проживание и питание (арендная плата и еда). Мы сообщим Вам, сколько будет стоить Ваше проживание и питание, и будем отправлять Вам счет каждый месяц.

Если у Вас есть вопросы о проживании и питании или если Вы не можете произвести оплату, обратитесь к contact your team or your Member Liabilities Specialist at 1-877-622-6700 toll free. If you feel you cannot afford your room and board, please

contact your care team to explore other options. Your care team may be able to help you find a facility that meets your needs at a more affordable rate.

Группа, отвечающая за Ваше обслуживание, может помочь Вам найти учреждение, которое будет отвечать Вашим потребностям и предлагать более приемлемую цену.

# Как производится оплата?

Оплату можно производить чеком или платежным поручением (money order). Направляйте оплату по адресу – send to address on statement.

Можно также организовать автоматическое снятие денег с Вашего банковского счета. Подробности можно узнать у группы, отвечающей за Ваше обслуживание.

# Как быть, если я получу счет за услуги?

Вы не должны платить за услуги, утвержденные группой, отвечающей за Ваше обслуживание. Если Вы по ошибке получили счет от поставщика, не оплачивайте его. Обратитесь к своей группе, чтобы она могла решить этот вопрос.

# Платит ли Family Care за услуги, оказываемые в пансионате, или за пансионаты с сестринским уходом?

Важная задача Family Care заключается в том, чтобы помочь участникам программы жить как можно самостоятельнее. Все люди, в том числе люди с ограниченными возможностями и пожилые люди, должны быть в состоянии жить дома при обеспечении их необходимой поддержкой и участвовать в жизни тех, кто ценит их вклад.

Исследования и опросы показали, что большинство людей хотят жить в своем доме или квартире среди родных и друзей. Большая часть услуг Family Care может быть оказана большинству людей на дому, кроме того, проживание дома, как правило, наиболее выгодно в финансовом плане.

Пакет услуг Family Care включает оказание услуг по уходу в учреждениях для проживания и пансионатах с сестринским уходом. В то же время, переезд из дома в учреждения для проживания или пансионаты с сестринским уходом должен рассматриваться как крайняя мера.

Группа, отвечающая за Ваше обслуживание, разрешит проживание в учреждении для проживания или пансионате с сестринским уходом только при условии, что:

- в Вашем доме нельзя обеспечить Ваше здоровье и безопасность; или
- обеспечение целей в области длительного ухода становится финансово невыгодным, если Вы живете дома; или
- переезд в такое учреждение является наиболее финансово-выгодным для Вас вариантом достижения целей в области длительного ухода.

Даже если проживание в пансионате является единственным вариантом, Вы не всегда сможете проживать или переехать в учреждение по собственному выбору. Это учреждение может не иметь договора с *Inclusa* или может не согласиться на наши расценки. Family Care не может заставить поставщиков принять наши расценки.

Если Вы живете в своем доме, но вместе с группой, отвечающей за Ваше обслуживание, решили, что Вам не следует больше там жить, вы должны совместно принять решение об оказании услуг в пансионате. Вы со своей группой отвечаете за то, чтобы найти наиболее финансово выгодные для Вас варианты из сети поставщиков *Inclusa*. Ваша группа будет продолжать работать с Вами, когда Вы будете находиться в учреждении или в пансионате с сестринским уходом.

**Группа, отвечающая за Ваше обслуживание, должна утвердить все услуги, оказываемые в пансионате.** Очень важно, чтобы Вы не один выбирали пансионат для проживания. Вы должны принимать такие решения совместно со своей группой, чтобы точно знать, что *Inclusa* заплатит за предоставляемые услуги.

**Вы должны будете оплачивать арендную плату и питание в пансионате.** Эти расходы называются "room and board" (проживание и питание).

# Как координируются услуги, предоставляемые Medicare и другими моими страховками?

Когда Вы поступите в *Inclusa*, мы спросим Вас, есть ли у Вас другие страховки кроме Medicaid. (Medicaid также называется Medical Assistance, MA или Title 19.) К другим страховкам относятся: Medicare, Veterans benefits (VA), оплата медицинских услуг для пенсионеров (retiree health coverage), страхование длительного ухода и другие частные медицинские страховки.

Важно, чтобы Вы предоставили нам указанную выше информацию о других страховках. Если Вы решите не использовать другие страховки, мы можем отказаться оплачивать услуги, которые они могли бы оплатить.

Счета на оплату услуг должны отправляться сначала в другие страховые компании, а уже потом в Medicaid, включая Family Care. *Inclusa* ожидает, что ее участники:

- сообщат о том, есть ли у них другие страховки, включая Medicare parts A и(или) В.
- будут сообщать нам об изменениях в условиях оплаты по Medicare parts A и(или) В или по другим страховкам.
- сообщат о получении платежа от страховой компании, так как они могут быть обязаны возместить расходы *Inclusa*. То как Вы будете распоряжаться этими платежами, может повлиять на Ваше право участия в Family Care.

Если в настоящее время у Вас нет Medicare, потому что считаете, что не можете себе этого позволить, группа, отвечающая за Ваше обслуживание, может помочь Вам найти программу, которая поможет Вам оплачивать страховые взносы в Medicare.

Если у Вас есть страховка Medicare, она оплатит большинство Ваших медицинских расходов, включая расходы на услуги врачей и больниц. Та часть расходов, которая не покрывается Medicare, называется «долевое участие в Medicare» ("Medicare cost share"). Medicaid оплатит за Вас долевое участие в Medicare.

Для некоторых услуг мы оплатим за Вас долевое участие в Medicare, если группа, отвечающая за Ваше обслуживание, предварительно утвердит эти услуги, и услуга будет также входить в пакет льгот Family Care Это означает, что группа, отвечающая за Ваше обслуживание, должна утверждать услугу ДО ТОГО, как Вы ее получите. Если такое предварительное согласие от группы не будет получено, Вам, возможно, самому придется оплачивать долевое участие в Medicare. Обязательно получите предварительное согласие группы, отвечающей за Ваше обслуживание, в отношении следующих услуг:

- медицинское оборудование длительного пользования, протезные и ортопедические аппараты и материалы;
- принадлежности для диабетиков;
- медицинское обслуживание на дому;
- кардиореабилитация для амбулаторных больных;
- услуги по психиатрической помощи для амбулаторных больных;
- легочная реабилитация для амбулаторных больных (при хроническом обструктивном заболевании легких);
- трудотерапия;
- физиотерапия;
- услуги в учреждении с квалифицированным сестринским уходом (при реабилитации);
- логопедия.

Вам нужно узнать, заплатит ли за оказываемую Вам услугу Medicare. Medicare не обязательно согласится оплатить услугу только потому, что она была предварительно утверждена группой, отвечающей за Ваше обслуживание.

Предварительное утверждение группой, отвечающей за Ваше обслуживание, означает только то, что *Inclusa* заплатит за долевое участие в Medicare, если Medicare примет решение об оплате услуги. Если Medicare откажется от оплаты услуги, которую предварительно утвердила группа, отвечающая за Ваше обслуживание, *Inclusa* оплатит стоимость услуги по Medicaid.

# Что такое возмещение за счет имущества? Имеет ли оно ко мне отношение?

Если Вы уже получаете Medicaid или являетесь участником *Inclusa*, на Вас распространяются правила возмещения за счет имущества (estate recovery). Правила

возмещения за счет имущества Medicaid действуют в отношении большинства услуг по длительному уходу независимо от того, предоставляются ли они *Inclusa* или другими программами.

Возмещение за счет имущества позволяет штату возместить затраты на все услуги по длительному уходу, предоставляемые Medicaid. Они будут возмещены за счет Вашего имущества или имущества Вашего(й) супруга(и) после того, как вас обоих не будет в живых. Полученные средства вернутся в штат и будут использованы для ухода за другими нуждающимися.

Возмещение производится на основе исков, составляемых на имущество. Штат не будет пытаться получить оплату за счет Вашего имущества при жизни Вашего(й) супруга(и) или ребенка с ограниченными возможностями. Возмещение будет производиться после их смерти.

За дополнительной информацией о возмещении за счет имущества обращайтесь к группе, отвечающей за Ваше обслуживание. Информацию о программе Medicaid Estate Recovery Program также можно получить их следующих источников:

Бесплатный номер: 1-800-362-3002

TTY: 711 or 1-800-947-3529

Ha сайте: http://www.dhs.wisconsin.gov/medicaid/erp.htm

или по адресу: DHS - Estate Recovery Program

P.O. Box 309

Madison, WI 53701-0309

## Глава 6. Ваши права

Мы должны уважать Ваши права как участника *Inclusa*.

- 1.) **Мы должны предоставлять Вам информацию в удобной для Вас форме**. Чтобы получить информацию в удобной для Вас форме, пожалуйста, обратитесь в группу, отвечающую за Ваше обслуживание12.
- 2.) Мы всегда должны обращаться с Вами с почтением, уважением и справедливостью. Вы имеете право:
  - на проявление сочувствия и понимания со стороны работников *Inclusa* и поставшиков.
  - на получение ухода с соблюдением безопасности и чистоты.
  - не выполнять работы и не оказывать услуги для *Inclusa*.
  - на поощрение и помощь в обращении к работникам *Inclusa* с предложениями об изменениях правил, которые Вы считаете необходимыми, или об услугах, которые должны предоставляться по Вашему мнению.
  - на поощрение в применении своих прав участника *Inclusa*.
  - на свободу от дискриминации. *Inclusa* должна соблюдать законы, защищающие Вас от дискриминации или несправедливого обращения. Мы не допускаем дискриминации по признаку расы, умственных или физических возможностей, религии, пола, сексуальной ориентации, здоровья, этнической принадлежности, вероисповедания (взглядов), возраста, национального происхождения или источника оплаты.
  - на свободу от любого ограничения движений или изоляции как меры принуждения, дисциплинарного воздействия, ради удобства или мести. Это означает, что нельзя ограничивать Ваши движения или заставлять Вас находиться в одиночестве для того, чтобы Вы вели себя определенным образом или чтобы наказать Вас, или потому что кто-то считает это полезным.
  - на свободу от насилия, пренебрежения и финансовой эксплуатации.
    - о **Насилие** может быть физическим, эмоциональным, финансовым или сексуальным. К насилию также относят ситуацию, когда кто-то проводит лечение, например, дает Вам лекарства, или экспериментальное исследование без Вашего информированного согласия.

- о **Пренебрежением** называют обращение, когда ухаживающий за Вами человек не обеспечивает необходимый уход, услуги или наблюдение, что создает значительный риск возникновения опасности. Пренебрежение собственными нуждами означает, что человек, отвечающий за собственное обслуживание, не обеспечивает необходимого ухода, в том числе питания, жилища, одежды или медицинского и стоматологического обслуживания.
- Финансовая эксплуатация может заключаться в мошенничестве, заманивании или принуждении, хищении, злоупотреблении со стороны финансового агента, хищении персональных данных, подделке документов или незаконном использовании банковских карт, включая кредитные, дебитные, банкоматные и аналогичные им карты.

**Что Вы можете сделать, если Вы подвергаетесь насилию, пренебрежению или финансовой эксплуатации?** Вы можете поговорить о проблемах, которые могут, по Вашему мнению, представлять собой насилие, пренебрежение или финансовую эксплуатацию, с группой, отвечающей за Ваше обслуживание. Они могут помочь Вам сообщить об этих фактах или обеспечить безопасность услуг. В экстренной ситуации всегда звоните 911.

Если Вы думаете, что Вы или кто-то из Ваших знакомых является жертвой насилия, пренебрежения или финансовой эксплуатации, Вы можете обратиться в службу защиты взрослых Adult Protective Services. Adult Protective Services поможет защитить безопасность пожилых людей и взрослых людей, находящихся в группе риска, которые испытывают насилие, пренебрежение или эксплуатацию. Они помогут и если человек не способен обеспечить свою собственную безопасность из-за проблем со здоровьем или ограниченных возможностей.

На странице 12 указаны номера телефонов, по которым можно сообщить о случаях увиденного или подозреваемого насилия.

- 3.) Мы должны обеспечить Вам своевременный доступ к оказываемым услугам. Как участник *Inclusa* Вы имеете право на получение услуг, указанных в Вашем плане обслуживания, когда Вам это необходимо. Группа, отвечающая за Ваше обслуживание, организует оказание Вам предусмотренных услуг. Ваша группа также согласует вопросы с поставщиками, оказывающими Вам услуги. К ним относятся, например, врачи, стоматологи и подиатры (специалисты по лечению стоп). Обращайтесь к своей группе за помощью при выборе поставщиков услуг.
- 4.) Мы должны защищать конфиденциальность данных о Вашем здоровье. Если у Вас есть вопросы или Вы чем-то обеспокоены в связи с конфиденциальностью данных о Вашем здоровье, пожалуйста, позвоните [insert appropriate contact]. Смотрите в Приложении [insert appendix number] на стр. 103 правила соблюдения конфиденциальности (Notice of Privacy Practices) Inclusa.

- 5.) **Мы должны предоставлять Вам доступ к Вашим медицинским данным**. Если Вам нужна копия Ваших медицинских данных, обратитесь к группе, отвечающей за Ваше обслуживание. Вы имеет право попросить *Inclusa* об изменении или исправлении Ваших данных.
- 6.) **Мы должны предоставлять Вам информацию о** *Inclusa*, нашей сети **поставщиков и предоставляемых услугах**. Если Вам нужна такая информация, пожалуйста, обратитесь к группе, отвечающей за Ваше обслуживание.
- 7.) Мы должны поддерживать Ваше право на принятие решений о предоставляемых Вам услугах.
  - Вы имеете право знать все о предоставляемых Вам услугах. Это означает, что Вы имеете право на получение информации обо всех имеющихся у Вас вариантах, об их стоимости и о том, покрываются ли они программой Family Care. Вы также можете предложить другие услуги, которые, по Вашему мнению, отвечают Вашим потребностям.
  - У Вас есть право знать обо всех видах риска, связанного с Вашим обслуживанием.
  - Вы имеете право отказаться от любого рекомендуемого ухода или услуг.
  - Вы имеете право получить заключение другого врача. Если Вам нужна помощь в получении заключения другого врача, обратитесь к группе, отвечающей за Ваше обслуживание.
  - У Вас есть право отдать распоряжения относительно того, что нужно будет сделать, если Вы не в состоянии будете самостоятельно принимать решения. Иногда люди теряют возможность принимать решения о своем медицинском обслуживании в результате аварии или серьезной болезни. У Вас есть право сказать, что должно произойти, если Вы окажетесь в такой ситуации. Это значит, что по желанию Вы можете составить "advance directive" (заблаговременное распоряжение). Существуют различные виды заблаговременных распоряжений, которые по-разному называются. Примерами заблаговременных распоряжений могут служить такие документы, как "living will" (распоряжение о медицинском обслуживании на случай неспособности принять решение) и "power of attorney for health care" (доверенность на распоряжение медицинским обслуживанием). Дополнительную информацию о заблаговременных распоряжениях Вы можете получить у группы, отвечающей за Ваше обслуживание.
- 8.) У Вас есть право подавать жалобу или апелляцию, если Вы недовольны уходом или услугами. Информация о том, что нужно сделать, чтобы подать жалобу или апелляцию, приводится в Главе 8 (стр. 54).

#### Глава 7. Ваши обязанности

Ниже перечислено, что Вы должны делать как участник *Inclusa* . Если у Вас появятся вопросы, пожалуйста, обратитесь в группу, отвечающую за Ваше обслуживание. Помочь Вам – наша задача.

- 1.) Ознакомиться с услугами в пакете услуг Family Care. Это означает, что Вы также должны понимать, что нужно сделать, чтобы получить услуги. Дополнительную информацию смотрите в главах 3 и 4.
- 2.) Принимать участие в первоначальном и последующем составлении плана Вашего обслуживания.
- 3.) Принимать участие в процессе Resource Allocation Decision (RAD) с целью определения наиболее финансово-выгодных путей удовлетворения Ваших потребностей и достижения целей в области длительного ухода. Совместно участники программы, их родственники и друзья несут ответственность за финансово-выгодное использование средств налогоплательщиков.
- 4.) Обсудить с группой, отвечающей за Ваше обслуживание, как могут помочь Вам Ваши друзья, члены семьи или другие местные и добровольные организации или как Вы сами можете больше сделать для самих себя.
- 5.) Соблюдать план обслуживания, который Вы согласовали с группой, отвечающей за Ваше обслуживание.
- 6.) Отвечать за свои действия, если Вы отказываетесь от лечения или не выполняете распоряжений группы, отвечающей за Ваше обслуживание, или поставщиков.
- 7.) Пользоваться услугами поставщиков или агентств, входящих в состав *Inclusa*, за исключением случаев, когда вместе с группой, отвечающей за Ваше обслуживание, Вы принимаете другое решение.
- 8.) Следовать правилам *Inclusa* относительно предоставления обслуживания во внерабочее время.
- 9.) Сообщать нам о переезде на новое место жительства или об изменении номера телефона.
- 10.) Сообщать нам о любом планируемом временном отсутствии или постоянном выезде из зоны обслуживания.
- 11.) Сообщать *Inclusa* верную информацию о своих потребностях в медицинском обслуживании, финансовых средствах и предпочтениях, а также как можно быстрее сообщать нам об изменении Ваших обстоятельств. Сюда входит

- подписание формы "release of information" (о раскрытии информации) на случай, если нам понадобится другая информация, которой у Вас при себе не будет.
- 12.) Обращаться с Вашей группой, ухаживающими за Вами людьми и поставщиками услуг с уважением и почтением.
- 13.) Принимать услуги независимо от расовой принадлежности того, кто их предоставляет, цвета кожи, религии, возраста, пола, сексуальной ориентации, здоровья, этнической принадлежности, вероисповедания (взглядов) и национального происхождения.
- 14.) Своевременно производить ежемесячные платежи, включая оплату любого причитающегося долевого участия или проживания и питания. Как можно быстрее ставить в известность группу, отвечающую за Ваше обслуживание, если у Вас возникают проблемы с оплатой.
- 15.) Использовать при необходимости свои льготы по Medicare и частным страховкам. Если у Вас есть другие страховки на медицинское обслуживание, сообщите об этом *Inclusa* и в агентство Income Maintenance.
- 16.) Бережно обращаться с любым медицинским оборудованием длительного пользования (DME), таким как инвалидные коляски и больничные кровати, выделенные Вам *Inclusa*.
- 17.) Сообщать о случаях мошенничества и насилия со стороны поставщиков или работников *Inclusa*. Если Вы подозреваете, что кто-то не по назначению использует средства, выделенные на социальную помощь, включая Family Care, Вы можете позвонить по прямой телефонной линии для жалоб о мошенничестве или зарегистрировать заявление в Интернете по адресу:

#### **Report Public Assistance Fraud**

1-877-865-3432 (бесплатно) или по адресу: www.reportfraud.wisconsin.gov

- 18.) Не принимать участие в мошеннической деятельности и не злоупотреблять льготами. Такая деятельность может включать:
  - неправильное информирование о степени ограниченности Ваших возможностей;
  - неправильное информирование об уровне дохода и имуществе;
  - неправильное информирование о месте жительства;
  - продажа медицинского оборудования, предоставленного *Inclusa*.

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

- 19.) Обращаться за помощью к группе, отвечающей за Ваше обслуживание, если у Вас появляются вопросы или Вы чем-то обеспокоены.
- 20.) Сообщать нам о качестве нашей работы. Время от времени мы можем спрашивать у Вас, хотите ли Вы принять участие в собеседовании, в опросе с целью оценки удовлетворенности услугами или в других видах оценки качества. Ваши ответы и комментарии помогут нам определить наши сильные стороны, а также, что нам нужно улучшить в своей работе. Пожалуйста, сообщите нам, если Вы захотите узнать о результатах любого из опросов. Мы с удовольствием поделимся с Вами информацией. Please contact the Quality Management Department at 1-877-622-6700for more information or to request the results of any surveys. Results of the most recent member satisfaction survey are available on our website at <a href="https://www.inclusa.org">www.inclusa.org</a>. You may obtain a paper copy by contacting Quality Management.

## Глава 8. Жалобы и апелляции

#### Введение

Мы обязуемся предоставлять качественные услуги участникам нашей программы. В какой-то момент у Вас может появиться повод для беспокойства. Как участник программы Вы имеете право подать жалобу или апелляцию на решение, принятое *Inclusa*, и получить быстрый и справедливый ответ.

Если Вы недовольны нашим уходом или услугами, в первую очередь Вы должны поговорить с группой, отвечающей за Ваше обслуживание. Как правило, разговор с Вашей группой — это самый легкий и быстрый способ решить Ваши проблемы. Если Вы не хотите разговаривать со своей группой, Вы можете позвонить одному из наших специалистов по правам участников программы. Специалист по правам участников может рассказать Вам о Ваших правах, попытаться решить проблемы в неофициальном порядке и помочь в подаче жалобы или апелляции. Специалист по правам участников может работать с Вами на протяжении всего процесса подачи и рассмотрения жалобы или апелляции, чтобы попытаться найти приемлемое решение.

За помощью по вопросам жалоб и апелляций обращайтесь к одному из специалистов по правам участников *Inclusa*:

Inclusa Специалист по правам участников 3349 Church Street, Suite 1 Stevens Point, WI 54481

Бесплатный номер: 1- 877-622-6700

Линия ТТҮ: 1-715-204-1799

Электронный адрес: memberrelations@inclusa.org

Если Вы не можете решить проблему, работая напрямую с группой, отвечающей за Ваше обслуживание, или со специалистом по правам участника, Family Care предоставляет Вам несколько путей урегулирования проблемы. Вы можете:

- подать жалобу или апелляцию в *Inclusa*.
- подать заявление на рассмотрение жалобы в Wisconsin Department of Health Services (DHS) (Департамент здравоохранения штата Висконсин).
- подать заявление на проведение беспристрастного слушания штата (State Fair Hearing) в Wisconsin Division of Hearings and Appeals (DHA).

#### Каждый из способов имеет свои правила, процедуры и сроки.

В этом справочнике описываются все пути подачи жалоб или апелляций, что может быть не совсем понятно. Вам не нужно знать или понимать всю информацию, содержащуюся в этой главе, потому есть люди, которые могут Вам помочь.

Если у Вас есть определенная проблема и Вы не знаете, как ее решить, можно обратиться к группе, отвечающей за Ваше обслуживание, или к одному из специалистов по правам участников *Inclusa*. Для оказания помощи по вопросам жалоб и апелляций участникам Family Care существуют программы омбудсмена (специалиста по правам человека). Контактная информация находится на стр. 69. Вы также можете воспользоваться помощью родственника, друга, адвоката или правозащитника. Дополнительную информацию о том, куда можно обратиться за помощью, может предоставить Вам специалист по правам участников.

#### Копии документов

Вы можете получить бесплатную копию Ваших документов, если Вы считаете, что они понадобятся Вам для жалобы или апелляции. Для получения копий обратитесь к [Add contact info].

Вам ничего не угрожает, если Вы подадите жалобу или не согласитесь с группой, отвечающей за Ваше обслуживание, или с поставщиками. Если Вы подадите жалобу или апелляцию в *Inclusa* или штату Висконсин, отношение к Вам не изменится. Мы хотим, чтобы Вы были удовлетворены нашим обслуживанием.

#### Жалобы

#### Что такое жалоба?

Жалоба – это когда Вы недовольны *Inclusa*, одним из наших поставщиков или если Вас не устраивает качество ухода или услуг. Например, Вы можете принять решение о подаче жалобы, если:

- ухаживающий за Вами работник часто опаздывает.
- Вам кажется, что группа, отвечающая за Ваше обслуживание, не прислушивается к Вашему мнению.
- Вам сложно договориться с поставщиком о приеме.
- Вы недовольны впитывающими продуктами Вашего поставщика.

#### Кто может подать жалобу от моего имени?

От Вашего имени может подать жалобу Ваш уполномоченный представитель, например, официальный опекун или человек, имеющий действующую доверенность на распоряжение медицинским обслуживанием. Жалобу от Вашего имени может подать Ваш родственник, друг или поставщик, если у них есть Ваше письменное разрешение.

#### Каковы сроки подачи жалобы?

Жалобу можно подавать в любое время.

#### Какие у меня есть варианты?

Если Вы хотите подать жалобу, у Вас есть два варианта. Вы можете:

- 1.) сначала подать жалобу в *Inclusa*.
  - **→** Смотрите вариант № 1 на стр. 55.
- 2.) сначала подать заявление на рассмотрение жалобы в DHS.
  - **→** Смотрите вариант № 2 на стр. 57.

Можно использовать варианты 1 и(или) 2 вместе или в разное время.

#### ВАРИАНТ ПОДАЧИ ЖАЛОБЫ № 1: Подача жалобы в *Inclusa*

*Inclusa* хочет, чтобы Вы были довольны предоставляемым уходом и услугами. Один из наших специалистов по правам участников может вместе с Вами и группой, отвечающей за Ваше обслуживание, попытаться решить Ваши проблемы в неофициальном порядке. Зачастую мы может уладить Ваши проблемы, не переходя к дальнейшим шагам. Но если нам это не удастся, Вы можете подать жалобу в *Inclusa* по телефону или письмом на наш адрес:

Inclusa

Member Relations Department 3349 Church Street Suite 1 Stevens Point, WI 54481

Бесплатный номер: 1-877-622-6700 Линия ТТҮ: 711 or 715-204-1799

Электронный адрес: memberrelations@inclusa.org

#### Что произойдет дальше?

Если Вы подадите жалобу в *Inclusa*, мы отправим Вам письмо в течение пяти рабочих дней, чтобы сообщить о получении жалобы. Затем работники *Inclusa*, не входящие в группу, отвечающую за Ваше обслуживание, попытаются в неофициальном порядке урегулировать Ваши проблемы и найти решение, которое устроит и Вас и *Inclusa*. Если мы не сможем найти решения или если Вы не захотите помочь работникам *Inclusa* урегулировать Ваши проблемы в неофициальном порядке, наш комитет по жалобам и апелляциям Grievance and Appeal Committee рассмотрит Вашу жалобу и вынесет решение.

- Комитет состоит из представителей *Inclusa* и, как минимум, одного «потребителя». Потребитель это человек, который также получает наши услуги или представляет кого-то, кто их получает. Иногда в состав комитета входят другие люди, которые специализируются в вопросах, затронутых в Вашей жалобе.
- Мы сообщим Вам, когда комитет планирует собраться для рассмотрения Вашей жалобы.

- Заседание носит конфиденциальный характер. Если Вас беспокоит вопрос конфиденциальности или другие вопросы, Вы можете попросить о том, чтобы потребителя не включали в состав комитета.
- У Вас есть право лично присутствовать на заседании. Вы можете привести с собой правозащитника, друга, члена семьи или свидетелей.
- Комитет даст Вам возможность объяснить, чем вызвано Ваше беспокойство. Вы можете предоставить информацию комитету.
- На заседании, вероятно, будет присутствовать группа, отвечающая за Ваше обслуживание, или другие работники *Inclusa*.
- Комитет примет решение в течение 20 рабочих дней с момента, когда мы впервые получили Вашу жалобу. Вам пришлют письменное уведомление о принятом решении.

**Как быть, если я не согласен с решением комитета Grievance and Appeal Committee?** Если Вы будете не согласны с решением, Вы можете подать заявление на рассмотрение жалобы в DHS, если Вы уже не сделали этого раньше. Вы также можете поговорить с одним из наших специалистов по правам участников или проконсультироваться о других вариантах с защитником.

# ВАРИАНТ ПОДАЧИ ЖАЛОБЫ № 2: Подача заявления на рассмотрение жалобы DHS

Вы также можете подать заявление в DHS на рассмотрение Вашей жалобы до, после или вместо подачи жалобы в *Inclusa*. DHS – это ведомство, отвечающее за программу Family Care. Цель рассмотрения жалобы в DHS заключается в том, чтобы выяснить, можете ли Вы и *Inclusa* найти решение в неофициальном порядке.

Очень часто Ваши проблемы можно решить напрямую с *Inclusa* до обращения в DHS. Мы не требуем, а рекомендуем начинать процесс с подачи жалобы в *Inclusa*.

# Чтобы подать заявление о рассмотрении жалобы в DHS, позвоните или направьте электронное сообщение:

**DHS Family Care Grievances** 

Бесплатный номер: 1-888-203-8338

Электронный адрес: <u>dhsfamcare@wisconsin.gov</u>

#### Что произойдет дальше?

Для рассмотрения жалоб DHS пользуется услугами внешней организации, которая называется "MetaStar". Если Вы подадите заявление на рассмотрение жалобы в DHS, с Вами свяжется MetaStar.

• MetaStar пришлет Вам письменный ответ, чтобы сообщить, что они получили Вашу жалобу.

- Они попросят у Вас предоставить информацию о том, чем вызвано Ваше беспокойство. Они также обратятся в группу, отвечающую за Ваше обслуживание. МеtaStar попытается решить Ваши проблемы в неофициальном порядке.
- **MetaStar не принимает решения**. Вместо этого они рассмотрят Ваши проблемы и попытаются найти в неофициальном порядке вариант, которое устроит и Вас и *Inclusa*.
- Если MetaStar сообщит DHS, что *Inclusa* не выполнила определенные требования, DHS может распорядиться, чтобы мы приняли меры для решения проблемы.
- MetaStar проведет рассмотрение жалобы и направит Вам письмо со своими выводами в течение 20 рабочих дней с момента получения Вашего заявления.

**Как быть, если я не согласен с результатами рассмотрения жалобы в DHS?** Если Вы будете недовольны результатами рассмотрения жалобы в DHS, Вы можете подать жалобу в *Inclusa*, если Вы уже не сделали этого раньше. Вы также можете поговорить с одним из наших специалистов по правам участников или проконсультироваться о других вариантах с правозащитником.

## Апелляции

#### Что такое апелляция?

Апелляция – это запрос на рассмотрение решения, принятого *Inclusa*. Например, Вы можете подать апелляцию, если группа, отвечающая за Ваше обслуживание, отказывает Вам в услуге или вспомогательном средстве, о котором Вы просили. Другими примерами могут служить решения об ограничении или прекращении оказания услуг или об отказе в оплате услуги.

#### Кто может подать апелляцию от моего имени?

От Вашего имени может подать апелляцию Ваш уполномоченный представитель, например, официальный опекун или человек, имеющий действующую доверенность на распоряжение медицинским обслуживанием. Жалобу от Вашего имени может подать Ваш родственник, друг или поставщик, если у них есть Ваше письменное разрешение.

#### По каким вопросам я могу подавать апелляцию?

Вы имеете право подать апелляцию в следующих ситуациях:

- 1.) Вы можете подать апелляцию, если *Inclusa*:
  - планирует прекратить, приостановить или сократить объем предоставления текущих утвержденных услуг.
  - решает отказать в услугах, о которых Вы просили и которые есть в пакете услуг Family Care.\*
  - принимает решение не оплачивать услуги, которые есть в пакете услуг.\*

Если мы примем одно из решений, указанных выше, мы должны направить Вам «Уведомление о решении» ("Notice of Action"). В уведомлении о решении указывается дата, с которой мы планируем прекратить, приостановить или ограничить объем предоставляемых Вам услуг. Образец уведомления о решении можно увидеть в Приложении 7.

\*Примечание: Family Care предоставляет услуги, перечисленные в таблице пакета услуг (смотрите стр. 20). Если Вы просите об услугах, не указанных в таблице, *Inclusa* не обязана предоставлять или оплачивать эту услугу. Мы рассмотрим Вашу просьбу, но если мы в ней откажем, Вы не можете подать апелляцию на наше решение. Мы направим Вам письмо с сообщением о том, что услуги, о которых Вы просили, не входят в пакет услуг.

- 2.) Вы можете подать апелляцию в следующих случаях:
  - Если Вам не нравится Ваш план обслуживания, потому что он:

- о не обеспечивает поддержку, необходимую Вам для проживания там, где Вы хотите жить.
- о не обеспечивает ухода, лечения или поддержки в достаточном объеме или не отвечает Вашим потребностям и предусмотренным целям. (Смотрите информацию о целях в Главе 3.)
- о требует от Вас получения ухода, лечения или поддержки, которых Вы не хотите получать или считаете неоправданно ограничивающими.
- *Inclusa* не может обеспечить:
  - о своевременной организации или предоставления услуг.
  - о принятия решения по Вашей апелляции в установленные сроки.

В указанных ситуациях *Inclusa* направит Вам уведомление о Ваших правах на подачу апелляции.

- 3.) Вы можете подать апелляцию в связи с решениями, касающимися Вашего права на участие в Family Care.
  - Не реже одного раза в год работник агентства Income Maintenance будет проверять Вашу информацию, чтобы убедиться, что Вы отвечаете финансовому критерию на участие в Family Care. Если Вы оплачиваете долевое участие, агентство Income Maintenance также проверит, правильную ли сумму Вы выплачиваете.

Если агентство Income Maintenance решит, что Вы больше не отвечаете финансовому критерию на участие в Family Care или что сумма Вашего долевого участия должна измениться, Вы получите от него уведомление с информацией о Вашем праве на участие в Family Care. На первой странице такого уведомления есть слова: «О Ваших льготах». На последней странице находится информация о Вашем праве на подачу заявления на проведение беспристрастного слушания штата (State Fair Hearing) в Division of Hearings and Appeals.

• Если изменения в Вашем состоянии повлияют на соответствие функциональному критерию Family Care, Вы получите об этом письменное уведомление.

Подача апелляции в Division of Hearings and Appeals является единственным способом опротестовать решения в отношении Вашего соответствия финансовому и функциональному критерию участия в программе Family Care. К ним относятся решения о Вашем долевом участии. Смотрите дополнительную информацию на стр. 67.

#### Каковы сроки подачи апелляции?

- Апелляцию необходимо подать как можно скорее.
- *Inclusa* направит Вам «Уведомление о решении», если мы:

- о планируем прекратить, приостановить или сократить объем утвержденных услуг, которые Вы получаете.
- о отклоняем Ваш запрос на новую услугу, причем эта услуга есть в пакете услуг Family Care.
- о откажемся оплатить услугу, входящую в состав пакета услуг Family Care.

**Вы должны подать апелляцию не позднее, чем через 45 дней после получения** «**Уведомления о решении**». (Например, если Вы получите уведомление почтой 1 августа, Вы должны подать апелляцию до 15 сентября включительно.)

Если Вы получите уведомление о Вашем праве на подачу апелляции, внимательно прочитайте его. В уведомлении может быть указан срок подачи апелляции. Вы также всегда можете обратиться за помощью к одному из наших специалистов по правам участников программы.

#### Какие у меня есть варианты?

Если Вы хотите подать апелляцию, у Вас есть три варианта. Вы можете:

- 1.) сначала подать апелляцию в *Inclusa*.
  - **→** Смотрите вариант № 1 на стр. 63.
- 2.) сначала подать заявление на рассмотрение нашего решения в DHS.
  - → Смотрите вариант № 2 (стр. 65), если Вы хотите подать апелляцию в DHS.
- 3.) сначала подать апелляцию в State Division of Hearings and Appeals (DHA).
  - → Смотрите вариант № 3 (стр. 67), если Вы хотите подать апелляцию в DHA.

#### Каждый вариант имеет свои правила, процедуры и сроки.

Вы не можете направить апелляцию в *Inclusa* или в Wisconsin Department of Health Services (DHS) **и одновременно** сделать заявку на проведение беспристрастного слушания в Division of Hearings and Appeals (DHA).

Заявку на проведение беспристрастного слушания можно подать вместо или после получения решения по апелляции от *Inclusa*.

Если Вы хотите, чтобы Ваш вопрос был рассмотрен **и в** *Inclusa* **и в** DHA, Вам нужно направить апелляцию в *Inclusa* **до** подачи заявки на проведение беспристрастного слушания в DHA. После того как Вы направите апелляцию в DHA, Вы уже не можете направить ту же апелляцию в *Inclusa*.

Подача апелляции в DHA является последней ступенью рассмотрения апелляции.

#### Продолжение оказания услуг в период рассмотрения апелляции

Если *Inclusa* примет решение о прекращении, приостановлении или сокращении объема услуг, которые Вы получаете в настоящее время, Вы имеете право просить *Inclusa*, DHS или DHA о продолжении оказания услуг в период рассмотрения апелляции.

Если Вы хотите, чтобы Вам продолжали предоставлять услуги, Вы должны:

- отправить апелляцию факсом или письмом с почтовым штемпелем, проставленным **не позднее** того числа (**включительно**), когда *Inclusa* планирует прекратить, приостановить или сократить объем предоставляемых услуг; **И**
- попросить о том, чтобы услуги предоставлялись в период рассмотрения апелляции.

Независимо от выбранного Вами варианта(ов) подачи апелляции, если Вы хотите продолжать получать услуги, Вы должны делать запрос на каждом уровне подачи апелляции. Например, если Вам предоставляли услуги в период рассмотрения апелляции в *Inclusa* и Вы проиграли дело, Вы снова должны попросить о продолжении услуг, если будете подавать апелляцию в DHS и(или) DHA.

Окончательное решение по апелляции может быть принято не в Вашу пользу. Если это произойдет, возможно, Вам придется компенсировать *Inclusa* стоимость услуг, которые Вы получали во время рассмотрения апелляции. Если Вы сможете продемонстрировать, что Вам тяжело будет это сделать финансово, это требование могут отменить.

Если Вы хотите, чтобы кто-то помог Вам с подачей апелляции, Вы можете поговорить с одним из специалистов по правам участников в *Inclusa*. Вам также может оказать помощь правозащитник. В качестве правозащитника может выступать член семьи, друг, адвокат, омбудсмен или любой другой человек, готовый Вам помочь. Программы омбудсмена могут помочь с подачей апелляции всем участникам Family Care. Информацию о том, как обратиться к правозащитнику, смотрите на стр. 69.

### ВАРИАНТ ПОДАЧИ АПЕЛЛЯЦИИ № 1: Подача апелляции в *Inclusa*

Чтобы подать апелляцию в *Inclusa*, Вы можете:

- **позвонить в** *Inclusa*. Если Вы будете подавать нам апелляцию по телефону, мы попросим Вас направить нам письменное заявление. По Вашему желанию специалист по правам участников поможет Вам составить апелляцию в письменном виде.
- направить заявление факсом или почтой. Копию бланка заявления смотрите в Приложении [insert appendix #] (стр. 98). Вы также можете получить бланк в Интернете по адресу: www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm.
- оформить Ваше заявление письмом или на листе бумаги и отправить его нам факсом или почтой на следующий адрес.

#### Чтобы подать апелляцию в *Inclusa*, звоните:

Member Relations
Toll Free 1-877-622-6700
TTY: 1-715-204-1799

Или отправьте почтой заполненный бланк заявления, письмо или письменное обращение на адрес:

Inclusa
Attn: Member Relations
3349 Church Street, Suite 1
Stevens Point, WI 54481

E-mail: MemberRelations@inclusa.org

#### Что произойдет дальше?

Если Вы подадите апелляцию в *Inclusa*, мы отправим Вам письмо в течение пяти рабочих дней, чтобы сообщить о получении апелляции. Затем мы попытаемся помочь в неофициальном порядке урегулировать проблему или найти решение, которое устроит и Вас и *Inclusa*. Если мы не сможем найти решение или если Вы не захотите помочь работникам *Inclusa* урегулировать Ваши проблемы в неофициальном порядке, Ваша апелляция будет рассмотрена на заседании нашего комитета по жалобам и апелляциям (Grievance and Appeal Committee).

- Мы сообщим Вам, когда комитет планирует собраться для рассмотрения Вашей апелляции.
- Комитет состоит из представителей *Inclusa* и, как минимум, одного «потребителя». Потребитель это человек, который также получает наши услуги или представляет кого-то, кто их получает. Иногда в состав комитета входят другие люди, которые специализируются в вопросах, затронутых в Вашей апелляции.

- Заседание носит конфиденциальный характер. Если Вас беспокоит вопрос конфиденциальности или другие вопросы, Вы можете попросить о том, чтобы потребителя не включали в состав комитета.
- У Вас есть право лично присутствовать на заседании. Вы можете привести с собой правозащитника, друга, члена семьи или свидетелей.
- На заседании, вероятно, будет присутствовать группа, отвечающая за Ваше обслуживание, или другие работники *Inclusa*.
- Комитет даст Вам возможность объяснить, почему Вы не согласны с решением группы, отвечающей за Ваше обслуживание. Вы или Ваш представитель можете представить информацию, привести свидетелей или описать Ваши проблемы, чтобы помочь комитету понять Вашу точку зрения.
- После того как комитет рассмотрит Вашу апелляцию, *Inclusa* пришлет Вам письмо о принятом решение в течение 20 рабочих дней с момента, когда мы впервые получили Вашу апелляцию. Принятие решения может занять у *Inclusa* до 30 рабочих дней, если:
  - о Вы попросите дать Вам больше времени для предоставления информации комитету, или
  - о нам понадобится больше времени, чтобы собрать информацию. Если нам понадобится дополнительное время, мы направим Вам письменное уведомление, объясняющее причину отсрочки.

#### Ускорение рассмотрения Вашей апелляции

У *Inclusa* есть 20 рабочих дней для того, чтобы принять решение по Вашей апелляции. Если Вы считаете, что такое продолжительное время ожидания может нанести серьезный вред Вашему здоровью или способности выполнять повседневные функции, Вы можете попросить об ускорении рассмотрения Вашей апелляции. Мы называем этот процесс - «срочное рассмотрение апелляции». О срочном рассмотрении апелляции можно просить только в том случае, если, по Вашему мнению, ожидание решения может нанести серьезный вред Вашему здоровью или способности функционировать. Если Вы попросите нас ускорить рассмотрение Вашей апелляции, мы примем решение о том, требует ли состояние Вашего здоровья срочного рассмотрения апелляции. Мы как можно скорее сообщим Вам о своем решении относительно ускоренного рассмотрения Вашей апелляции.

При срочном рассмотрении апелляции решение по Вашей апелляции принимается в течение 72 часов с момента получения Вашей заявки. В то же время, эти сроки могут быть продлены *Inclusa* до 14 дней, если необходима будет дополнительная информация или если такая отсрочка будет отвечать Вашим интересам. Если у Вас будет дополнительная информация, которую Вы захотите передать нам на рассмотрение, Вам нужно будет сделать это быстро.

Для подачи заявки на срочное рассмотрение апелляции обратитесь к:

Inclusa
Attn: Member Relations
3349 Church Street, Suite 1
Stevens Point, WI 54481

E-mail: MemberRelations@inclusa.org

Or call:

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

Что если я не буду согласен с решением комитета Grievance and Appeal Committee? Если Вы не согласитесь с решением комитета, Вы можете подать заявление на проведение беспристрастного слушания штата в Division of Hearings and Appeals (DHA) или, если Вы уже не сделали этого ранее, попросить о рассмотрении апелляции в DHS. Это нужно сделать в течение 45 дней после получения решения комитета Grievance and Appeal Committee. Если *Inclusa* не вынесет решение по апелляции в установленные сроки, Вы можете подать апелляцию в DHA.

# Рассмотрение апелляции в Department of Health Services

ВАРИАНТ ПОДАЧИ АПЕЛЛЯЦИИ № 2: Подача заявления на рассмотрение решения *Inclusa* в Department of Health Services (DHS)

DHS — это ведомство, которое отвечает за программу Family Care. Для рассмотрения решений, принятых *Inclusa*, DHS пользуется услугами внешней организации, которая называется "MetaStar". Работники MetaStar попытаются решить Ваши проблемы в неофициальном порядке.

**MetaStar не принимает решения**. Вместо этого они анализируют Ваши проблемы и пытаются найти в неофициальном порядке вариант, которое устроит и Вас и *Inclusa*.

Рассмотрение апелляции в DHS, как правило, не приводит к тому, что DHS приказывает *Inclusa* сделать то, что Вы хотите. DHS также не будет приказывать Вам согласиться с тем, что планирует сделать *Inclusa*. Но если MetaStar сообщит DHS, что мы не соблюдаем определенные требования, DHS может отдать распоряжение *Inclusa* принять меры по исправлению ситуации.

#### Как подать заявление на рассмотрение апелляции в DHS?

Заявление на рассмотрение в DHS можно подать по телефону или по электронной почте:

#### **DHS Family Care Appeals**

Бесплатный номер: 1-888-203-8338

Электронная почта: dhsfamcare@wisconsin.gov

#### В какие сроки подается заявление на рассмотрение апелляции в DHS?

Вы можете просить DHS рассмотреть решение *Inclusa* до или вместо подачи апелляции в *Inclusa* или DHA.

Нужно как можно скорее подать заявление в DHS на рассмотрение решения *Inclusa*. В DHS нужно обратиться за рассмотрением решения в течение 45 дней после получения «Уведомления о решении» от *Inclusa*. (Например, если Вы получили уведомление почтой 1 августа, Вы должны подать заявление на рассмотрение решения в DHS до 15 сентября включительно.)

Вы можете попросить о продолжении услуг в период рассмотрения апелляции, если подадите заявление *не позднее* той даты (включительно), когда *Inclusa* планирует прекратить, приостановить или сократить объем предоставления услуг.

#### Что произойдет дальше?

- MetaStar пришлет Вам письменный ответ, чтобы сообщить, что они получили Ваше заявление.
- Они свяжутся с Вами и спросят, почему Вы не согласны с решением *Inclusa*. Они также обратятся в группу, отвечающую за Ваше обслуживание. MetaStar попытается решить Ваши проблемы в неофициальном порядке.
- MetaStar проведет рассмотрение и направит Вам письмо со своими выводами в течение 20 рабочих дней с момента получения Вашего заявления.

**Как быть, если я не буду согласен с результатами рассмотрения апелляции в DHS?** Если Вы будете недовольны результатами рассмотрения апелляции в DHS, Вы можете подать апелляцию в *Inclusa*, если Вы не сделали этого ранее, или в Division of Hearings and Appeals. После получения письма с описанием выводов от MetaStar, Вы должны будете подать апелляцию в *Inclusa* или DHA в течение 45 дней.

## Беспристрастное слушание штата

# ВАРИАНТ ПОДАЧИ АПЕЛЛЯЦИИ № 3: Подача апелляции в Wisconsin Division of Hearings and Appeals (DHA)

Если Вы подадите апелляцию в Wisconsin Division of Hearings and Appeals (DHA), будет организовано беспристрастное слушание дела независимым судьей по административным делам. Судьи по административным делам никак не связаны с *Inclusa*. Более подробную информацию о беспристрастном слушании можно найти в Интернете на странице: www.doa.state.wi.us/Divisions/Hearings-Appeals.

**Подача апелляции в DHA является последней ступенью рассмотрения апелляции.** Если Вы сразу обратитесь в DHA, Вы уже не сможете подать ту же апелляцию в *Inclusa* или просить о пересмотре дела в DHS. В то же время, если Вы сделаете запрос на проведение беспристрастного слушания штата, DHS автоматически рассмотрит Вашу апелляцию.

#### Как подать запрос на проведение беспристрастного слушания штата?

Подать запрос на проведение беспристрастного слушания штата можно одним из следующих способов:

- направить заявление на бланке в DHA. Можно воспользоваться бланком из Приложения 5. Бланк также можно получить у специалиста по правам участников *Inclusa* или в одной из правозащитных организаций, указанных в этом пособии (смотрите стр. 69). Бланк также можно загрузить из Интернета по адресу: <a href="https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/f0/f00236.doc">www.dhs.wisconsin.gov/forms/f0/f00236.doc</a>.
- отправить письмо. Укажите свое имя, фамилию и контактную информацию и объясните причину подачи апелляции. Если Вы получили уведомление о решении или другую информацию о Ваших правах на подачу апелляции, можно вложить копию этого уведомления вместе с заявлением на проведение беспристрастного слушания штата. Не посылайте оригинал уведомления.

Специалист по правам участников или правозащитник могут помочь Вам оформить апелляцию в письменном виде. Об обращении к правозащитнику читайте на стр. 69.

#### Для подачи заявления на беспристрастное слушание штата

Направьте заполненный бланк заявления на слушание по адресу:

Family Care Request for Fair Hearing c/o Wisconsin Division of Hearings and Appeals P.O. Box 7875

Madison, WI 53707-7875

(или пошлите его факсом по номеру 608-264-9885)

#### Каковы сроки подачи апелляции в DHA?

Апелляцию нужно подать как можно скорее. Вы должны подать апелляцию в течение 45 дней после получения «Уведомления о решении» или другого уведомления о Ваших правах на апелляцию. (Например, если Вы получили уведомление почтой 1 августа, апелляцию нужно подать до 15 сентября включительно.) Если Вы начнете процесс подачи апелляции с обращения в *Inclusa* и получите решение, с которым Вы не согласны, Вам нужно будет подать заявление на проведение беспристрастного слушания штата в течение 45 дней с момента получения такого решения.

Вы можете попросить о продолжении оказания услуг в период проведения беспристрастного слушания, если подадите апелляцию *не позднее* того числа (*включительно*), с которого *Inclusa* планирует прекратить, приостановить или сократить объем предоставляемых услуг. Дополнительную информацию о продолжении услуг смотрите на стр. 62.

#### Что произойдет дальше?

- После того как Вы подадите заявление на проведение беспристрастного слушания штата, DHA направит Вам уведомление с информацией о дате, времени и месте проведения слушания.
- Слушание будет проводиться в приемной в Вашем округе или по телефону.
- Проводить слушание будет судья по административным делам.
- У Вас есть право принять участие в слушании. Вы можете привести с собой правозащитника, друга, члена семьи или свидетелей.
- На слушании будет присутствовать группа, отвечающая за Ваше обслуживание, или другие работники *Inclusa*, чтобы объяснить свое решение.
- Вам будет предоставлена возможность объяснить, почему Вы не согласны с решением группы, отвечающей за Ваше обслуживание. Вы или Ваш представитель можете представить информацию, привести свидетелей или описать Ваши проблемы, чтобы помочь судье по административным делам понять Вашу точку зрения.
- Судья по административным делам должен вынести решение в течение 90 дней после подачи Вами заявления на проведение слушания.

# Что можно сделать, если я не согласен с решением судьи по административным делам?

Если Вы не согласны с решением судьи по административным делам, у Вас есть два пути.

- 1.) Просить о проведении повторного слушания. Если Вы хотите, чтобы DHA пересмотрело свое решение, запрос нужно подать в течение 20 дней после вынесения решения судьей по административным делам. Судья по административным делам разрешает провести повторное слушание только в следующих случаях:
  - о Вы можете продемонстрировать, что была допущена серьезная ошибка в фактах или судопроизводстве, или
  - о у Вас появилась новая информация, которую Вы не могли получить и представить на первом слушании.

2.) Обратиться в окружной суд. Если Вы хотите обратиться в суд, нужно подать петицию в течении 30 дней после вынесения решения судьей по административным делам.

# Кто может мне помочь с жалобой или апелляцией?

Вы можете обратиться к одному из специалистов по правам участников *Inclusa* в любое время, когда Вам понадобится помощь, связанная с жалобой или апелляцией, или если у Вас возникнут вопросы о Ваших правах. С вопросами о процессах, связанных с жалобами и апелляциями, можно также обратиться к правозащитникам. Правозащитник может подробнее рассказать Вам о Ваших правах и помочь убедиться в том, что *Inclusa* обеспечивает Ваши нужды и цели ухода. По желанию Вы можете попросить любого человека выступить в роли защитника Ваших прав, включая членов семьи, друзей, адвокатов или других людей, готовых Вам помочь.

Ниже перечислены некоторые организации, в которые Вы можете обратиться за помощью. Специалист по правам участников может предоставить Вам информацию о том, куда еще можно обратиться за помощью.

#### Программы омбудсменов

Региональные программы омбудсменов могут оказать помощь, связанную с жалобами и апелляциями, всем участникам программы Family Care. Они могут своевременно отреагировать на Ваши проблемы. Обе программы омбудсменов, как правило, используют неофициальные переговоры для решения возникших вопросов без слушания.

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care (Управление штата Висконсин по делам пожилых людей и лиц, нуждающихся в длительном уходе) Омбудсмены этого агентства оказывают помощь в защите прав участников Family Care 60 лет и старше.

Board on Aging and Long Term Care 1402 Pankratz Street, Suite 111 Madison, WI 53704-4001 Бесплатный номер: 1-800-815-0015

Факс: 608-246-7001

http://longtermcare.state.wi.us

**Disability Rights Wisconsin (DRW)** (Программа омбудсменов по защите прав людей с ограниченными возможностями штата Висконсин)

Омбудсмены этого агентства оказывают помощь в защите прав участников Family Care моложе 60 лет.

Disability Rights Wisconsin 131 W. Wilson St., Suite 700

Madison, WI 53703 608-267-0214

Линия ТТҮ: 1-888-758-6049

Факс: 608-267-0368

Бесплатный номер, Madison: 1-800-928-8778 Бесплатный номер, Milwaukee: 1-800-708-3034 Бесплатный номер, Rice Lake: 1-877-338-3724

www.disabilityrightswi.org

# Глава 9. Выход из Inclusa

В любое время Вы можете принять решение о выходе из *Inclusa*. Мы не можем рекомендовать или советовать Вам выйти из программы Family Care на основании Вашей ситуации или состояния. В то же время в некоторых ситуациях Вам, возможно, придется покинуть программу даже вопреки Вашему желанию. Например, Вы перестанете быть участником программы, если потеряете право на получение Medicaid.

До выхода из программы *Inclusa* будет обеспечивать Вас обслуживанием. Вы можете выйти из программы, потому что потеряете право на получение помощи или потому что решите получать услуги по длительному уходу вне программы Family Care. Например, Вы можете решить воспользоваться услугами другой программы длительного ухода или другой организации, регулирующей медицинское обслуживание, если такие имеются.

#### 1.) Если Вы хотите выйти из Family Care.

Чтобы выйти из программы, обратитесь в Aging and Disability Resource Center (ADRC) (Центр помощи пожилым людям и людям с ограниченными возможностями) в Вашем районе (смотрите контактную информацию ADRC на стр.). ADRC также может ответить на любые вопросы, связанные с выходом из программы. Если Вы решите выйти из программы, Вы должны сообщить об этом группе, отвечающей за Ваше обслуживание.

Выйти из программы можно в любое время любого месяца года. Вы можете сами выбрать дату Вашего выхода из программы.

- 2.) *Inclusa* должна передать указанную ниже информацию в агентство Income Maintenance. Если Вы по-прежнему будете иметь право на участие в Family Care, с Вами встретится работник Income Maintenance. Если же агентство установит, что Вы потеряли это право, Вы будете исключены из программы Family Care.
  - Изменения в Ваших финансовых обстоятельствах, что может привести к невыполнению финансового критерия на получение Medicaid.
  - Вы больше не соответствуете функциональному критерию программы, что было установлено в ходе проверки Вашего функционального состояния Wisconsin Adult Long-Term Care.
  - Вы не оплачиваете свое долевое участие. Дополнительную информацию о долевом участии смотрите на стр. 42.
  - Вы навсегда выехали из зоны обслуживания *Inclusa*. Если группа, отвечающая за Ваше обслуживание, не сможет связаться с Вами на протяжении более 30 дней, мы направим заказное письмо на Ваш последний известный нам адрес. Если Вы на него не ответите, мы сообщим об этом агентству Income Maintenance, которое посчитает, что Вы переехали. Если Вы переехали или находитесь в длительной поездке, Вам нужно связаться с группой, отвечающей за Ваше обслуживание. Если

Вы планируете переезд в пределах штата Висконсин, Ваша группа может помочь Вам с продолжением оказания услуг по новому месту жительства, поэтому нужно предупредить ее о своих планах, связанных с переездом.

- Вы находитесь в тюрьме.
- Вы были приняты в заведение для людей с психическими заболеваниями (Institute for Mental Disease (IMD)) и потеряли право на Medicaid.
- Вы не принимали услуги в течение более 30 дней по неизвестным нам причинам. *Inclusa* направит заказное письмо на Ваш последний известный нам адрес. Если Вы не ответите, мы сообщим об этом в DHS. DHS определит, будете ли Вы исключены из программы.
- Вы отказываетесь от участия в планировании ухода, и мы не можем обеспечить Ваше здоровье и безопасность. В такой ситуации мы совместно с DHS определяем, будете ли Вы исключены из программы.
- Вы намеренно предоставили нам неверную информацию, которая влияет на Ваше право участия в программе.
- Вы постоянно мешаете работе или создаете опасные условия для нашего персонала, поставщиков или других участников. Это усложняет оказание услуг Вам и другим участникам. Вы не можете быть исключены из программы по этой причине, пока мы не получим разрешение от DHS.

Вас НЕ МОГУТ исключить из программы из-за ухудшения здоровья или потребности в дополнительных услугах.

**Если Вас исключают из программы Family Care или из** *Inclusa***, у Вас есть право подать апелляцию.** Вы получите от агентства Income Maintenance уведомление о причинах исключения Вас из программы. На первой странице уведомления будет написано: «О Ваших льготах». В уведомлении будет поясняться, как можно подать апелляцию. Дополнительную информацию смотрите в Главе 8 на стр. 59.

### ПРИЛОЖЕНИЯ

### 1. Определение важных терминов

**Насилие** — Физическое, психологическое или сексуальное насилие над человеком. Насилие также может включать пренебрежение, финансовую эксплуатацию, лечение без Вашего согласия и неоправданную изоляцию или ограничение движения. Полное описание видов насилия смотрите в Главе 6 (стр. 48).

**Судья по административным делам** – Должностное лицо, которое проводит беспристрастное слушание штата для урегулирования спора между участником программы и организацией, регулирующей медицинское обслуживание (Managed Care Organization (MCO)), участником которой он является. Информация о беспристрастном слушании штата приводится в Главе 8 (стр. 67).

Заблаговременное распоряжение – Письменное изложение желаний человека относительно его медицинского обслуживания. Заблаговременное распоряжение используется для того, чтобы медицинский персонал мог выполнить эти желания, если сам человек будет не в состоянии сообщить о них. Существуют различные виды заблаговременных распоряжений, которые называются по-разному. Примерами заблаговременных распоряжений могут служить распоряжение о медицинском обслуживании на случай неспособности принять решение (living will), доверенность на распоряжение медицинским обслуживанием (power of attorney for health care) или распоряжение об отказе от реанимации (do-not-resuscitate (DNR)). Дополнительную информацию о заблаговременных распоряжениях смотрите в Главе 6 (стр. 50).

**Правозащитник** — Человек, помогающий участникам программы убедиться в том, что MCO обеспечивает их нужды и цели ухода. Правозащитник может помочь участнику урегулировать разногласия с MCO в неофициальном порядке и также может представлять участника, который решил подать апелляцию или жалобу. В качестве правозащитника может выступать член семьи, друг, адвокат, омбудсмен или любой другой человек, готовый представлять участника.

**Aging and Disability Resource Center (ADRC)** (Центр помощи пожилым людям и людям с ограниченными возможностями) — Сервисные центры, которые предоставляют информацию и помощь, связанную со всеми аспектами жизни пожилых людей или людей с ограниченными возможностями. ADRC отвечает за организацию вступления в программу Family Care и выхода из нее.

**Апелляция** — Заявление о рассмотрении решения. Участники могут подать апелляцию, если они хотят, чтобы MCO изменила решение, принятое ее группой, отвечающей за обслуживание. Например, если группа принимает решение прекратить, приостановить или сократить объем оказания текущих услуг участнику, отказать в предусмотренной программой услуге, о которой просит участник, или не оплачивать предусмотренную программой услугу. Другие виды апелляций и процесс подачи апелляции описываются в Главе 8 (стр. 59).

**Имущество** – К имуществу относятся, помимо прочего, автомобили, наличные средства, расчетные или сберегательные счета, депозитные сертификаты и депозитные счета денежного рынка, а также денежная стоимость страхования жизни. Имущество, которым располагает человек, может частично влиять на определение его прав на получение Medicaid. Для участия в программе Family Care нужно иметь право на получение Medicaid.

**Уполномоченный представитель** — Человек, обладающий законным правом принимать решения за участника. Уполномоченный представитель может назначаться судом, это может быть человек, имеющий доверенность участника на распоряжение медицинским обслуживанием, или его опекун.

**Пакет услуг** – Услуги, которыми могут пользоваться участники Family Care. К ним относятся, помимо прочего, услуги по личной гигиене, помощь на дому, транспортные услуги, материалы медицинского назначения и помощь медсестры. Получаемые участником услуги должны быть предварительно утверждены группой, отвечающей за обслуживание участника, и указаны в его плане обслуживания. Полный список услуг, входящих в пакет услуг Family Care смотрите в Главе 4 (стр. 36).

План обслуживания — Текущий план, в котором документально оформлены цели, намеченные участником в области личного опыта и длительного ухода, его нужды, предпочтения и сильные стороны. В плане указаны услуги, которые участник получает от родственников или друзей, и описаны утвержденные услуги, предоставляемые МСО. Участник играет ключевую роль в процессе планирования. Группа, отвечающая за обслуживание, регулярно встречается с участником, чтобы обсудить его план.

Группа, отвечающая за обслуживание — Для каждого участника Family Care создается группа, отвечающая за его обслуживание. Участник является центром этой группы. Группа включает участника, по меньшей мере одного социального работника [or care manager or social services coordinator] и дипломированную медсестру. Участники могут выбирать других членов группы, отвечающей за их обслуживание, например, родственника или друга. В зависимости от потребностей участника в состав группы могут входить другие специалисты, например, специалист по трудотерапии или физиотерапии или специалист по психическому здоровью. Группа, отвечающая за обслуживание, совместно с участником оценивает его нужды, определяет цели ухода и составляет план обслуживания. Группа утверждает, координирует и контролирует услуги.

**Выбор** – Программа Family Care поддерживает выбор участника в отношении получаемых услуг. Выбор означает, что участник влияет на решение о том, как и когда будут предоставляться услуги. Выбор также означает, что участники несут ответственность за оказание помощи группе, отвечающей за их обслуживание, в определении финансово-выгодных услуг. Участники также могут управлять оказанием одной или нескольких услуг, воспользовавшись вариантом самоуправляемой поддержки (SDS).

**Долевое участие** – Ежемесячный взнос, который некоторые участники могут быть обязаны вносить в оплату предоставляемых услуг. Долевое участие зависит от дохода и определяется агентством Income Maintenance. Чтобы сохранять право на получение Medicaid и Family Care, участники должны оплачивать долевое участие ежемесячно. Смотрите информацию о долевом участии в Главе 5 (стр. 42).

Финансовая выгодность – Вариант, который обеспечивает эффективное достижение определенных участником целей в области длительного ухода с соблюдением разумного уровня затрат и усилий. При определении путей обеспечения целей в области длительного ухода участник и группа, отвечающая за обслуживание, пользуются методом принятия решения для распределения ресурсов – Resource Allocation Decision (RAD). После этого участник вместе с группой анализируют варианты и выбирают наиболее выгодный в финансовом плане (не обязательно самый дешевый) путь обеспечения целей, намеченных участником.

**Department of Health Services (DHS)** (Департамент здравоохранения) – Ведомство штата Висконсин, которое руководит программами Medicaid штата, включая Family Care.

**Рассмотрение DHS** – Рассмотрение жалобы или апелляции участника Департаментом здравоохранения – Department of Health Services (DHS). DHS проводит рассмотрение жалоб и апелляций совместно с MetaStar. MetaStar анализирует проблемы участника и пытается урегулировать их в неофициальном порядке. При рассмотрении DHS не выносит решения. Информацию о рассмотрении DHS смотрите в Главе 8 (стр. 48).

Выход/исключение из программы – Процесс выхода участника из программы Family Care. Участник может выйти из программы Family Care в любое время. В некоторых случаях МСО приходится исключать участника. Например, МСО исключит из программы участника, если он потеряет право на получение Medicaid или навсегда выедет за пределы штата. Процесс выхода/исключения из программы Family Care объясняется в Главе 9 (стр. 71).

**Division of Hearings and Appeals (DHA)** (Отдел слушаний и апелляций) – Ведомство штата Висконсин, которое занимается слушанием апелляций по программе Medicaid, связанных с Family Care. Когда участник подает апелляцию, судьи по административным делам, работающие в этом отделе, проводят беспристрастные слушания штата. Отдел не зависит от MCO и DHS. Информацию о беспристрастном слушании смотрите в Главе 8 (стр. 67).

Вступление – Вступление в Family Care производится на добровольной основе. Чтобы вступить в программу, нужно обратиться в центр Aging and Disability Resource Center (ADRC) по месту жительства. ADRC определяет, соответствует ли кандидат функциональному критерию на участие в Family Care. Агентство Income Maintenance определяет, соответствует ли кандидат финансовому критерию на получение Medicaid и участие в Family Care. Если человек имеет право на участие в Family Care и хочет вступить в эту программу, он должен заполнить и подписать регистрационную форму.

Возмещение за счет имущества – Процесс возмещения штатом Висконсин затрат на услуги Medicaid, полученные человеком по программе длительного ухода, финансируемой Medicaid. Штат получает компенсацию за счет имущества после смерти участника(цы) и его(ее) супруги(а). Полученные средства возвращаются в программу Medicaid в целях использования для организации ухода за другими получателями Medicaid. Более подробно о возмещении за счет имущества можно прочитать в Главе 5 (стр. 46).

**Срочное рассмотрение апелляции** – Процесс, которым могут воспользоваться участники для ускорения рассмотрения их апелляции. Они могут просить МСО ускорить рассмотрение апелляции, если, по их мнению, стандартное время ожидания может нанести серьезный вред их здоровью или возможности выполнять ежедневные функции. Информация о срочном рассмотрении апелляции содержится в Главе 8 (стр. 64).

**Family Care** – Программа длительного ухода за немощными пожилыми людьми, взрослыми людьми с нарушениями в развитии и умственными нарушениями и взрослыми людьми с физическими нарушениями. Family Care предоставляет финансово-выгодные, комплексные, гибкие услуги, приспосабливаемые к нуждам каждого участника. Программа нацелена на повышение самостоятельности и качества жизни участников, но при этом признается потребность во взаимозависимости и поддержке.

**Финансовый критерий** — Финансовый критерий связан с правом на получение Medicaid. Агентство Income Maintenance оценивает доход человека и его имущество и определяет, имеет ли он право на получение Medicaid. Чтобы участвовать в программе Family Care, человек должен иметь право на получение Medicaid.

**Функциональный критерий** – Для определения того, соответствует ли человек функциональному критерию на участие в Family Care, проводится функциональная проверка по программе длительного ухода штата Висконсин (Wisconsin Long Term Care Functional Screen). В ходе функциональной проверки собирается информация о состоянии здоровья человека и о том, нужна ли ему помощь, чтобы помыться, одеться и сходить в туалет.

**Жалоба** — Выражение неудовлетворения обслуживанием, услугами или другими общими вопросами. Предметом жалобы может быть качество ухода, отношения между участником и группой, отвечающей за его обслуживание, и права участника. Глава 8 (стр. 55) содержит объяснения, связанные с жалобами, включая процесс их подачи.

**Опекун** – Если человек не может самостоятельно принимать решения о своей жизни, суд может назначить ему опекуна.

**Агентство Income Maintenance** – Работники агентства Income Maintenance определяют, соответствует ли человек финансовому критерию на получение Medicaid, Family Care и других государственных льгот.

**Уровень ухода** — Связан с объемом помощи, необходимой человеку для выполнения повседневной деятельности. Чтобы участвовать в программе Family Care, участники должны нуждаться в «уходе на уровне пансионата с сестринским уходом» или «уходе, не соответствующем пансионату с сестринским уходом». Оказываемые участнику услуги зависят от уровня ухода. Список услуг, предусмотренных для ухода на уровне пансионата с сестринским уходом и не на уровне такого пансионата, приводится в Главе 4 (стр. 36).

**Длительный уход** — Различные услуги, которые могут быть необходимы людям в связи с ограниченными возможностями, преклонным возрастом или хроническим заболеванием, которые ограничивают их способность выполнять обычные повседневные функции. К ним относится прием ванной, одевание, приготовление пищи или работа. Длительный уход может оказываться на дому, по месту жительства или в различных учреждениях, включая пансионаты с сестринским уходом и пансионаты для пожилых людей.

**Цели в области длительного ухода** — Ситуация, условие или обстоятельства, которые отражают максимальный уровень самостоятельности участника по его личному определению или определению группы, отвечающей за его обслуживание. В ходе анализа группа, отвечающая за обслуживание, вместе с участником оценивает его потребности в медицинском обслуживании и способность выполнять повседневные функции. Группа, отвечающая за обслуживание, использует эту информацию, чтобы определить для участника цели в области длительного ухода. С учетом целей в области длительного ухода МСО утверждает предоставляемые услуги.

Цели также могут быть клиническими и функциональными. Клинические цели связаны с физическим, психологическим или эмоциональным здоровьем участника. Примером клинической цели может служить способность легче дышать. Функциональные цели связаны со способностью участника выполнять определенные задачи. Примером функциональной цели может быть способность спуститься по лестнице.

Managed Care Organization (MCO) (организация, регулирующая медицинское обслуживание) – Агентство, которое управляет программой Family Care.

**Medicaid** – Программа медицинского обслуживания и длительного ухода, которой управляет Wisconsin Department of Health Services (DHS). Medicaid также называют "Medical Assistance," "MA" и "Title 19." Чтобы стать участником Family Care, нужно иметь право на получение Medicaid.

**Medicare** — Федеральная программа медицинского страхования для людей 65 лет и старше, некоторых людей моложе 65 лет с определенными нарушениями и людей, страдающих почечной недостаточностью конечной стадии (хроническая почечная недостаточность, требующая лечения диализом или трансплантации почки). Medicare покрывает госпитализацию, врачебные услуги, рецептурные лекарства и другие услуги.

**Участник** – Человек, отвечающий функциональному и финансовому критериям и вступивший в программу Family Care.

Специалист по правам участника — Работник МСО, который оказывает поддержку и помощь участникам в понимании их прав и обязанностей. Специалист по правам участников также помогает участникам понять процесс подачи и рассмотрения жалобы и апелляции и может оказать помощь участникам, желающим подать жалобу или апелляцию. Информацию о жалобах и апелляциях смотрите в Главе 8 (стр. 54).

**MetaStar** – Агентство, которое Wisconsin Department of Health Services (DHS) привлекает к рассмотрению жалоб и апелляций и проведению независимой проверки качества работы MCO. Информацию о рассмотрении в DHS смотрите в Главе 8 (стр. 57 и 65).

**Естественные источники поддержки** – Люди в Вашей жизни, которые уже приняли решение помогать Вам.

**Уровень ухода, не соответствующий пансионату с сестринским уходом** — Участники, соответствующие данному уровню ухода, имеют определенную потребность в услугах длительного ухода, но это не дало бы им права на проживание в пансионате с сестринским уходом. На этом уровне набор предоставляемых услуг Family Care несколько ограничен. В Главе 4 (стр. 36) приводится список услуг, предусмотренных для

участников, нуждающихся в уходе, не соответствующем уровню пансионата с сестринским уходом.

Уведомление о решении – Письменное уведомление от МСО с пояснением определенного изменения в оказании услуг и его причин(ы). МСО обязана направить участнику уведомление о решении, если она отказывает в заявке на предоставление оплачиваемой услуги, отказывается платить за оплачиваемую услугу или планирует прекратить, приостановить или сократить объем предоставления услуги участнику. Дополнительную информацию об апелляциях смотрите в Главе 8 (стр. 59).

Уведомление о правах на апелляцию – Письменное уведомление, направляемое участникам, которое объясняет варианты подачи апелляции. МСО обязана отправлять уведомление о правах на апелляцию участникам в том случае, если она своевременно не предоставила услуги или нарушила сроки принятия решения по апелляции. МСО также должны отправлять такое уведомление, если участнику не нравится план его обслуживания, поскольку он не поддерживает целей в области длительного ухода или требует от участника получения ухода против его желания. Агентства Income Maintenance направляют участникам уведомления о правах на апелляцию, когда участники теряют право на участие в Family Care по финансовым или функциональным причинам. Дополнительную информацию об апелляциях смотрите в Главе 8 (раде 59).

**Уровень ухода как в пансионате с сестринским уходом** – Участники, которые соответствуют этому уровню ухода, имеют потребности, достаточно серьезные для того, чтобы дать им право на получение услуг в пансионате с сестринским уходом. Для этого уровня ухода выделяется очень широкий набор услуг Family Care. Список услуг, предусмотренных для участников, соответствующих уровню ухода как в пансионате с сестринским уходом, смотрите в Главе 4 (стр. 36).

**Омбудсмен** – Человек, который расследует сообщения о проблемах и помогает участникам их решить. Организация Disability Rights Wisconsin предоставляет услуги омбудсмена потенциальным и действующим участникам Family Care моложе 60 лет. Организация Board on Aging and Long Term Care предоставляет услуги омбудсмена потенциальным и действующим участникам Family Care возрастом 60 лет и старше. Контактную информацию указанных агентств смотрите на стр. 69.

**Цели в области личного опыта** — Цели, которые участник ставит в отношении своей жизни. Для одного участника целью в области личного опыта может быть поддержание такого уровня здоровья, который позволит ему наслаждаться приходом его внуков, а для другого — быть самостоятельным настолько, чтобы жить в своей квартире. Список категорий, в которых определяются цели в области личного опыта, смотрите в Главе 3 (стр. 25).

**Доверенность на распоряжение медицинским обслуживанием** – Юридический документ, с помощью которого человек может дать кому-то полномочия на принятие определенных решений, связанных с медицинским обслуживанием, от его имени в случае, если он не будет в состоянии принимать такие решения самостоятельно.

**Предварительное разрешение (предварительное утверждение)** – Группа, отвечающая за обслуживание, должна утвердить услуги до того, как участник начнет их

получать (за исключением экстренных ситуаций). Если участник будет получать услуги или обратится к поставщику, не входящему в сеть МСО, МСО может отказаться платить за такие услуги.

**Сеть поставщиков** — Агентства и лица, которые заключили договор на предоставление услуг с МСО. В число поставщиков входят сиделки, лица, осуществляющие личный уход, лица, осуществляющие поддерживающий уход на дому, агентства медицинского обслуживания на дому, пансионаты для пожилых людей и пансионаты с сестринским уходом. Группа, отвечающая за обслуживание, должна утвердить услуги до того, как участник выберет поставщика из справочника. Информацию о сети поставщиков МСО смотрите в Главе 3 (стр. 29).

Услуги в учреждениях для проживания – К учреждениям для проживания, где оказываются услуги, относятся дома семейного типа (adult family homes (AFHs)), пансионаты по месту жительства (community-based residential facilities (CBRFs)), квартирные комплексы с предоставление ухода (residential care apartment complexes (RCACs)) и пансионаты с сестринским уходом (nursing homes). Все услуги, оказываемые в учреждениях для проживания, должны утверждаться группой, отвечающей за обслуживание участника.

Метод принятия решения о распределении ресурсов (Resource Allocation Decision (RAD) Process) – Инструмент, с помощью которого участник и группа, отвечающая за его обслуживание, определяют наиболее эффективные и выгодные пути удовлетворения нужд участника и обеспечения целей в области длительного ухода.

**Проживание и питание** — Часть затрат на пребывание в учреждениях с проживанием, связанные с арендной платой и затратами на пищу. Участники отвечают за оплату своих расходов на проживание и питание. Информацию о проживании и питании смотрите в Главе 5 (стр. 43).

Самоуправляемая поддержка (Self-Directed Supports (SDS)) – SDS – это подход, с помощью которого участники могут организовать, купить и управлять некоторыми из услуг по длительному уходу. При этом участники несут повышенную ответственность, обладают гибкостью и контролем в отношении предоставляемых услуг. При применении SDS участники могут принять решение контролировать и нести ответственность за свой бюджет, выделяемый на услуги, и могут контролировать своих поставщиков, в том числе, нести ответственность за наем, обучение, руководство и увольнение работников, осуществляющих непосредственный уход. Участники могут по желанию самостоятельно управлять одной или несколькими услугами.

**Зона обслуживания** – Географический район, где должен проживать участник, чтобы поступить в *Inclusa* и оставаться ее участником. Список зон обслуживания *Inclusa* смотрите в Главе 2 (стр. 24).

**Беспристрастное слушание штата** — Слушание, которое проводится судьей по административным делам, работающим в State of Wisconsin Division of Hearing and Appeals (DHA). Участники могут подать заявление на проведение беспристрастного слушания штата, если они хотят опротестовать решение, принятое группой, отвечающей за их обслуживание. Участники также могут просить о проведении беспристрастного

слушания штата, если они подали апелляцию в свою MCO и недовольны ее решением. Уведомления о решении и уведомления о правах на апелляцию содержат информацию для участников о том, как подать заявление на проведение беспристрастного слушания. Информацию о беспристрастном слушании штата смотрите в Главе 8 (стр. 67).

### 2. Определение услуг, входящих в пакет услуг Family Care

# Определение услуг, оказываемых на дому или по месту жительства лицам, отказавшимся от пребывания в специализированных учреждениях

Полные определения можно получить по заявке Данные услуги не предоставляются участникам с уровнем ухода, не соответствующим пансионатам с сестринским уходом.

Адаптивные средства помощи — это средства управления или технические средства, позволяющие людям усовершенствовать свои возможности по выполнению ежедневных функций или регулировать условия проживания (включая подъемники для пациентов, пульты управления и т.д.). Адаптивные средства помощи также включают услуги, помогающие людям получать доступ, участвовать и функционировать в окружающем их обществе. К ним относится переоборудование транспортного средства (например, подъемник для микроавтобуса, ручное управление), а также может включать первоначальное приобретение служебной собаки и расходы на текущее ветеринарное обслуживание служебной собаки. (За исключением корма и внепланового ветеринарного обслуживания служебных собак.)

**Услуги по дневному уходу за взрослыми** – предоставление услуг в определенный период суток для группы взрослых людей, которые не проживают в учреждении, но нуждаются в занятиях, которые разнообразят их социальную жизнь или полезны для здоровья, или нуждаются в помощи с выполнением функций повседневной жизнедеятельности, контроле и(или) защите. Услуги могут включать личный уход и наблюдение, приготовление легких закусок, медицинский уход и транспортировку до учреждения дневного ухода и обратно.

Вспомогательные технологии / средства общения означают предмет, оборудование или производительную систему, которые повышают, поддерживают или расширяют функциональные возможности участников дома, на работе и в общении с окружающими. К услугам относятся устройства или услуги, которые помогают участникам слышать, говорить или видеть, такие как коммуникационные системы, слуховые аппараты, речевые аппараты, переводчики и электронные технологии (компьютерные планшеты, мобильные устройства, программное обеспечение).

Услуги по управлению обслуживанием (также известны как «ведение пациента» или «координация услуг») предоставляются группой, отвечающей за обслуживание. Центральную роль в группе, отвечающей за обслуживание, играет сам участник. Группа состоит, как минимум, из дипломированной медсестры и социального работника [or care Manager or social services coordinator] и может включать других специалистов в зависимости от потребностей участника, его родственников или другие естественные источники поддержки по просьбе участника. Услуги включают оценку, планирование ухода, выдачу разрешения на оказание услуги и контроль за состоянием здоровья и благополучия участника.

Консультационные клинические и оздоровительные услуги помогают лицам, оказывающим бесплатный уход, и платным помощникам выполнять план лечения или поддержки участника. Услуги включают оценку, составление планов лечения на дому, планов поддержки, терапевтического вмешательства, обучение и техническую помощь в выполнении этих планов. Услуги также включают обучение лиц, оказывающих уход, и помощников, которые обслуживают участников со сложными потребностями (выходящими за рамки обычного ухода).

Образование и обучение потребителей — это услуги, предназначенные для оказания помощи человеку с ограниченными возможностями в развитии умений, связанных с защитой своих прав, поддержании самоопределения, осуществлении своих гражданских прав и получении навыков, необходимых, чтобы управлять другими услугами поддержки и нести за них ответственность. Эти услуги включают образование и обучение участников, ухащивающих за ними лиц и законных представителей. В число оплачиваемых расходов может входить стоимость регистрации, расходы на книги и другие учебные материалы, а также транспортировка на учебные курсы, конференции и другие аналогичные мероприятия.

Консультации и оздоровительные услуги — это услуги, связанные с лечением личных, социальных, физических, медицинских, поведенческих, эмоциональных, когнитивных проблем, психологических нарушений, а также алкогольной или иной наркотической зависимости. Услуги могут включать помощь в адаптации к старению и ограниченным возможностям, помощь в межличностном общении, развлекательную терапию, арттерапию, консультации по питанию, медицинские консультации, консультации по контролю веса и консультационную помощь при утрате близких.

Обучение повседневным жизненным навыкам предназначено для обучения участников, их родных и близких навыкам по выполнению функций повседневной жизнедеятельности, включая умения, повышающие самостоятельность участников и их участие в общественной жизни. Примером может служить обучение обращению с деньгами, уходу за домом, приготовлению пищи, обучение мобильности, навыкам личного ухода и навыкам, необходимым для получения доступа и использования общественных ресурсов.

**Дневные услуги** – это проведение регулярных запланированных занятий в учреждении, не предназначенном для проживания, (в дневном центре) для совершенствования социальных навыков и развития умений по осуществлению ежедневной деятельности и участию в общественной жизни.

Услуги по управлению финансами помогают участникам и их семьям распоряжаться средствами, выделяемыми на услуги, или личными финансовыми средствами. Эти услуги заключаются в том, что человек или агентство оплачивают работу поставщиков услуг после того, как участник дает разрешение на оплату услуг, входящих в его план самоуправляемой поддержки. Услуги по управлению финансами также включают оказание помощи участникам в составлении бюджета собственных средств для обеспечения наличия ресурсов для ухода за домом и оплаты других важных расходов.

**Доставка еды на дом** (иногда называется «еда на колесах») включает расходы на покупки и планирование, связанные с пищевыми продуктами, припасами, оборудованием, трудозатратами и транспортными услугами по доставке пищи один или два раза в день для участников, которые не могут готовить или получать полноценное питание без посторонней помощи.

Переустройство дома — это предоставление услуг и материалов, необходимых для оценки потребности, организации и выполнения переустройства или усовершенствования жилых помещений участника для обеспечения доступа или повышения безопасности. Переустройство дома может включать материалы и услуги, такие как пандусы, лестничные подъемники, подъемники для инвалидных кресел, переоборудование кухни или ванной, специальные приспособления для обеспечения доступа или безопасности, а также управляемые голосом, светом, движением устройства и электронные приборы, которые повышают уверенность участника в своих силах и возможность жить независимо.

Консультации по жилищным вопросам – это услуга, помогающая участнику в приобретении жилья в районе, где владение жильем или его аренда не входят в объем предоставляемыхуслуг. Консультации по жилищным вопросам включают изучение вариантов покупки дома в собственность или аренды жилья, определение финансовых ресурсов, определение предпочтений в выборе места и вида жилья, определение потребностей в обеспечении доступа и переоборудовании, а также поиск жилья.

Система вызова неотложной медицинской помощи — это услуга, обеспечивающая прямую связь (по телефону или с помощью других электронных систем) между человеком, проживающим в определенном районе, и медицинскими работниками, для получения немедленной помощи в случае физического или эмоционального кризиса или чрезвычайной экологической ситуации.

Услуги предпрофессионального обучения включают изучение и опыт работы по развитию общих, не связанных с определенной профессией навыков и умений участника, которые помогут ему найти оплачиваемую работу в условиях, где он сможет взаимодействовать с людьми без ограниченных возможностей. Данные услуги предусматривают развитие общих навыков и обучение таким умениям, как умение эффективно общаться с начальством, коллегами и клиентами, умение вести себя и одеваться в соответствии с принятыми на рабочем месте правилами, умение следовать распоряжениям, выполнять задания, умение решать связанные с работой проблемы, а также обучение общей технике безопасности на рабочем месте и обучение мобильности. Услуги предпрофессионального обучения предназначены для планирования поиска работы по месту проживания, где работник будет получать оплату в размере минимальной заработной платы или выше, но не ниже средней зарплаты или уровня льгот, предоставляемых за такую же или аналогичную работу, выполняемую людьми без ограниченных возможностей.

Услуги по переезду — это услуги и средства, которые понадобятся участнику для переезда из специализированного учреждения или пансионата семейного типа в жилищные условия, предусматривающие его самостоятельное проживание, в определенном районе. Услуги по переезду могут включать оплату перевозки личных вещей участника, оплату общей уборки и услуг по организации быта, оплату гарантийного взноса, оплату расходов на подключение коммунальных услуг и установку телефона, покупку необходимой мебели, телефонов, посуды, основной бытовой техники для уборки, бытовых средств, обстановки для ванной и спальни и кухонных приборов.

Уход с проживанием: дом семейного типа с проживанием 1-2 взрослых — это место, где оператор предоставляет уход, лечение, поддержку или услуги помимо проживания и питания для одного-двух взрослых человек. Услуги, как правило, включают поддерживающий уход на дому, личный уход и наблюдение. Также могут включать транспортировку и развлекательные/социально-культурные мероприятия, поведенческую и социальную поддержку и обучение навыкам повседневной жизни.

Уход с проживанием: дом семейного типа с проживанием 3-4 взрослых – это место, где 3-4 взрослых человека, не являющиеся родственниками лицензиата, проживают и получают уход, лечение или услуги помимо проживания и питания, что может включать до семи часов сестринского ухода на одного проживающего в неделю. Услуги, как правило, включают поддерживающий уход на дому, личный уход и наблюдение. Также могут включать поведенческую и социальную поддержку, обучение навыкам повседневной жизни и транспортировку.

Уход с проживанием: пансионат по месту жительства (Community-based residential facility, CBRF) — это учреждение семейного типа, где пять или более взрослых людей, не являющиеся родственниками оператора или администратора, проживают и получают уход, лечение, поддержку, наблюдение и обучение, транспортировку, а также до трех часов в неделю сестринского ухода на каждого проживающего.

Уход с проживанием: квартирный комплекс с предоставлением ухода (Residential care apartment complex, RCAC) – это учреждение семейного типа по месту жительства, где пять или более взрослых человек проживают в своих собственных отдельных жилищных блоках. Услуги включают поддерживающие услуги (стирка, уборка), личный уход, услуги медсестры (уход за раной, выдача лекарств) и помощь в случае чрезвычайной ситуации.

Помощь на время отсутствия людей, обычно осуществляющих уход — это услуги, предоставляемые на кратковременной основе, для облегчения ежедневного напряжения и трудностей ухода члену семьи или основному человеку(людям), осуществляющему уход. Такая помощь может оказываться в доме участника, в учреждении для проживания с уходом, в больнице или в пансионате с сестринским уходом.

Услуги по самоуправляемому личному уходу — это услуги по оказанию помощи участникам в выполнении их повседневной деятельности и домашней работы, которые нужны им для того, чтобы жить во внебольничных условиях. Повседневная деятельность включает помощь с купанием, приемом пищи, одеванием, приемом лекарств, гигиеной рта, волос и кожи, приготовлением пищи, оплатой счетов, мобильностью, пользованием туалетом, перемещением и пользованием транспортом. Участник выбирает человека или агентство для предоставления ему услуг в соответствии с распоряжением врача и планом, ориентированным на нужды участника.

Услуги квалифицированной медсестры — необходимые по медицинским показаниям квалифицированные сестринские услуги, которые могут быть предоставлены только высококвалифицированной практикующей медсестрой, дипломированной медсестрой (RN) или лицензированной практикующей медсестрой (LPN) работающей под наблюдением дипломированной медсестры. Квалифицированная сестринская помощь включает наблюдение и регистрацию симптомов и реакций, выполнение общих сестринских процедур и практик и может включать периодическую оценку медицинского состояния участника и текущий контроль за сложным или неустойчивым состоянием здоровья.

Специализированное медицинское оборудование и материалы — это то, что необходимо для поддержания здоровья участника, контроля болезни или управления физическим состоянием, улучшения функционирования или повышения самостоятельности. К разрешенным продуктам относится продукция по уходу при недержании, перевязочные материалы, ортопедические аппараты, средства энтерального питания (зондовое кормление), некоторые нерецептурные препараты, необходимые по медицинским показаниямрецептурные средства ухода за кожей /смазывающие вещества, рецептурный витамин D, мультивитамины или кальциевые добавки и сопутствующие материалы для капельниц.

**Брокер по оказанию поддержки** – это человек, которого участник выбирает для оказания ему помощи в планировании, получении и распоряжении самоуправляемой поддержкой (SDS).

Услуги по оказанию помощь в трудоустройстве (услуги по оказанию помощи в трудоустройстве отдельным лицам и небольшим группам) предназначены для участников, которые из-за своих ограниченных возможностей нуждаются в постоянной поддержке для получения и поддержания конкурентной занятости в условиях работы с людьми без ограниченных возможностей. Результатом такой услуги является постоянная оплачиваемая работа по минимальной ставке заработной платы или выше в обычных условиях работы с людьми без ограниченных возможностей в соответствии с личными и карьерными целями.

- Услуги по индивидуальному трудоустройству индивидуализированы и могут включать профессиональный подбор и оценку, связанную с трудоустройством, планирование трудоустройства с учетом индивидуальных особенностей, подыскание работы, разработку трудоустройства, встречу с будущими работодателями, анализ трудоустройства, подготовку и обучение определенной работе, транспортировку, услуги по карьерному развитию или помощь в создании собственного бизнеса.
- Услуги по трудоустройству небольших групп это услуги и обучение, предоставляемые на уровне коммерческих предприятий, промышленности или общественных организаций для групп от двух до восьми работников с ограниченными возможностями. Примером могут служить мобильные бригады и другие работающие на коммерческой основе рабочие коллективы, в состав которых входят небольшие группы работников с ограниченными возможностями, которые работают в районе проживания. Услуги могут включать профессиональный подбор и оценку, связанную с трудоустройством, планирование трудоустройства с учетом индивидуальных особенностей, трудоустройство, услуги по поиску работы, встречу с будущими работодателями, анализ трудоустройства, обучение и систематическую подготовку, подготовку и обучение определенной работе, транспортировку, услуги по карьерному развитию или помощь в создании собственного бизнеса.

Организация помощи и ухода на дому (SHC) включает услуги, которые непосредственно помогают участникам выполнять повседневные функции и удовлетворять личные нужды для обеспечения возможности полноценного проживания в своем доме и в обществе. Услуги могут включать оказание помощи в одевании, купании, приеме лекарств, приеме пищи, пользовании туалетом, уходе за внешностью, перемещении, оплате счетов, пользовании транспортом и уходе за домом.

**Услуги по обучению лиц, оказывающих бесплатный уход,** помогают людям, которые предоставляют бесплатный уход, обучают, являются компаньонами, наблюдают за участниками и оказывают им другую помощь. Обучение заключается в ознакомлении с режимами лечения и другими услугами, входящими в план по уходу участника, обучении пользованию оборудованием, указанным в плане обслуживания, и объяснении, при необходимости, как обеспечить безопасное функционирование участника в обществе.

# Транспортные услуги (специализированные перевозки) – Местный общественный и другой транспорт

- Услуги местного общественного транспорта помогают участникам получить доступ к общественным услугам, мероприятиям и ресурсам. Услуги могут включать билеты или проездные, а также транспортировку участников и их сопровождающих лиц к месту назначения. Исключает перевозку машинами скорой помощи.
- Другие транспортные услуги помогают участникам, самостоятельно управляющим своим уходом, получать медицинские услуги, оплачиваемые Medicaid и не относящиеся к неотложной помощи. Услуги могут включать билеты или проездные, компенсацию за пробег в милях, а также транспортировку участников и их посетителей к месту назначения. Исключает перевозку, не связанную с медицинскими целями, предоставляемую местным общественным транспортом – см выше. Исключает перевозку машинами скорой помощи.

Поддержка и планирование будущего трудоустройства — это предназначенная для отдельного человека услуга по совместному с группой планированию и поддержке с трудоустройством, которая помогает участникам получить, сохранить и развивать работу или собственный бизнес. Услуги могут включать составление плана трудоустройства, проведение анализа преимуществ и поддержки трудоустройства лиц с ограниченными возможностями, координация действий группы по ресурсам, ознакомление с профессиями и подтверждение целей трудоустройства, помощь в поиске работы, последующий контроль трудоустройства и долгосрочную поддержку.

### 3. Заявление на снижение размера долевого участия

#### **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**

STATE OF WISCONSIN

Division of Medicaid Services F-01827 (02/2017) Administrative Rule DHS 10.34

#### APPLICATION FOR REDUCTION OF COST SHARE

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

#### Request for Reduction of Cost Share

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

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

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

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

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

TTY: 711

Fax: 608-266-5629

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

#### Who Can Help Me Complete This Form?

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

#### Independent Ombudsman Agencies:

For people under age 60: Disability Rights Wisconsin Call the office closest to you: Toll Free Madison 800-928-8778 Milwaukee 800-708-3034 Rice Lake 877-338-3724 TTY 888-758-6049

#### For people 60 years old and older:

Wisconsin Board On Aging and Long Term Care Call Toll Free 800-815-0015

#### **Benefit Specialists:**

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

F-01827 (02/2017) Page 3 of 5

#### APPLICATION FOR REDUCTION OF COST SHARE

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

Section 1—Applicant Information			
Last Name	First Name		Middle Initial
Mailing Address—Street	City	State	Zip Code
Telephone Number	Email Address		
Name of Managed Care Organization (MCO) Member is	Enrolled in		
Date of Birth (mm/dd/yyyy)	Medicaid ID Number or CARES	3 ID	
Section 2—Authorized Representative (complete this	section if applicable)		
Last Name—Representative	First Name—Representative		Middle Initial
Mailing Address—Street	City	State	Zip Code
Telephone Number	Email Address		
A. Source of Authority to Act as Member's Represen	tative:		
Check the boxes that apply. <i>Proof Required:</i> For any box grants you the authority to act as the member's represent activated power of attorney document.	you have checked, attach a copy		
☐ Guardian of Estate ☐ Guardian of the Person	☐ Power of Attorney for Finances	☐ Atto	rney
□ Power of Attorney for Health Care □ Other—Specify:			
Section 3—Current Cost Share and Amount of Cost S			
Answer the questions below. <i>Proof Required:</i> Attach a constate of Wisconsin.		from the M	ICO or the
A. What is your current monthly cost share amount?  (This is the amount of cost share you must pay to the	MCO now.)	\$	per month
B. What is the amount of monthly cost share you cal (This is the amount of cost share you would pay the I granted.)		\$	per month
Section 4—Why Cost Share Reduction is Necessary			
Please explain why you need a reduction in cost share (a	ttach additional pages, if needed)	i:	

F-01827 (02/2017)	Page 4 of 5
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. <i>Proof required:</i> Attach docum statement, annual tax return, statement from a pension or annuity compayour checking or savings account from social security, pension, or annuity	any, paystubs, bank records of deposits into
A. Total monthly <i>gross</i> income (This is income before taxes,	ty. 
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	\$ per month
are taken out). Also known as "take-home" pay.	
C. Source of income	AMOUNT
TYPE	AMOUNT
☐ Social Security	\$
□ Pension	\$
☐ Annuity	\$
☐ Other	¢
Specify:	\$
☐ Other	\$
Specify:	<b>1</b>
☐ Other	\$
Specify:	<u> </u>
☐ Other	\$
Specify:	
Section 7—Current Monthly Living Expenses  A. List your total monthly necessary living expenses below. <i>Proof i</i>	required: Attach decumentation such as a
copy of a mortgage statement, rental agreement or lease, condo fee	
utility bill.	miretee, property and any meanance any
TÝPE	AMOUNT
☐ Mortgage	\$
□ Rent	\$

F-01827 (02/2017) Page 5 of 5 ☐ Home owner's insurance \$ \$ ☐ Renter's insurance \$ □ Property taxes □ Condo fees \$ ☐ Phone \$ □ Gas \$ □ Electric \$ ☐ Sewer/septic \$ □ Water \$ □ Food \$ □ Clothing \$ ☐ Hygiene \$ ☐ Maintenance and operation of vehicle \$ □ Other \$ Specify: □ Other \$ Specify: ☐ Other \$ Specify: □ Other \$ Specify:
Section 8—Fair Hearing Request Have you requested a fair hearing with the Wisconsin Department of Administration, Division of Hearings and Appeals regarding your cost share amount? 

Yes 

No If yes, what is the date the hearing occurred or is set to occur? Date (mm/dd/yyyy)

Date Signed

SIGNATURE - Member or Authorized Representative

# 4. Образец уведомления о решении

# FAMILY CARE УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОБОЧНЫХ ВЫГОД NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION

Date Notice Mailed

Members Name Member/Legal Decision Maker's Street Address	Member's ID or MCI Number
City, State, Zip Code	
Уважаемый(мая) Member's Name,	
Это уведомление подтверждает нашу дискуссию insert date.	
Услуга или поддержка, о которой идет речь: insert service in question	
Изучив варианты с вами с помощью Resource Allocation Decision (RAD о распределении ресурсов), мы приняли решение:	) (процесса принятия решения
□ Прекратить текущее обслуживание.	
Фактическая дата вступления в силу предполагаемого действия:	
□ Сократить текущее обслуживание.	
Фактическая дата вступления в силу предполагаемого действия:	
Описание текущего уровня:	
Новый уровень после сокращения:	
□ Приостановить текущие услуги.	
Фактическая дата вступления в силу предполагаемого действия:	
Ожидаемая дата возобновления обслуживания:	
□ Отказ запроса на обслуживание или поддержку.	
Дата запроса:	
□ Ограничить запрос на обслуживание.	
Дата запроса:	
Описание запрашиваемого уровня:	
Авторизованный уровень обслуживания	
или поддержки:	
□ Отказ от оплаты обслуживания или поддержки.	
Дата запроса:	
Дата(ы) предоставления услуги:	
DHS/DMS E 00232B (04/2010)	Page 1 of 5

Снабженец или поставщик:
Сумма платежа отклоняется:
Причина нашего решения заключается в том, что:
Услуга или поддержка не являются эффективным способом поддержки ваших результатов.
Вам не нужна эта услуга или уровень обслуживания или поддержки, чтобы поддержать ваш результат.
Ш Мы уже поддерживаем ваш результат по-другому.
Получаемая вами услуга или поддержка не были авторизованы.
Получаемая вами услуга или поддержка от поставщика вне сети не была авторизована.
$\square$ Неофициальная поддержка (или другая поддержка) доступна, чтобы предоставить эту услугу или поддержать этот результат для вас.
□ Эта услуга или поддержка не считается безопасным способом поддержки ваших результатов.
☐ Эта услуга или поддержка - не самый экономически эффективный способ поддержать ваши результаты.
Другая причина:
Объяснение решения: This explanation is for the member. MCO should include rationale used to make the decision and/or recommneded alternative(s)
Это решение основано на законе штата Wisconsin, регулирующем систему Family Care, Wis. Admin. Code § DHS 10.44(2)–(3).
Если вы не согласны с этим решением, на следующих страницах описаны ваши варианты.
С уважением,
care manager name Care Manger title phone number
RN care manger name RN Care Manager title phone number
Копия вашего дела
Вы имеете право на бесплатную копию информации в вашем деле, касающейся этого решения. Информация означает документы, данные и другие связанные материалы. Если вы решите обжаловать это решение, вы имеете право на любую новую или дополнительную информацию, которую МСО пате собрала во время вашей апелляции. Чтобы запросить копию вашего дела, обратитесь к арргоріаte contact по phone number.
DHS/DMS F-00232R (01/2019) Page <b>2</b> of <b>5</b>

- 1. Помощь: Кто может помочь вам понять это уведомление и ваши права?
  - а. Специалист Error! Reference source not found. по правам участников может проинформировать вас о ваших правах, попытаться неофициально разрешить ваши проблемы и помочь вам с подачей апелляции. Специалист по правам участников не может представлять вас на совещании с нашим Grievance and Appeal Committee (Комитетом по рассмотрению жалоб и апелляций) или в объективном разбирательстве на уровне штата. Чтобы связаться со специалистом по правам участников, позвоните по Member Rights Specialist phone number.
  - Б. Любой, кто получает услуги Family Care может получить бесплатную помощь от независимого омбудсмена. Следующие агентства выступают за участников программы Family Care:

#### Для участников в возрасте от 18 до 59 лет:

Disability Rights Wisconsin Toll Free: 800-928-8778 Madison: 608-267-0214 Milwaukee: 414-773-4646 Rice Lake: 715-736-1232

TTY: 711

#### Для участников в возрасте 60 лет и старше:

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care

Toll Free: 800-815-0015

TTY: 711

- Обжалование этого решения. Если вы не согласны с этим решением, у вас есть два варианта апелляции:
  - a. Error! Reference source not found.'s Grievance and Appeal Committee (Комитет по рассмотрению жалоб и апелляций)

Вы имеете право попросить о встрече с Grievance and Appeal Committee (Комитетом по рассмотрению жалоб и апелляций) Error! Reference source not found. Комитет состоит из представителей Error! Reference source not found. и как минимум одного человека, который также получает услуги от нас (или который представляет такое лицо). У вас есть право появляться лично, по собственному желанию. Вы можете привести представителя, друга, члена семьи или свидетелей. Вы также можете представить доказательства и свидетельские показания в этот комитет.

Чтобы подать апелляцию в Grievance and Appeal Committee (Комитет по рассмотрению жалоб и апелляций) Error! Reference source not found., позвоните по appropriate contact phone number. Вы также можете начать процесс, отправив форму запроса или письмо. Вы можете получить форму запроса от Error! Reference source not found. или одного из перечисленных выше независимых агентств омбудсмена. Или вы можете выйти в Интернет и получить форму по адресу: <a href="https://www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm">www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm</a>

Отправьте заполненную форму запроса или письмо с просьбой о встрече и копию этого уведомления по адресу: MCO address

b. Объективное разбирательство на уровне штата

DHS/DMS F-00232R (01/2019)

Page 3 of 5

Если вы попросите о проведении объективного разбирательства на уровне штата, вы будете иметь дело с независимым судьей. Вы можете привести представителя, друга, члена семьи или свидетелей. Вы также можете представить доказательства и свидетельские показания в этот комитет. Если вы подаете запрос на проведение объективного разбирательства на уровне штата, Wisconsin Department of Health Services автоматически рассмотрит вашу апелляцию.

Позвоните по Error! Reference source not found. чтобы попросить специалиста по правам участников помочь вам подать запрос на проведение объективного разбирательства на уровне штата. Вы также можете получить форму для слушания в одном из независимых агентств омбудсмена, перечисленных выше, или в Интернете по адресу www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm.

Отправьте заполненную форму запроса или письмо с просьбой о проведении слушания и копию этого уведомления по адресу:

Family Care Request for Fair Hearing Wisconsin Division of Hearings and Appeals PO Box 7875 Madison, WI 53707-7875

Fax: 608-264-9885

Важное примечание: вы можете подать запрос на проведение объективного разбирательства на уровне штата вместо или после того, как обратились в Grievance and Appeal Committee (Комитет по рассмотрению жалоб и апелляций) Error! Reference source not found. по поводу апелляции. Если вы сначала выберете объективное разбирательство на уровне штата, то не сумеете с этим вопросом вернуться к Grievance and Appeal Committee (Комитет по рассмотрению жалоб и апелляций) Error! Reference source not found.. У вас также есть возможность запросить пересмотр в Wisconsin Department of Health Services. Это не является апелляцией. Для получения дополнительной информации см. Раздел 5.

#### Продолжение предоставления услуг во время подачи апелляции на сокращение, приостановку или прекращение предоставления услуги.

Если вы получаете льготы и запрашиваете апелляцию до изменения ваших льгот, вы имеете право продолжать получать те же льготы до тех пор, пока не будет принято решение по вашей апелляции. Если вы хотите сохранить свои льготы во время апелляции, ваш запрос должен быть отправлен по почте или по факсу в день или panee insert effective date of intended action. Если Grievance and Appeal Committee (Комитет по рассмотрению жалоб и апелляций) Error! Reference source not found. или судья постановит, что Error! Reference source not found. были правы, вам может потребоваться выплатить дополнительные льготы, которые вы получали в период между тем, как вы подали апелляцию, и временем, когда Error! Reference source not found.'s Grievance and Appeal Committee (Комитет по рассмотрению жалоб и апелляций) или судья примут решение. Однако, если это повлечет за собой большое финансовое бремя, от вас, возможно, не потребуется выплата этой суммы

#### 4. Срок подачи вашей апелляции.

Вам советуется подать апелляцию как можно скорее.

Ваш апелляция объективного разбирательства на уровне штата должна быть отправлена по почте или факсу не позднее, чем через 45 календарных дней после получения этого уведомления.

Ваша апелляция в Grievance and Appeal Committee (Комитет по рассмотрению жалоб и DHS/DMS F-00232R (01/2019) Page 4 of 5

апелляций) Error! Reference source not found. должна быть отправлена по почте или факсу не позднее 60 календарных дней с даты, указанной на первой странице данного уведомления.

**Важно**: Если вы хотите продолжить льготы во время апелляции, ваш запрос должен быть отправлен по почте или факсу в день или ранее Error! Reference source not found..

#### 5. Department of Health Services: пересмотр.

У вас есть право выбора пересмотра нашего решения через MetaStar, внешнюю организации по контролю качества для Wisconsin Department of Health Services. MetaStar постарается решить ваши проблемы в неофициальном порядке. Вы можете попросить, чтобы ваши услуги продолжались во время проверки, если вы запросите проверку не позднее даты Error! Reference source not found. Если вы подаете запрос на проведение объективного разбирательства на уровне штата, MetaStar автоматически рассмотрит вашу апелляцию. Пожалуйста, обратите внимание: MetaStar не может требовать от нас изменения нашего решения.

Чтобы попросить MetaStar немедленно рассмотреть ваше дело или узнать больше о рассмотрении MetaStar, звоните по телефону 888-203-8338. Вы также можете запросить рассмотрение MetaStar по почте, факсу или электронной почте.

DHS Family Care Grievances MetaStar 2909 Landmark Place Madison, WI 53713

Факс: 608-274-8340 Электронная почта: dhsfamcare@dhs.wisconsin.gov

#### 6. Ускорение апелляции через Error! Reference source not found. .

Вы можете попросить Error! Reference source not found. ускорить вашу апелляцию. Если Error! Reference source not found. что использование стандартного количества времени может нанести серьезный ущерб вашему здоровью или способности выполнять вашу повседневную деятельность, мы предоставим вам более быструю апелляцию, которая называется «ускоренная апелляция». Это означает, что вы получите решение по вашему делу в течение 72 часов после вашего запроса. Если вы хотите узнать больше об ускоренной апелляции, свяжитесь с Error! Reference source not found. используя МСО phone number

DHS/DMS F-00232R (01/2019)

Page 5 of 5

# 5. Бланк заявления об апелляции *Inclusa*

**DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES** Division of Medicaid Services

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

F-00237 (01/2019)

#### APPEAL REQUEST - INCLUSA

Completing this form is voluntary. Personally identifiable inforidentify your case and process your request only.	mation collect	ed on this form is used to
Name – Member		Today's Date
Mailing Address		
City	State WI	Zip Code
Check this box if you would like to appeal Inclusa's deci Inclusa Grievance and Appeal Committee.	sion by reques	sting a meeting with the
Continuing your services during an appeal of a reduction service	n, suspension	, or termination of a
If you are getting benefits and you ask for an appeal before y the same benefits until a decision on your appeal has been in during your appeal, your request must be postmarked or faxe intended action. If the Grievance and Appeal Committee de you may need to repay the extra benefits that you got between the time that the Grievance and Appeal Committee makes a large financial burden, you might not be required to repay this	nade. If you wa ed <b>on or befor</b> cides that Incluen the time you decision. Howe	ant to keep your benefits the effective date of the usa's decision was correct, a asked for your appeal and
Check this box if you would like to request the sam appeal.	e services to	continue during your
Copy of your case file You have a right to a free copy of the information in your case means documents, records and other related material includi Inclusa gathers during your appeal.		
Check this box if you would like to receive the infor related to your appeal.	mation in you	ır case file from Inclusa
SIGNATURE - Member		te Signed
Mail or fax this form to:  Inclusa  Attn: Member Services Department 3349 Church St, Suite 1 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.

#### Inclusa:

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

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

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

- · Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, call Inclusa at 715-204-1805 or toll-free at 877-622-6700, Monday through Friday, 8 a.m. to 4:30 p.m. TTY users should call 715-204-1799.

## 6. Бланк заявления на проведение беспристрастного слушания штата

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES Division of Medicaid Services F-00236R (01/2019) STATE OF WISCONSIN Wis. Stats. § 46.287(2)(c)

# ЗАПРОС О БЕСПРИСТРАСТНОМ СЛУШАНИИ REQUEST FOR A STATE FAIR HEARING

Заполнение этой формы является добровольным. Личная информация, собранная в этой форме, используется только для идентификации дела и обработки вашего запроса

форме, и	спольз	уетс	ся только для и	дентификации	дела и обработки ваше	го запроса.	
Имя – Уч	Лмя — Участник			Телефон	Medicaid идентификационный номер		
Почтовый адрес		Программа Пратину Саге Рагtnership PACE					
Город				Индекс	Managed Care Organization (организация в системе здравоохранения) (МСО)		
Сегодня	иняя да	та			Фактическая дата вступления в силу		
Апелляция связана с: Кратко опишите изменения в об / поддержке:		ения в обслуживании					
∐ Измен План ухо		обо	луживании/под	держке 📙			
□Да	□ Нет	1.		нию жалоб и аг	в Grievance and Appeal пелляций) вашей МСО (		
□ Да	□ Нет	2.	Если вы ответили «да» на вопрос номер один (1), запрашивали ли вы продолжения тех же услуг на время апелляции в МСО (организации в системе здравоохранения)?				
□ Да	_ Нет	3.	Если вы ответили «да» на вопрос номер один (1), появлялись ли вы перед Grievance and Appeal Committee (Комитетом по рассмотрению жалоб и апелляций) МСО (организации в системе здравоохранения)?				
□Да	Нет	4.	Если вы ответили «да» на третий (3) вопрос, получили ли вы решение от Grievance and Appeal Committee (Комитета по рассмотрению жалоб и апелляций) МСО (организации в системе здравоохранения)? (Пожалуйста, приложите копию решения, если доступно.)				

# Продолжение ваших услуг во время апелляции на сокращение, приостановку или прекращение обслуживания

Если вы получаете льготы и просите о беспристрастном слушании до изменения ваших льгот, вы можете продолжать получать те же льготы до тех пор, пока не будет принято решение по вашему беспристрастному слушанию. Если вы хотите сохранить свои льготы на время беспристрастного слушания, ваш запрос должен быть отправлен по почте или по факсу в день вступления в силу предполагаемого действия или ранее. Если судья решит, что решение вашей МСО (организации в системе здравоохранения) было правильным, вам, возможно, потребуется выплатить дополнительные льготы, которые вы получили между тем временем, когда вы подали запрос на беспристрастное слушание, и временем, когда судья

примет решение. Однако, если это повлечет за собой большое финансовое бремя, от вас, возможно, не потребуется выплата этой суммы.
□ Сделайте отметку в этой клетке если вы желаете запросить продолжение тех же услуг во вашей апелляции.
Копия вашего дела
Вы имеете право на бесплатную копию информации в вашем деле, касающейся вашей жалобы или апелляции. Информация означает документы, данные и другие связанные материалы. Это включает любую новую или дополнительную информацию, которую ваша МСО (организация в системе здравоохранения) собирает во время вашей апелляции. Чтобы запросить копии, свяжитесь с вашим менеджером по уходу или специалистом по правам участников.
ПОДПИСЬ – Участник Дата
подписания
Отправьте по почте или по факсу этот бланк <b>А ТАКЖЕ</b> копию Уведомления об определении нежелательной выгоды или письма с решением по адресу:

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

Ваша организация в системе здравоохранения:

Предоставляет бесплатные средства и услуги людям с ограниченными возможностями для эффективного общения с нами, такие как:

- Квалифицированные переводчики жестового языка
- Письменная информация в других форматах (крупный шрифт, аудио, доступные электронные форматы, другие форматы)

Предоставляет бесплатные языковые услуги людям, чей основной язык не является английским, например:

- Квалифицированные переводчики
- Информация, написанная на других языках

Если вам нужны эти услуги, обратитесь к своему менеджеру по уходу или специалисту по правам участников.

## 7. Правила соблюдения конфиденциальности

# **Notice of Privacy Practices**

#### Inclusa

This Privacy Practices Notice describes how health care information about you may be used and disclosed, and how you can get access to this information.

Please read the notice carefully.

•

We are required to protect the privacy of health care information about you, to notify you of our legal duties and privacy practices with respect to your protected health information, and to notify you following a breach of unsecured protected health information. This Privacy Notice tells you about your rights regarding information about you that is kept in health care records. You can look at this anytime to see how your health care records are used by Inclusa as part of your care, and who gets to see them.

This Privacy Notice includes answers to the following questions:

- 1. What is health care information?
- 2. Who can see health care information about you without your written authorization?
- 3. Who cannot see health care information about you unless you give written authorization?
- 4. What are your rights regarding health information about you?

## Changes to this Privacy Notice.

We are required to abide by the terms of this notice currently in effect. We reserve the right to change this Privacy Notice. We reserve the right to make the changed Privacy Notice apply to the health care records we already have about you in addition to any information we receive in the future. The Member Handbook will contain the most current Privacy Notice available. You will be offered an updated Member Handbook each year. We will also post a copy of the current Privacy Notice on Inclusa's website. The effective date of the notice can be found in the lower left-hand corner of the first page.

### 1. What is Health Care Information?

Any information that can identify you and relates to your past, present, or future physical or mental health or condition; the provision of health care to you; or the past, present, or future payment for the provision of health care to you, is considered your protected health care information. Inclusa may have health care information regarding services we provide to you or payment for services provided to you or information about your past, present, or future health condition. We are required by law to protect health care information about you. We are required to follow the policies in the most current Privacy Notice available.

Health care information about you is kept in a health care record. This health care record contains your assessments, your member-centered plan, and other information related to your care. Each time you visit or are visited by your Community Resource Coordinator, Health & Wellness Coordinator, or other professionals on behalf of Inclusa, a record of the visit is made. This health care record serves as:

- a starting point for planning your care, treatment and any needed follow-up care;
- a means of communication among your care team and the many professionals who contribute to your care;
- a means by which you or a third-party payer (for example, insurance carriers, Medicare, Medicaid) can verify that services billed were actually provided; and
- a tool that can be used to evaluate and continually improve the care given and progress made.

Understanding what is in your health care record and how your health care information is used helps you to:

- make sure health care information about you in the record is correct;
- better understand who, what, when, where, and why others may access health care information about you; and
- make better-informed decisions when you authorize health care information about you to be shared with others in situations where your consent is required to share the information.

# 2. Who Can Access Health Care Information About You Without Your Written Authorization?

Listed below are reasons why we use and may share your health information without your written authorization:

- For Treatment: We are permitted to use and share health care information about you with health care individuals involved in your care. We are also permitted to share information about you with your health care providers. For example, your Health & Wellness Coordinator may call your pharmacist to reorder medications for you. We are permitted to use and share health information about you with providers of service under contract with Inclusa. For example, a Community Resource Coordinator may need to speak with a transportation provider to arrange transportation for you.
- For Payment: We are permitted to use and share your health care information so that the services you receive through Inclusa may be billed to, and payment collected from, your insurance company, Medicare, and/or Medical Assistance. For example, Inclusa may use health care information about you to pay a provider who has provided long-term care services to you, or Inclusa, or your care team may work with your Income Maintenance Worker to make sure you maintain financial eligibility for Family Care.
- For Health Care Operations: We can use and share your health care information for our operations. We may use health care records to review our treatment and services and to evaluate the performance of our staff in caring for you. We also may remove all information that identifies you from a set of health care information so that others may use that information to study health care and the health care delivery without learning who the specific people are. For example, health care information may be collected and analyzed to improve the quality of our services.
- To Business Associates for Treatment, Payment and Quality Assurance: We may use and share your health care information for our business operations. This using and sharing is necessary to run Inclusa and to make sure that all members receive quality care. We have written agreements with our business associates for administrative purposes, including payment of claims for your services or management of our member-related software system. For example, Inclusa has a contract with WPS to pay claims on our behalf. WPS is considered a business associate to Inclusa We have a formal written agreement with WPS to protect your health care information.

### Special Situations

- Individuals Involved in Your Care or Payment of Your Care: We may use or disclose health care information to a family member, other relative, a close personal friend, or any other person identified by you when you are present and you, based on your participation, do not object to the sharing of health care information. If you are not present, or you are not able to agree because you are hurt or experiencing an emergency, we may use our professional judgment to determine whether sharing your health care information is in your best interest. We may also share health care information about you in order to notify your family member, other relative, a close, personal friend, or an agency involved in disaster relief efforts of your location, general condition, or death.
- As Required By Law: We will share your health care record when required to do so by federal, state, or local law. For example, state law requires us to report abuse and neglect. If we believe you are a victim of abuse or neglect, we may share health care information about you to governmental authorities, including protective services as authorized by law to receive such reports. Another example would be during an officially declared disaster or crisis if it is necessary to help ensure your safety or your community's safety or to prevent disease. However, if you have specific preferences on how we disclose this information under these circumstances, or if you wish to opt out of any disclosure, please let us know and if we agree with the limitations, we will follow your instructions unless there is a specific legal prohibition against it.
- **Health Oversight Activities:** We will share your health care information with a health oversight agency as authorized by the law for audits, investigations, inspections, and licensure. These activities are necessary to monitor the health care system, government programs, and compliance with civil rights laws. For example, the State of Wisconsin's Department of Health Services contracts with an agency to provide quality oversight of Inclusa. The oversight agency may conduct file reviews of records to assure compliance with contract requirements.
- **Lawsuits and Disputes:** If you are involved in a lawsuit or a dispute, we will share your health care information in response to a court or administrative order. We may also share your health care information in response to a subpoena or other lawful process. For example, a subpoena may require disclosure, or a judge may order us to disclose health care information about you.

- If You Dis-enroll and go to Another Family Care Agency: Should you leave Inclusa and sign up for Family Care through another agency, we may be asked to provide a copy of your most recent Long Term Care Functional Screen. Once the request has been verified as a legitimate request, Inclusa will release the screen to them without requesting your permission.
- Other: If you have given someone medical power of attorney, or if someone is your legal guardian, that person can exercise your rights and make choices about your health information. We will make sure the person has this authority and can act for you before we take any action. Another exception includes organ transplants; we can also share health information about you with organ procurement organizations.

In addition, under some circumstances, we may share your health care information permitted or as required by law:

- to report and/or investigate a death (including sharing information with the coroner, medical examiners, or funeral directors)
- Worker's Compensation claims;
- for judicial and administrative proceedings;
- · with protection agencies, advocacy agencies, and ombudsmen programs;
- to a facility to which you may be involuntarily committed;
- to avert a serious threat to health or safety; and
- to a law enforcement or correction agency.

Uses or disclosures of your health care information for other purposes or activities not listed above will be made only with your written permission. If you give us permission to use or share your health care information, you may cancel your permission in writing at any time. If you cancel your permission, we will no longer use or share your health care information for the reasons covered by your written permission. However, we are unable to take back anything we had given already with your permission.

# 3. Who Cannot See Health Care Information About You Unless You Give Written Authorization?

Other than the uses and disclosures described generally above, we will not use or disclose health care information about you without authorization, or signed permission, from you or your legal decision maker. We would get authorization or signed permission from you, or your legal decision maker, by having you sign an Release of Information for Use and Disclosure of Confidential Information form.

Most uses and disclosures of psychotherapy notes, uses and disclosures of protected health information for marketing purposes, and disclosures that constitute a sale of protected health information, require your written authorization.

Inclusa does not conduct any fundraising, marketing, or medical research. We do not sell any of your information. We do ask members to respond to a survey, provided annually, on their satisfaction with care provided by Inclusa Participation in the survey is always voluntary and you always have the option to say no.

Inclusa is prohibited from the use or disclosure of protected health information for underwriting purposes, including your genetic information. This is required by the Genetic Information Nondiscrimination Act (GINA) of 2008.

### 4. What Are Your Rights Regarding Health Care Information about You?

You have the following rights regarding the health care information we maintain about you:

- The Right to Ask for Limitations: You have the right to ask for a limitation on the health care information we use or share about you for treatment, payment, or health care operations. You also have the right to ask for a limit on the health care information we share about you to someone who is involved in your care, or the payment for your care, such as a family member or friend. Inclusa must comply with your request to restrict disclosure of your health information to a health plan if:
  - (A) The disclosure is for the purpose of carrying out payment or health care operations and is not otherwise required by law; and
  - (B) The protected health information pertains solely to a health care item or service for which you or a person on your behalf has paid Inclusa in full.

In your request, you must tell us:

- what information you want to limit;
- whether you want to limit Inclusa's use and/or disclosure of the information;
- to whom you want the limits to apply (for example, sharing information with your spouse); and
- your contact address and daytime phone number.

We are not required to agree with your request, especially in those situations where your consent is not required before disclosing the information as described above. If we do agree, we will honor your request unless the information is needed to provide you with emergency treatment. Inclusa will notify you in writing with our decision.

- The Right to Request Confidential Communications: You have the right to request that we speak with you about your services in a certain way or at a certain location. Your request must specify how or where you wish to be contacted. We will accommodate all reasonable requests. For example, you can ask that we only contact you by telephone at work or that we only contact you by mail at home.
- The Right to Inspect and Receive a Copy: You have the right to inspect and receive a copy of your health care information that may be used to make decisions about your care. Usually, this includes case notes and billing records. Psychotherapy notes may not be seen by others or copied. We will provide you a copy or summary of your health information, usually within thirty (30) days; however, under unique circumstances we do have an option of taking a thirty (30) day extension. If there is a delay, we must notify you in writing why we need the extra time and when we think we will be able to fulfill your request. All requests for information must be in writing. Your care team can provide you with a request form and help you fill out the request.

If you request a copy of your health care information, we may charge a fee for the costs of copying, mailing, or other supplies associated with your request. We may deny your request to see or receive a copy in certain very limited circumstances. If you are denied access to your health care information, we will notify you in writing. You may request that the denial be reviewed. The person conducting the review will not be the person who denied your request. We will follow through with the outcome of the review.

• The Right to Amend: If you think there is something wrong or missing in your health care information, you may ask that it be changed. You have the right to request a change to your Inclusa member file. You must include a reason that supports your request. We may say no to your request, but we will tell you why in writing within sixty (60) days.

We may deny your request for a change if it is not in writing or does not include a reason to support the request. In addition, we may deny your request if you ask us to change information that:

- was not created by Inclusa;
- the person or entity that created the information is no longer available to make the amendment;
- is not part of the health care information kept by or for Inclusa; or
- is accurate and complete.

Inclusa will notify you in writing whether we agree or do not agree with your amendment request.

Additionally, if we grant the request, we will make the correction and distribute it to all necessary recipients as well as those you ask to receive the corrected information. If we deny your request for a change to your health care information, we will notify you how you may file a complaint with Inclusa

- The Right to be Notified of a Breach of your Personal Health Information: With the exceptions outlined under HIPAA Regulations, you have a right to be notified if your information is ever mishandled and a breach (loss) of your personal health information has occurred or has likely occurred.
- The Right to an Accounting of Disclosures: You have the right to request an accounting of disclosures that has been made by Inclusa in the past six (6) years. We will include all the disclosures except for those about treatment, payment, and health care operations and certain other disclosures, such as any you asked us to make.

Your request must state a time period not longer than six (6) years and may not include dates before July 1, 2008. The first list you request within a twelve (12) month period will be free of charge. For additional lists, we may charge you for the costs of providing the list. We will also notify you of the cost involved before any costs are incurred.

• The Right to a Paper Copy of This Notice: You have the right to receive a paper copy of this Privacy Notice. To obtain a paper copy of this Privacy Notice, contact the Inclusa Privacy Officer at 1-877-622-6700..

- The Right to Electronic Copy of This Notice: You may obtain an electronic copy of this Privacy Notice on our website.
- The Right to File a Complaint: If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with Inclusa's Director of Compliance at (608) 647-1536 or with the Secretary of Health and Human Services at The U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, or call DHHS at 1-877-696-6775. Inclusa assures that there will be no retaliation for filing a complaint.

For more information visit: <a href="http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/">http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/</a>. You may also contact the Inclusa Privacy Officer at 1-877-622-6700.