

Life. Defined by you.

INCLUSA

Member Handbook

www.inclusa.org

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

DHS approval 09/23/2025

Family Care
会员手册

草案，供 Managed Care Organizations
（管理式医疗机构）使用

DHS approval 09/23/2025

目录

第 1 章、重要电话号码和资源 6

Inclusa 联系信息 6

其他重要联系人 7

第 2 章、欢迎与介绍 9

Inclusa 欢迎您 9

Family Care 计划可以为我提供哪些帮助？ 9

谁会帮助我？ 9

谁为我提供服务？ 10

第 3 章、获取服务须知 11

我的护理计划是如何制定的？ 11

您的护理计划应包含哪些内容？ 12

如何选择与批准服务？ 12

自我指导支持 13

如果我的需求发生变化会怎么样？ 13

我如何使用提供者网络？ 14

Family Care 如何帮助我管理我的服务？ 14

遇到紧急情况时，我应该怎么做？ 15

我如何在正常营业时间之外获得护理？ 15

如果我需要在家外接受一段时间的护理，会怎么样？ 15

第 4 章、Family Care 服务 17

Family Care 提供哪些服务？ 17

Family Care 服务 18

不提供哪些服务？ 25

替代服务或机构 26

第 5 章、了解由谁支付服务和福利协调的费用 27

我要支付任何服务的费用吗？ 27

我如何付款？ 29

如果我收到服务账单，该怎么办？ 29

Family Care 会支付住宿服务或疗养院的费用吗？ 29

如何协调 Medicare 与我的其他保险福利？ 30

何谓 estate recovery（遗产追缴）？它如何适用于我？ 30

第 6 章、会员的权利 31

第 7 章、会员的责任 34

第 8 章、不满和申诉 36

引言 36

不满 37

申诉 39

州公正听证会 43

谁可以帮助我提起不满或申诉？ 45

第 9 章、终止 *Inclusa* 的会员身份 46

附录 47

附录 1、术语表 47

附录 2、费用分担额减免申请表 .....

附录 3、Notice of Adverse Benefit Determination（《不利福利认定通知》）范本 .....

附录 4、*Inclusa* 申诉请求表.....

附录 5、州公正听证会请求表.....

附录 6、隐私实践声明.....

第 1 章、重要电话号码和资源

Inclusa 联系信息

- 通用电话号码 *Inclusa Main Office (Stevens Point)*
- *8:00 a.m. – 4:30 p.m. Monday – Friday*

- MCO 办公地点

- 会员服务

-
- 正常营业时间之外援助
  Toll-Free: 1-877-622-6700
- *TTY: 711 or 1-715-204-1799*
-

- 会员权利专家
  会员服务工作人员 *Member Rights Specialist* 可以详细说明会员权利。如果您需要提出投诉或不满，他们将竭诚提供帮助。如需对您的团队做出的决定提出申诉，他们可提供信息或帮助。

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

If you are experiencing an emergency, call 911

其他重要联系人

成人保护服务

各县设有调查虐待、忽视、经济剥削和自我忽视报告事件的机构。如需找人讨论实际或疑似虐待成人（18-59 岁）或 60 岁或以上老年人的事件，您可拨打所在县的帮助热线。

If you suspect anyone of misusing public assistance funds, including Family Care, call the fraud hotline 877-865-3432 or file a report at dhs.wi.gov/fraud. Report directly to Inclusa at 877-622-6700 or at fraud@inclusa.org.

Aging and disability resource centers（老年和残疾资源中心）

您可以最先联系 Aging and Disability Resource Centers（老年和残疾资源中心，简称 ADRC）获取与老年人或与残疾人相关的准确、公正的信息。ADRC 待人热情友好，包括个人、家人、朋友或专业人士在内的任何人均可前往咨询专门针对其情况定制的信息。ADRC 提供计划与服务的相关信息，帮助人们了解其长期护理选项和申请计划与福利。*Inclusa* 服务区域内的 ADRC 如下：

Call 844-WIS-ADRC (844-947-2372) for help finding your local ADRC or Tribal ADRS. Visit dhs.wi.gov/adrc for more information about ADRCs.

请访问 dhs.wi.gov/adrc，了解关于 ADRC 的更多信息。

Ombudsman（督察员）计划

Ombudsman（督察员）是指不在 *Inclusa* 上班的独立支持者或协助人员。任何获享 Family Care 服务者均可从 ombudsman（督察员）处免费获得帮助。具体联系哪个组织因会员年龄而异。

- 如果您年满 **60 岁或以上**，请联系 Board on Aging and Long-Term Care。请访问 longtermcare.wi.gov、致电 800-815-0015（TTY：711）或发送电子邮件至 BOALTC@wisconsin.gov。

- 如果您的年龄为 **18-59 岁**，请联系 Disability Rights Wisconsin。请访问 disabilityrightswi.org、致电 800-928-8778（TTY：711）或发送电子邮件至 info@drwi.org。

地方和部落机构

如果您的生活状况或财务状况发生变化，必须在 10 天内报告这些变化。例如，如果搬家，必须报告新住址。这些变化会影响您获享 Medicaid 和 Family Care 的资格。

请将这些变化报告给地方或部落机构以及 *Inclusa*。您可以访问 dhs.wi.gov/im-agency 查找最近的机构。

ACCESS

您可以使用 ACCESS 网站修改您的生活状况或财务状况、续订福利、检查状态和余额，或将其用作了解不同计划的资源。请在 access.wi.gov 上登录或创建账户。

ForwardHealth

ForwardHealth 是一张卡，您可以用来享受 Medicaid 计划承保的服务。ForwardHealth 会员服务可以帮助找到提供者、补发新卡，并了解您可享受的承保服务和自付额。如果您在使用 ForwardHealth 卡购买眼镜、看医生或购买处方药时遇到问题，请致电 800-362-3002
联系会员服务部。

报告公共援助欺诈

欺诈是指明知自己或他人不应该获得，但自己获取或帮助他人获取保险或款项。其中包括出于自身利益或帮助他人。如果您实施了欺诈，您可能会受到法律处罚。如果法院认定某人通过欺诈获取了医疗保健福利，其必须向所在州偿还这些福利。也可能受到其他处罚。

如果您怀疑有人滥用公共援助资金，包括 Family Care，请拨打欺诈热线电话 877-865-3432 或访问 dhs.wi.gov/fraud 在线提交报告。Report directly to Inclusa at 877-622-6700 or at fraud@inclusa.org.

FoodShare（QUEST 卡）

QUEST 是一张卡，您可以使用里面存入的 FoodShare 福利来购买食品。如果您对 FoodShare 有任何疑问或疑虑、想知道您的余额，或您的卡丢失或被盗，请致电 877-415-5164 联系 QUEST 卡服务部。

Wisconsin Division of Quality Assurance（质量保证司）

如果您认为某护理员、机构或设施违反了州或联邦法律，您有权向 Wisconsin Division of Quality Assurance（质量保证司）提出投诉。如要投诉，请拨打 800-642-6552。

第 2 章、欢迎与介绍

Inclusa 欢迎您

感谢您选择 *Inclusa*，我们是一家运作 Family Care 计划的 managed care organization（管理式医疗机构）。Family Care 是一项 Medicaid 长期护理计划，面向老年人，以及有身体残疾、有发育障碍或智力障碍的成年人。参与该计划的人员可获得相关服务来帮助其尽可能在自己家生活。

本手册旨在为您提供必要的信息来帮助您：

- 了解 Family Care 的基本情况。
- 了解 Family Care 提供的服务。
- 了解 Family Care 会员的权利与责任。
- 在您有疑问或疑虑时提出不满或申诉。

如需阅读本手册方面的帮助，请联系您的护理团队。

Family Care：

- 可以改善或维持您的生活质量。
- 帮助您住在自己家或公寓，与家人朋友在一起。
- 让您参与自己的护理和服务决策。
- 让您最大程度独立。

Family Care 计划可以为我提供哪些帮助？

Family Care 可以提供相关服务和支持来帮助您尽可能独立生活，同时通过自然、志愿和有偿支持来确保您在家中安全生活并得到支持。其中还包括护理管理，可以帮助安排和管理您的服务和支持。

作为 Family Care 会员，*Inclusa* 将与您讨论您需要哪些服务和支持。其中可能包括帮助处理洗澡、交通运输、家务或送餐到家等事务。

谁会帮助我？

成为 Family Care 会员后，*Inclusa* 将派出护理团队与您合作，帮助您满足您的需求。您是护理团队的核心成员。**您应当全程**参与护理计划的制定。

护理团队成员包括您和：

- 一位注册护士。
- 一位社会工作者。
- 其他专业人员（具体视您的需求而定）。该人员可以是职业治疗师、物理治疗师或心理健康专家。
- 您希望参与进来的任何人，包括家人或朋友。

护理团队的职责是与您一起：

- 找出您的强项、资源、需求和偏好。
- 制定一个护理计划，帮助您了解如何获取所需的帮助。
- 确保您获得护理计划中规定的服务。
- 确保获得的服务能够满足您的需求且成本效益高。
- 确保您的护理计划能够持续满足您的需求。

Inclusa 认为我们的会员应该对如何以及何时提供护理有发言权。这称为“自行选择”。身为会员和自行选择也意味着您有责任帮助护理团队找到最佳方式来支持您。
如果您需要帮助参与此流程，请告知您的团队。

谁为我提供服务？

Inclusa 提供者将为您提供长期护理服务。我们将为您提供您可以使用的提供者的相关信息。如需获取 *Inclusa* 提供者名单，您可以：

- 咨询您的护理团队
- 访问 *Inclusa* 网站。

您和护理团队将一起挑选最能满足您的需求的提供者。

Inclusa 不会为您所需的所有服务付费。例如，Medicaid 为找您的初级保健医生问诊和按处方购药承保。*Inclusa* 将帮助您了解 Medicaid 提供者的服务与 Family Care 提供者提供的长期护理服务之间的区别。

第 3 章、获取服务须知

我的护理计划是如何制定的?

确定您的个人预期效果

首先，您需要和您的护理团队一起确定您的**个人预期效果**。个人预期效果是指您对生活的目标。 只有您能够决定哪些事对您来说是重要的。这些个人预期效果可能包括：

- 您想要的生活状况和支持，例如：
  - 住在哪里，以及您想和谁一起住
  - 所需支持与服务及其提供者
  - 您的日常生活
- 对生活方式和日常生活感受的目标，例如：
  - 与家人和朋友相处的时间
  - 一份工作或其他活动
  - 融入社区
  - 稳定性
  - 尊重和公平
  - 隐私
- 对于健康状况和幸福感的目标，例如：
  - 健康
  - 安全
  - 远离虐待和忽视

您的护理团队将帮助您确定您的个人预期效果。他们将探讨哪些服务最能满足您的需求，以及哪些服务的成本效益最高。成本效益高是指，这些服务以合理的价格来达到您的预期效果。随后，*Inclusa* 将开始提供这些服务。谨记，这并不意味着 *Inclusa* 将始终按照您团队的决定来提供服务。**您为自己做的事以及从家人、朋友或他人那里获得的帮助，都是您的护理计划中非常重要的一部分。**

确定长期护理预期效果

您和您的护理团队还将确定**长期护理预期效果**。长期护理预期效果是您对帮助您过上想要的生活的独立性的目标。Family Care 可以提供相关服务和支持来帮助您实现这些目标。例如：

- 满足您的日常需求
- 获得保持安全、健康和尽可能独立所需的服务

您的护理团队将制定一个护理计划。您的护理计划将帮助您收获您和您的护理团队确定的预期效果。

您的护理计划应包含哪些内容？

您的护理计划应当包含：

- 您的身体健康需求与执行特定活动的能力（如吃饭穿衣）。
- 您的强项和偏好。
- 您的个人预期效果。
- 您的长期护理预期效果。
- 您将获得的服务。
- 每项服务的提供者。
- 自己做的事，或在家人、朋友或社区内其他资源的帮助下做的事。

您的护理团队将要求您签字确认您的护理计划，以证明您协助制定了该计划。您将获得一份已签字计划的副本。如果您对您的计划不满意，您可以选择不签字。必要时，您可以提出不满和申诉。（更多信息参见第 8 章。）

您将定期与您的护理团队沟通，以核实您获得的服务是否对您有所帮助。您的护理团队必须至少每三个月与您会面一次。必要时，他们可以以更高的频次与您会面。

如何选择与批准服务？

对于所有服务，您都必须**事先**获得批准才能享受这些服务。未经我们事先批准，*Inclusa* 不会支付服务费用。**如果您未经护理团队批准擅自安排服务，可能须自行支付该服务的费用**。如果需要尚未获得批准的服务，请与您的团队讨论。

Inclusa 有责任为达到您的长期护理预期效果提供支持。在制定您的护理计划时，我们还必须考虑成本。

获取服务的基本规则

只要符合以下条件，我们通常会为您的服务承保：

- 包含在 Family Care 福利中。
- 为达到长期护理预期效果提供支持。
- 是满足您的需求成本效益最高的方式。
- 包含在您的护理计划中。
- 获得护理团队的预先批准和授权。

服务审批流程

您和您的团队将讨论您需要的服务。共同探讨如何达到您的长期护理预期效果。您和您的团队将使用分步流程来审批服务。该流程可帮助您确定这些服务是否成本效益高、性价比高，以及是否能够满足您的长期护理需求。MCO 将该流程称为 resource allocation decision（资源分配决策）。

早已在您的日常生活中为您提供帮助的人员持续参与您的护理是很重要的。例如，可以是朋友、家人或邻居。*Inclusa* 将购买您自己的支持无法提供的其他服务。

自我指导支持

自我指导支持是指您寻找、购买和指导服务的方式。您和您的护理团队将面对面讨论您可以自我指导的服务。如果您选择自我指导一项或多项服务，您将与您的团队一起：

1. 为这些服务编制预算，以及
2. 制定一个计划，其中概述您将如何指导这些服务。

您可以自我指导一项或所有服务。例如，您可以自我指导个人护理服务，但让您的团队管理帮助您获取医疗用品的服务提供者。您日后也可以改变主意来增加或减少自我指导。

您不能自我指导居家护理和护理管理服务。

如果您对自我指导支持感兴趣，请咨询 *your care team* 了解更多信息。

如果我的需求发生变化会怎么样?

时间久了，服务可能随您的健康状况和生活状况变化。例如，如果您的身体健康状况好转，您需要的服务会减少。如果需求增加，我们将确保您获得保持安全、健康以及尽可能独立所需的帮助。我们的目标是在适当的地点，提供适量的合适服务。

如果您的需求发生变化，请告知您的护理团队。他们随时为您提供支持。

我如何使用提供者网络?

您和您的团队将从 *Inclusa* 的提供者网络名录中挑选您所需的提供者。您可通过 *member services* 索取纸质副本。若当前网络中无符合您需求的服务提供者，或所有常规服务提供者距离您的居住地过远，我们可能会使用网络外的服务提供者。如要选择网络外提供者，您必须与护理团队讨论。

如果您是美洲印第安人或阿拉斯加土著人，可向我们的网络外印第安医疗保健提供者获得承保的服务。

如果您想改用其他网络中的提供者，您必须联系您的护理团队获得批准。**如果您未经护理团队批准擅自使用新的提供者，您需要自行支付服务费用**。

Family Care 如何帮助我管理我的服务?

Inclusa 尊重会员的选择。例如：

- 您表明哪些方面对达到您的预期效果很重要。Family Care 可以为选择自己的生活安排、日常生活和支持服务等事务提供支持。您与护理团队一起寻找为达到您的预期效果提供支持的方式。如果您认为护理计划无法为达到您的预期效果提供支持，可提出不满或申诉。（更多信息参见第 8 章。）
- 应会员要求，我们会考虑使用我们不常使用的提供者。
- 您可以要求安排特定的提供者上门提供护理或提供私密的个人护理。其中可能包括家人。**该提供者或家人必须符合我们的要求，并接受我们支付的薪酬金额。**
- 会员有权每年最多更换两次护理团队，而不必解释想要更换团队的理由。*Inclusa* 可能无法始终满足您的要求或给您想要的特定团队。
- 您可以选择自我指导一项或多项服务。

遇到紧急情况时，我应该怎么做？

如果遇到紧急情况，请拨打 911。

在紧急情况下，您无需联系护理团队或者获得事先授权。

紧急情况是指疾病、伤情、症状或病情非常严重。大多数人会立即寻求护理，避免受到伤害。这可以是突发疾病、疑似心脏病发作或中风、骨折或者严重的哮喘发作等紧急情况。

如果您发生医疗紧急情况：

- 请尽快获取帮助。拨打 911，或者前往最近的急诊室、医院或急诊中心。
- 告知急诊室和医院的工作人员您是 *Inclusa* 的会员。
- 您或其他人应尽快联系护理团队，告知对方您的紧急护理情况。

尽管 Family Care 不为医疗服务承保，但如果您前往急诊室就诊或住院，请务必告知护理团队。这样，我们就可以告知您当前的提供者您在医院。同时我们也能协调后续服务。例如，您的医生可能会将您转介到家庭保健机构。护理团队须在您离开医院之前批准家庭保健服务。

我如何在正常营业时间之外获得护理？

如有紧急需求不能等到下一个工作日，请致电 *877-622-6700 or TTY: 711]*。每周七天、每天 24 小时都有工作人员接线，可以临时批准您需要的服务，有效期至下一个工作日。护理团队将向您跟进最新情况，以确定是否应继续提供服务。

如果我需要在家外接受一段时间的护理，会怎么样？

若您需长时间离开 *Inclusa* 的服务区域，请务必告知您的护理团队。*Inclusa* 需了解您的详细行程信息。我们将与相关机构核实该行程是否会影响您的县居民身份。

- 如果您的机构认定您**不再被视为 *Inclusa* 服务的县居民**，请联系所前往的县的 Aging and Disability Resource Centers（老年和残疾资源中心，简称 ADRC）。ADRC 会告知您该县的可用计划。

- 如果您**仍被视为居民**，*Inclusa* 将与您一起规划一种成本效益高的方式来满足您的需求，并保障您离开后的健康与安全。

Inclusa 可能会认为无法制定成本效益高的计划来满足您的需求并保障您离开服务区域后的健康与安全。在这种情况下，我们会要求将您从该计划中除名。

如果永久搬离我们的服务区域，*Inclusa* 不会支付护理费用。如果您计划永久搬离，请尽早联系护理团队。

第 4 章、Family Care 服务

Family Care 提供哪些服务?

可用服务因会员的护理水平而异。护理水平是指您保持健康和安全所需的护理量。Family Care 有两个 “护理水平”：

- **疗养院护理水平。**您的需求足够大，因此您所需的服务达到疗养院的水平。这并不意味着您必须住在疗养院才能获得服务。
- **非疗养院护理水平。**您对长期护理服务有一定的需求，但不具备资格获得达到疗养院水平的服务。Family Care 提供的达到该护理水平的服务有限。

并不是所有会员都能获得 Family Care 提供的所有服务。您只能获得为达到长期护理预期效果提供支持并保障您的健康与安全所需的服务。如果您认为您需要本章列出的服务，请与您的护理团队讨论。您和护理团队将使用服务审批流程来为您制定成本效益最高的护理计划。

Inclusa 可能需要提供不在列表中的服务。您和护理团队将决定您何时可能需要其他服务来达到您的长期护理预期效果。

Family Care 服务

您可以获得以下服务，前提是这些服务：

- 是为达到您的长期护理预期效果提供支持所需要的。
- 获得护理团队的批准。
- 包含在您的护理计划中。

	疗养院护理水平	非疗养院护理水平
基于社区的 Medicaid 州计划服务		
Alcohol and other drug abuse（酗酒和其他药物滥用，AODA）日间治疗服务（住院或医生提供的除外）	X	X
Alcohol and other drug abuse（酗酒和其他药物滥用，AODA）服务（住院或医生提供的除外）	X	X
护理或病例管理服务	X	X
社区支持计划（医生提供的除外）	X	X
耐用医疗设备和医疗用品（助听器、假体和计划生育用品除外）	X	X
居家保健	X	X
心理健康日间治疗服务（所有环境）	X	X
心理健康服务（住院或医生提供的除外）	X	X
看护（包括呼吸道护理、间歇护理和私人责任护理）	X	X
职业治疗（除住院以外的所有环境）	X	X
个人护理	X	X
物理治疗（除住院以外的所有环境）	X	X
言语和语言病理学服务（除住院以外的所有环境）	X	X
前往预约就诊的交通运输服务（救护车除外）	X	X

	疗养院护理水平	非疗养院护理水平
机构 Medicaid 州计划服务		
疗养院，包括针对智力障碍人员的中等监护设施和精神病院。（精神病院的服务仅面向年龄在 21 岁以下或 65 岁及以上的会员。）	X	
Home and Community-Based Waiver（家庭和基于社区的豁免）服务		
成人日间护理 成人日间护理服务在一天当中的一部分时间提供给家庭外环境中的一群成人。该项服务适用于需要社交互动的成人。也适用于需要监督、完成日常活动所需的帮助，以及保持健康和安全所需的支持的成人。这些服务包括个人护理、便餐、医疗护理和往返日间护理设施的交通运输服务。	X	
辅助技术 辅助技术包括帮助人们在家、工作场所和社区完成日常活动的物品。可能包括平板电脑、移动设备或软件等技术，称为调适性辅助工具的物品，以及信誉良好的提供者提供的训练有素的服务犬。该服务还可能包括评估个人的辅助技术需求，以及维修或维护设备或物品。	X	
Competitive integrated employment（竞争性融合就业，CIE）探索 CIE 探索服务可以帮助会员探索职业发展道路。他们还可以帮助会员决定是否愿意与非残疾人一起在社区工作。这些服务包括商务考察、工作观摩学习、模拟面试或就业规划。会员还可以接受有关残疾人就业服务的教育，也可以获得帮助来确定可能对找工作有用的兴趣、知识和技能。	X	
沟通辅助 沟通辅助包括帮助听、说、读或其他形式的沟通所需的物品和服务。这类物品可能包括替代或增强沟通系统、扩音设备、电子技术、移动应用程序和软件。这类服务可能包括翻译或辅助理解手语、评估沟通需求、维修和维护沟通设备，以及开展沟通设备使用培训。	X	
护理员临床咨询与治疗服务 临床咨询与治疗服务可以帮助无偿护理员和有偿支持人员执行治疗和支持计划。这类服务包括评估、拟定家庭治疗计划、支持计划、干预计划，以及为执行这些计划提供的培训和援助。此外，	X	

	疗养院护理水平	非疗养院护理水平
这类服务还包括对服务于需求复杂（超出常规护理范围）的会员的护理员与工作人员开展培训。		
消费者教育和培训 消费者教育和培训服务可以帮助残疾人士培养自我倡导技能、支持自主决定、行使民事权利，以及掌握对其他支持服务进行管理和承担责任所需的技能。这些服务包括对会员及其护理员和法定决策者开展教育与培训。其可以支付注册费、书本和其他教育材料费，以及参加培训课程、会议和其他类似活动的交通费用。	X	
咨询与治疗服务 咨询与治疗服务可以治疗个人、社交、身体、医疗、行为、情感、认知、心理健康、酗酒或其他药物滥用障碍。可能包括帮助适应老龄和残疾状况，帮助处理人际关系，以及娱乐、艺术或音乐治疗。还可能包括营养、医疗、体重或悲伤咨询。	X	
日常生活技能培训 日常生活技能培训可以帮助会员完成日常任务。其中包括帮助会员独立并融入社区生活的技能。比如传授资金管理、家庭护理维护、食物烹调、移动训练、自理技能以及获取和使用社区资源所需的技能。	X	
日间服务 日间服务是在家外为一群成年人提供的定期活动。日间服务可以帮助会员参与社区活动，学习社交技能，并培养完成日常生活活动和社区生活活动所需的技能。	X	
财务管理服务 财务管理服务可以帮助管理服务花费或个人财务。如果会员选择自我指导一项或多项服务，则此服务包括在会员授权付款后，个人或机构向服务提供者支付费用。这些服务还可以帮助会员编制预算，确保资金足够满足住房和其他需求。	X	
健康服务 健康服务可以帮助会员保持或改善健康、保持或提升幸福感、保持或提升社交技能，以及保持或提高社区的包容度。其中包括注重培养健康习惯的活动；与体育活动和营养相关的课程和活动；瑜伽和正念课程等健康服务；以及性教育和培训。	X	
送餐到家 送餐到家（有时称为 “meals on wheels”）包括为在没有帮助的情况下无法烹饪或获得健康餐食的会员每天准备并配送一顿或两顿	X	

	疗养院护理水平	非疗养院护理水平
餐食。送餐到家也可以帮助无法管理医疗保健提供者针对某种疾病推荐的特殊饮食的会员。		
房屋改造 房屋改造包括确保会员在家中四处走动更安全、更方便的物品和服务。其中可能包括活动坡道、座椅电梯、轮椅电梯、厨房或浴室改造、专用无障碍环境或安全改装，以及声控、光敏、动作感应电子设备，旨在提高会员自力更生和独自生活的能力。	X	
住房咨询 住房咨询可以帮助会员寻找社区内无障碍、平价且安全的住房。住房咨询包括分析房屋购买与租赁选项、确定财务资源、了解房屋的地点与类型偏好、了解无障碍环境与改造需求，以及找到可用房源。住房咨询不包括支付租金或抵押贷款。	X	
Personal emergency response system（个人紧急应答系统，PERS） 在紧急情况下，PERS 可以直接让会员联系上保健专业人员。它是一个通话系统或其他电子系统。	X	
职前服务 职前服务是学习和工作经历，可以帮助会员培养通用优势和技能，以便在社区环境中找到工作。会员可以学习如何与主管、同事和客户合作。还可以学习如何着装、听从指示、完成任务、解决问题、保持安全和四处走动。这些服务可以帮助会员在社区找到工作，并享受与非残疾员工相同的薪酬和福利。	X	
搬迁服务 搬迁服务包括支付一次性费用，帮助会员从机构或住宿式护理设施搬到自己家或社区公寓。他们可以帮助支付搬家费用、清洁和整理费用、押金和公用事业接通费用。他们还可以帮助购买家具、炊具、清洁和家居用品，以及基础陈设和电器。	X	
远程监控和支持 远程监控和支持服务可以帮助会员实时获得远程护理员的支持。远程护理员可以确保会员的安全，并在紧急情况下提供支持。该服务可以提供传感器、监视器和其他双向通信设备等技术。还包括远程护理员提供支持，以及维修和维护设备。会员必须以书面形式表明自己想获得这项服务。	X	
住宿式服务 住宿式服务在家庭式社区住宿环境中提供。包括含 1-2 张床的成人家庭住房，以及可容纳三名或以上成年人的环境（如含 3-4 张	X	

	疗养院护理水平	非疗养院护理水平
床的成人家庭住房或住宿式护理公寓楼）。该服务通常包括个人护理、帮助完成日常活动、居家护理、治疗，以及一般支持和监督。此外，还可能包括交通和娱乐或社交活动、行为与社交支持，以及日常生活技能培训。		
暂托护理 暂托服务可以为家庭或其他主要护理员提供短暂的休息时间。该服务可以帮助缓解日常压力和护理需求。暂托护理可以在会员的家中、居住设施、持牌宿营、医院或疗养院提供。	X	
自我指导个人护理服务 自我指导个人护理服务可以帮助会员完成在社区内生活所需的日常生活活动和家务。其中包括帮助沐浴、用餐、穿衣、用药管理、口腔、头发和皮肤护理、准备餐食、支付账单、走动、上厕所、转移和使用交通工具。成员可以以雇主或共同雇主的身份选择提供服务的个人或机构。会员必须获得医生出具的委托书才能获得这项服务。	X	
专业护理 专业护理是指只能由高级执业护士、registered nurse（注册护士，RN）或 RN 监督的持证执业护士提供的护理。专业护理包括跟踪症状和反应、一般护理职责，可能还包括密切关注病情。	X	
专业医疗设备与用品 专业医疗设备与用品是指会员保持健康、控制病情或身体状况，以及改善机能或提高独立能力所需的物品。 这类物品可能包括非处方药、医学上必要的处方护肤乳液、处方维生素 D、多种维生素或钙补充剂，以及书籍或治疗辅助工具。	X	
支持中介 支持中介是指会员选来帮助规划、获得和指导自我指导支持的个人或机构。支持中介了解当地服务，也能够帮助招聘、雇佣、培训、管理和安排员工。	X	
受支持就业服务 受支持就业服务可以帮助会员找到和保住工作。目标是在社区内保住一份最低工资或以上，并与非残疾人士一起工作的工作。这份工作还应当符合其个人和职业目标。 • **个人就业服务可以**帮助会员找到工作、提高工作技能，并获得面试机会。还可以包括工作指导和培训、班车、工作场所个人援助、福利咨询、职业晋升服务或自主创业支持。 • **小团体就业服务**是指在企业、行业或社区环境下，为 2-6 名残疾员工提供的服务和培训。比如流动作业队或其他商业工	X	

	疗养院护理水平	非疗养院护理水平
作组雇佣小组残疾员工在社区工作。这类服务可能包括小组职业探索和教育、技能培养、就业规划、工作安置、与雇主会面、工作指导和培训、班车，以及与会员的兴趣和技能相匹配 的工作经历。 • **职业发展道路规划和支持**可以帮助会员在社区内找到、保住工作或晋升。其中可能包括辅助技术评估、 制定就业计划、职业探索、求职支持、工作指导和培训，以及在工作中持续提供个人援助。会员还可以了解更多关于工作激励，以及就业对其福利有何影响的信息。		
支持性家庭护理 支持性家庭护理可以帮助在家中或社区内完成日常生活活动和满足个人需求。这类服务可以帮助在家中和社区内保持安全、完成清洁、烹饪和洗衣等日常家务，以及庭院打理和除雪等繁重家务。 这类服务还可以帮助穿衣、沐浴、用药管理、用餐、上厕所、梳洗、走动、支付账单、使用交通工具和做家务。	X	
无偿护理员培训服务 无偿护理员培训服务可以帮助为会员无偿提供护理、培训、陪伴、监督或其他支持的护理员。其可以就如何进行治疗、如何在治疗和会员的护理计划中包含的其他服务中使用设备对无偿护理员进行培训，也可以就如何在社区中保护会员的安全提供指导。	X	
交通运输服务 • **社区交通运输服务可以**帮助会员前往其护理计划中包含的社区服务、活动和资源的所在地。 其中可能包括车票或交通卡、 里程报销，以及会员与随行人员前往目的地的交通运输服务。不包括急救（救护车）交通运输服务。 • **非紧急医疗交通运输服务可以**帮助会员获得非紧急、Medicaid 承保的医疗服务。 这类服务可能包括车票或交通卡、里程报销，以及会员与随行人员前往目的地的交通运输服务。不包括由社区交通提供的非医疗交通运输服务（参见上文）。也不包括急救（救护车）交通运输服务。	X	
车辆改装 车辆改装是指根据残疾状况对会员出行主要使用的车辆进行改装。这类服务可以帮助会员访问社区并提高独立性。其中可能包括对座椅和安全带的改装、驾驶员控制装置、车辆举升机、平台、 活动坡道，以及绑带或轮椅停靠系统。这类服务还包括支付这些	X	

	疗养院护理水平	非疗养院护理水平
改装的材料、服务、检查和维护费用。这类服务不包括购买车辆或一般维护。		

不提供哪些服务?

Family Care 不提供通过您的 Medicaid 计划可获取的服务。您可以使用 ForwardHealth 卡获取这些服务。他们还可以由 Medicare、Veterans (VA) 福利或 Medicaid 以外的其他保险承保。护理团队将与您密切协作，帮助您在需要时获得这些服务，并在有共付额时告知您。

- Alcohol and other drug abuse（酗酒和其他药物滥用）服务（医生提供的或住院除外）
- 听力学，包括听力功能评估和听力障碍康复
- 脊柱推拿
- 危机干预
- 牙科
- 急救护理（包括空中和地面救护车）
- 眼镜
- 计划生育服务
- 助听器和助听器电池
- 临终安养院（晚期病人的支持性护理）
- 医院：住院和门诊，包括急诊护理（门诊物理治疗、职业治疗、言语和语言病理学、非医生提供的心理健康服务，以及非医生提供的酗酒和其他药物滥用服务除外）
- 精神病院的服务（服务仅面向年龄在 21 岁以下或 65 岁及以上的会员）
- 独立执业护士服务
- 实验室与 X 光
- 用药和处方药
- 心理健康服务（由医生或在住院环境中提供）
- 验光
- 医生和诊所服务（门诊物理治疗、职业治疗、言语和语言病理学、非医生提供的心理健康服务以及非医生提供的酒精和其他药物滥用服务除外）
- 足科医生（足部护理）
- 产前护理协调
- 修复学
- 精神病学

- 基于学校的服务
- 救护车运输

Family Care 不提供以下物品和服务：

- 护理团队未批准或护理计划中未包含的服务
- 并非为达到您的长期护理预期效果提供支持所需要的服务
- 正常生活开支，如租金、按揭还款、食品、公用事业、娱乐、服装、家具、家居用品和保险等开支
- 生活辅助设施或疗养院内您的房间里的个人物品，如电话或电视
- 住宅内的食宿费
- 监护费

替代服务或机构

Inclusa 可能会为非护理院照护级别的个人提供一些通常不在 Family Care 常规覆盖范围内的服务或机构。这些服务称为替代服务或机构。

决定某项替代服务或机构是否适合您需要团队共同决策。您的护理团队将与您合作，协助做出最优选择。**您有权选择不接受此类机构提供的服务或治疗**。

***Inclusa* 可提供以下服务作为州计划家庭健康护理或个人护理的替代方案：**

- 支持性家庭护理
- 暂托护理
- 个人紧急应答系统
- 日常生活技能培训
- 日间康复服务
- 职前服务
- 住宿式服务
- 送餐到家服务
- 咨询与治疗服务

***Inclusa* 可能提供以下服务作为州计划交通服务的替代方案：**

- 特殊交通服务

第 5 章、了解由谁支付服务和福利协调的费用

我要支付任何服务的费用吗?

您必须为您的护理计划中未包含以及您的护理团队未批准的服务付费。

您必须为某些承保服务，如用药、医生问诊和医院就诊，支付固定金额（称为共付额）。例如，您可能需要为开具处方支付 5 美元的共付额。

您每月要支付的其他两种开支如下：

- 费用分担额或患者自付额
- 食宿费

费用分担额或患者自付额

您必须支付每月费用中的分担额才能继续参与 Family Care。**费用分担额**（有时称为 “自付费用”）以您的收入、住房费用和医疗开支等因素为依据。您支付的某些开支金额可能抵免费用分担额。请咨询您的护理团队，了解哪些开支可以抵免您的费用分担额，以及如何记录您的支出金额。

连续住在疗养院或可能连续住在疗养院 30 天或以上的会员必须支付**患者自负额**，而不是分担额。

Income maintenance agency（收入维持机构）会确定您每月必须支付的金额。如果您需要支付费用分担额或患者自付额，*Inclusa* 将每月向您发送一份账单。

如果您的收入和资产发生变化，为确保您支付的金额正确无误，您必须**在发生变化后 10 天内，向护理团队和机构报告所有这类变化。**资产包括车辆、现金、支票、储蓄账户和人寿保险的现金价值。

如果您未支付每月的费用分担额或患者自付额，您可能会丧失资格并在 Family Care 计划中被除名。如果您认为自己的费用分担额有误，可向 Wisconsin Division of Hearings and Appeals（听证和申诉司）请求举行州公正听证会。（更多信息参见第 8 章。）

如果您对费用分担额或患者自付额有疑问，请联系 *your care team*。

费用分担额减免

如果因必要的生活开支导致您无能力支付每月费用分担额，则您可能有资格享受费用分担额减免。其中包括偿还抵押贷款或租金、房屋或租房保险、财产税、公用事业费用、食品开支、卫生用品费用，以及车辆运行和维护费用。

费用分担额减免可以减轻您每月生活开支的负担，让您得以继续注册参与 Family Care。请填写《费用分担额减免申请表》来提出请求。请联系您的机构提供或访问 dhs.wi.gov/library/collection/f-01827 下载该表格。

请随该申请表一起寄送以下文件的副本：您的月收入、开支（如公用事业费用或汽车支出），以及您支付给 *Inclusa* 的费用分担额证明。该申请表更为详细地说明了您需要提供的证明类型，并提供了示例。

您可以获得免费的申请协助，途径包括：

- 联系您的 *Inclusa* 护理经理
- 若您年满 **60 岁或以上**，请联系长者福利专员。要查找您所在县或部落的长者福利专员，请联系当地老龄与残障资源中心或老龄办公室：dhs.wi.gov/benefit-specialists/counties.htm，或致电 844-947-2372 联系当地相关机构。
- 若您年龄在 **18 至 59 岁之间**，请通过 Disability Rights Wisconsin 联系 ombudsman program（申诉专员项目）。请访问 disabilityrightswi.org、致电 800-928-8778（TTY：711）或发送电子邮件至 info@drwi.org。

食宿费

如果您住在成人家庭住宅、社区住宿设施或住宿式护理公寓楼，您必须自行支付食宿费（租金和餐费）。我们将告诉您具体金额，并每月发送一份账单。

Inclusa 将为您在成人家庭住宅、社区住宿设施或住宿式护理公寓楼获得的医疗护理和监督服务支付费用。

如果对食宿费有疑问或无能力支付，请联系 *Inclusa will pay for the medical care and supervision services you get in an adult family home, community-based residential facility, or residential care apartment complex.*

If you have questions about room and board, or cannot make a payment, contact your team or your Member Liabilities Specialist at 1-877-622-6700 toll-free. Your care team may connect you with resources to find a home that fits your needs and is in your budget.

。您的护理团队可以帮助您联系上相应资源来寻找一个能够满足您的需求且不超预算的住房。

我如何付款?

费用分担额与食宿费可以使用支票或汇票支付。请将款项付至：

You can make cost share and room and board payments by check or money order. Payments should be sent to the address referenced on your monthly statement.

Automatic withdrawal from your bank account may also be available. Ask your care team for details.

也可从您的银行账户自动划扣。详细信息请咨询护理团队。

如果我收到服务账单，该怎么办?

您无需为包含在护理计划中、经护理团队批准的服务支付费用。如果收到提供者发来的账单，请勿支付。而要联系您的团队，由他们与提供者跟进。

Family Care 会支付住宿服务或疗养院的费用吗?

Family Care 为住宿式护理和疗养院服务承保。但是，从家搬到护理设施或疗养院应当是最后的选择。

在搬去住宿设施或疗养院之前，您的护理团队将确定：

- 在家无法确保您的健康与安全。
- 在家无法以具有成本效益的方式支持您的长期护理结果。
- 为您的长期护理结果提供支持时，入住设施是最具成本效益的选项。

如果住宿式护理是唯一选择，您可能无法住在或搬进自己想要的设施。该设施可能未与 *Inclusa* 签订合约或不愿意接受我们支付的费率。

如果您住在自己家且您和护理团队认同您不应该再住在那里，你们将一起决定住宿式服务。您和您的团队负责从 *Inclusa* 提供者网络中找出性价比最高且能够满足您的需求的选项。一旦搬迁，您住在住宿设施或疗养院期间我们将继续与您合作。

护理团队必须授权所有住宿式服务。会员不可自行选择住宿提供者，这点非常重要。您必须与您的团队一起做出此等决定，确保 *Inclusa* 支付这些服务的费用。

如何协调 Medicare 与我的其他保险福利?

您在 *Inclusa* 注册时，我们将询问您除 Medicaid 之外，您是否还有任何其他保险。其他保险包括 Medicare、退休人员医疗保险、长期护理保险及私人医疗保险。

请您务必向我们提供您拥有的其他保险的相关信息。**如果您选择不使用其他保险，我们可能拒绝为其他保险本应承保的任何服务支付费用**。

何谓 estate recovery（遗产追缴）？它如何适用于我?

Medicaid estate recovery（遗产追缴）适用于大多数长期护理服务，不论其由 *Inclusa* 还是 Medicaid 提供。

通过 estate recovery（遗产追缴），州寻求追偿所有 Medicaid 长期护理服务的费用。当您和您的配偶均去世后，用您或您的配偶的遗产来追缴。追缴的资金由州收回。当会员的配偶或残疾子女仍在世时，州不会要求用会员的遗产偿还。当他们都去世后，才会追缴。

关于 estate recovery（遗产追缴）的更多信息，请咨询您的护理团队。您也可以访问 dhs.wi.gov/medicaid/erp.htm 或致电 800-362-3002（TTY:711）。

第 6 章、会员的权利

我们必须尊重 *Inclusa* 会员的权利。

您有权以适合自己的方式获取信息。如要以适合自己的方式向我们索取信息，请联系护理团队。

- 当您接受服务或与护理团队召开会议时，您有权携带一名口译员。
- 您有权获取本会员手册的其他语言或格式版本。

您有权始终获得不失尊严、不失尊重和不失公平的对待。您有权：

- 从 *Inclusa* 工作人员和提供者处获得仁爱、体贴的护理。
- 在安全、干净的环境中获得护理。
- 不必为 *Inclusa* 工作或提供服务。
- 得到鼓励与帮助来与 *Inclusa* 工作人员讨论您认为应该做出的政策变更或应该提供的服务，不受到不利对待。
- 得到鼓励来行使 *Inclusa* 会员的权利。
- 免受歧视。*Inclusa* 必须遵守保护会员免受歧视或不公平对待的法律。我们不因种族、心理残疾、肢体残疾、宗教、性别、性别身份、性取向、健康、民族、信条（信仰）、年龄、原国籍或收入来源而歧视他人。
- 不受任何形式的限制或隔离来用作胁迫、惩戒、利用或报复手段。这意味着您有权不受约束或被迫独处，以迫使您以某种方式行事、惩罚您或被他人所用。
- 不受虐待、忽视和经济剥削。
    - **虐待**可以是身体、情感、经济或性方面的虐待，也可以是某人未经您的知情同意，给您药物或实验研究等治疗。
    - **忽视**是指护理员未提供护理、服务或监督，从而给您带来重大危险。自我忽视是指在您对自己的护理负责时，您未能获得充分护理，包括食物、住所、服装、医疗或牙科护理。
    - **经济剥削**可以是欺诈、引诱、强迫、盗窃、财务代理人行为不当、身份盗窃、伪造或未经授权使用财务交易卡（包括信用卡、借记卡、ATM 和类似卡）。

    如果您正在经历虐待、忽视或经济剥削，可以怎么做？ 与您的护理团队讨论任何此类问题。他们可以帮助您报告此类问题，并获得帮助您保持安全的服务。在紧急情况下，始终应拨打 911。

    如果您认为自己或认识的人是虐待、忽视或经济剥削的受害者，可联系 Adult Protective Services（成人保护服务）。Adult Protective Services（成人保护服务）可以帮助保护老年人和经历过虐待、忽视或经济剥削的高危

成年人的安全。如果有人因健康状况或残疾无法保护自身安全，他们也会提供帮助。

Talk with your care team about any issues of this kind. They can help you report it and get services that help you stay safe. You should always call 911 in an emergency.

If you feel you or someone you know is a victim of abuse, neglect, or financial exploitation, you can contact Adult Protective Services. Adult Protective Services helps protect the safety of seniors and adults-at-risk who have experienced abuse, neglect, or exploitation. They also help when a person is unable to look after their own safety due to a health condition or disability.

- **您有权及时获得承保的服务**。身为 *Inclusa* 会员，您有权在需要时获得护理计划中列述的服务。

- **您有权请求保护您个人健康信息的隐私**。如果您对自己的个人健康信息隐私有疑问或疑虑，请致电*]*。

- **您有权查阅您的医疗记录**。如需记录副本，您可以向护理团队索取。您有权要求 *Inclusa* 修改或更正您的记录。

- **您有权获取关于 *Inclusa*、我们的提供者网络及可用服务的信息**。如需此信息，请联系护理团队。

  - **您有权对您的服务做出决定**。例如，您有权：

    - 了解您的所有选项。这意味着您有权被告知所有可用选项、具体费用或 Family Care 是否承保。此外，您还可以建议提供您认为能够满足自身需求的其他服务。
    - 被告知自身护理中涉及的任何风险。
    - 拒绝任何推荐的护理和服务。
    - 获得第二诊疗意见。如需帮助获得第二诊疗意见，请询问护理团队。

  - **您有权作出预先指示**。这意味着，如果您因为事故或重大疾病而无法做出决定，您可以就您期望的行动作出指示。

    预先指示有多个不同的类型和名称。“**Living will（生前遗嘱）**”和“**power of attorney for health care（医疗服务授权书）**”文件就是预先指示的两个示例。

    您可以决定是否需要预先指示。护理团队会解释如何拟定和使用预先指示，但不能强迫您拟定或者因为您有无预先指示对您区别对待。

如果您认为 *Inclusa* 未遵循您的预先指示，可向 Wisconsin Division of Quality Assurance（质量保证司）投诉。如要投诉，请拨打 800-642-6552。

如需了解关于预先指示的更多信息，请联系护理团队。您还可以访问 dhs.wi.gov/forms/advdirectives 获取预先指示表。

- **您有权在真正接纳您成为您居住所在社区的一份子的地点获享 Family Care 服务**。这是联邦家庭和社区服务环境规则赋予您的权利。此规则适用于您的居住环境和在家以外获得日间服务的环境。*Inclusa* 必须确保您在连接您与社区和支持您独立的地方，获得 Family Care 服务。这意味着支持您培养以下能力的地方：

  - 居住在自己想住的地方。
  - 融入社区生活。
  - 与所在社区的其他人一样找工作和参加工作。
  - 管理自己的时间安排。
  - 获取和控制自己的钱。
  - 决定何时去看谁。
  - 维护自己的隐私。

  如果您对获得服务的地方有疑虑，请与护理团队沟通。

第 7 章、会员的责任

身为 *Inclusa* 的会员，您承担了一些责任。您应当：

- 充分了解 Family Care 提供的服务。您还应当了解自己需要怎么做才能获得服务。
- 通过每月联络和面对面咨询（包括上门咨询）您的护理团队来参与制定您的护理计划。
- 参与 resource allocation decision（资源分配决策）流程，找到成本效益最高的方式来满足您的需求，并为达到您的长期护理预期效果提供支持。
- 与护理团队讨论朋友、家庭或其他社区与志愿者组织可以如何帮助支持您，以及您可以如何为自己做更多事。
- 执行您与护理团队商定的护理计划。
- 如果您拒绝治疗或者不遵循护理团队与提供者给出的指示，则对自己的行为负责。
- 利用 *Inclusa* 网络内的提供者，但您和护理团队另有决定的除外。
- 按照 *Inclusa* 的程序在正常营业时间之外获得护理。
- 如果搬到了新地址或更换了电话号码，请告知我们。
- 如果计划暂时居住或搬出服务区域，请告知我们。
- 向 *Inclusa* 提供正确的医疗服务需求、财务和偏好信息，并尽快告诉我们任何变动。其中包括当我们需要您无法轻松获得的其他信息时，签署《信息发布》表。
- 不失尊严和尊重地对待您的团队、家庭护理工作人员和服务提供者。
- 接受服务时不考虑提供者的种族、肤色、宗教、年龄、性别、性取向、健康、民族、信条（信仰）或原国籍。
- 及时支付每月费用。其中包括任何费用分担额或食宿费。如果遇到付款问题，请尽快告知护理团队。
- 在合适的情况下，使用您的 Medicare 和其他保险福利。
- 妥善保管您获得的轮椅和医院床位等任何耐用医疗设备。

- 报告提供者或 *Inclusa* 员工实施的欺诈或滥用。如果您怀疑有人正在实施或已经实施欺诈或滥用公共援助资金，包括 Family Care，请拨打欺诈热线电话 877-865-3432 或访问 dhs.wi.gov/fraud。

- *If you suspect someone is committing or has committed fraud or abuse of public assistance funds, including Family Care, call the fraud hotline at 877-865-3432 or visit dhs.wi.gov/fraud.*

- 切勿参与任何欺诈活动或滥用福利。其中包括：

    - 失实陈述自己的残疾严重程度。
    - 失实陈述自己的收入和资产。
    - 失实陈述自己的住址。
    - 出售 *Inclusa* 提供的医疗设备。

    任何欺诈活动可能导致从 Family Care 中除名或可能面临刑事诉讼。

- 如有疑问或疑虑，请致电护理团队获取帮助。

- 向我们反馈我们的具体表现。我们会询问您是否愿意参与会员采访、满意度调查或其他质量审核活动。您的反馈将帮助我们了解优势和需要改进的方面。如果您想知道任何调查的结果，请告诉我们。

第 8 章、不满和申诉

引言

如果您对接受的护理或服务不满意，您有权利就 *Inclusa* 做出的决定提出不满或申诉，并要求及时进行公正的复审。最好是先与护理团队沟通。这通常是解决疑虑最简单、最快速的方式。

- **申诉**可用来要求某人仔细审核 *Inclusa* 对您的福利做出的决定。这些决定被称为不利福利认定。
- **不满**是指您对 *Inclusa*、我们的任一提供者或您接受的护理或服务的质量不满意。如果您对不利福利认定以外的任何事物不满意，您可以提出不满。

如果您不想和护理团队沟通，您可以用其他方式提出您的疑虑。

- 您可以联系会员权益专员，该专员将在整个投诉与申诉流程中协助您寻求解决方案。他们将：
  - 告知您享有的权利
  - 尝试解决您的疑虑
  - 帮助您提出不满或申诉

如需帮助完成不满和申诉流程，请联系：

Inclusa
Member Rights Specialist
2801 Hoover Road, Unit 3
Stevens Point WI 54481
电话：*877-622-6700]*（TTY：711）
电子邮箱：*memberrelations@inclusa.org*

- 您可以向 *Inclusa* 提出不满或申诉。
- 您可以与 ombudsman（督察员）计划合作。这类计划可以帮助所有 Family Care 会员提出不满和申诉。
  - 如果您年满 **60 岁或以上**，请联系 Board on Aging and Long Term Care。请访问 longtermcare.wi.gov、致电 800-815-0015（TTY：711）或发送电子邮件至 BOALTC@wisconsin.gov。
  - 如果您的年龄为 **18-59 岁**，请联系 Disability Rights Wisconsin。请访问 disabilityrightswi.org、致电 800-928-8778（TTY：711）或发送电子邮件至 info@drwi.org。
- 家人、朋友、律师或支持者可以帮助您。

您的个案档案副本

您有权免费获取个案档案副本。其中包括所有文件、医疗记录以及与您的不满或申诉相关的其他材料。如要索取副本，请联系。

即使您投诉或不认同护理团队或提供者，您不会受到不利影响。即使您提出不满或申诉，您不会受到区别对待。我们希望您对您的护理满意。

不满

何谓不满?

不满是指您对 *Inclusa*、我们的提供者之一或您的护理与服务质量不满意。例如，在下列情形下，您可能想提起不满：

- 您的个人护理员经常迟到。
- 您感觉护理团队不听您的。
- 您在预约提供者时有困难。
- 您对提供者的失禁产品不满意。

谁可以提出不满?

以下人员可以提出不满:

- 您。
- 您的法定决策者。例如，法定监护人或已生效的医疗服务授权书。
- 对于 Medicaid，您已指定为自己的授权代表的人员或组织。
- 获得您的书面许可的任何人。例如家人、朋友或提供者。

提出不满的截止日期是什么时候?

您可以随时提出不满。

向 *Inclusa* 提出不满

您可以致电或写信给我们来向 *Inclusa* 提出不满。

Inclusa
Member Rights Specialist
2801 Hoover Road, Unit 3
Stevens Point WI 54481
电话：*877-622-6700* TTY：*711*
电子邮箱地址：*memberrelations@inclusa.org*

接下来会发生什么?

我们会在五个工作日内向您发送一封信函，告知我们已收到您的不满。然后，*Inclusa* 工作人员将尝试帮助解决您的疑虑。我们可能想不出解决方案。或者您可能不想与 *Inclusa* 工作人员合作。在这些情况下，我们的不满和申诉委员会将审查您的不满，并做出决定。运作原理如下：

- 当委员会计划开会审核您的不满时，我们会告知您。
- 此会议具有保密性质。
- 您有权亲自出席。您也可以有一位支持者、朋友、家人或证人陪同。
- 委员会将给您机会解释疑虑。您可以向委员会递交信息、证据和证词。
- 护理团队或其他 *Inclusa* 员工可能会出席此会议。
- 委员会将在我们首次收到您的不满之日起 90 天内做出决定。委员会将发给您一封决定函。

如果我不认可不满和申诉委员会的决定，该怎么办?

您可以请求 DHS 复审不满和申诉委员会对您的不满做出的决定。请拨打投诉和不满热线电话 888-203-8338 或发送电子邮件至 dhsfamcare@wisconsin.gov。

请求 DHS 复审的截止日期是什么时候?

*Inclusa 的*不满和申诉委员会必须在我们收到您的不满之日起 90 天内，向您发送对您的不满做出的决定。

- 自收到委员会的决定之日起，您有 45 天的时间请求 DHS 复审。
- 倘若不满和申诉委员会未在 90 天内向您发送决定，那么自您本应收到决定之日起，您有 45 天的时间请求 DHS 复审。

  例如，*Inclusa* 必须在 7 月 30 日之前向您发送决定。截至 7 月 30 日，*Inclusa* 未向您发送决定。从 7 月 31 日起到 9 月 14 日止，您可以在此期间请求 DHS 复审您的不满。

接下来会发生什么?

DHS 与叫做 MetaStar 的外部组织一起复审不满。如果您请求 DHS 复审，MetaStar 将：

- 书面答复您他们收到了您的请求。
- 在收到您的投诉请求后的 30 天内完成审查。
- 将在完成复审后七天内向您和 *Inclusa* 发送对您的不满做出的最终决定。

如果我不认同 DHS 的复审决定，该怎么办?

MetaStar 作出的是最终决定。您无法就不满请求举行州公正听证会。

申诉

何谓申诉?

申诉是当 *Inclusa* 作出停止、暂停或减少您的福利等决定时（或下文“可申诉事项类型”章节所列的其他情况），您要求重新审查该决定的正式途径。此类决定被称为**不利福利认定**。

我可以就哪些类别的问题提出申诉？

如果 *Inclusa* 有以下情形，您有权提出申诉：

- 拒绝您的服务申请。
- 限制您的服务申请。
- 终止、减少或暂停（临时中止）您正在接受的服务。
- 拒绝向服务提供方支付费用。
- 要求您支付您认为不应承担的费用。
- 未及时安排或提供服务。
- 拒绝您选择网络外服务提供方的请求。
- 未遵循申诉和上诉时限。
- 向 DHS 申请终止您的参保资格。

您还可就以下情况向 *Inclusa* 提出申诉：

- 您的功能资格发生变化。
- 您被认定为非护理院照护级别。
- 您对护理计划存在异议，包括：
    - 护理计划不支持您在期望居住地生活。
    - 护理计划提供的护理、治疗或支持服务不足以满足需求及既定目标。
    - 要求您接受不必要或认为限制性过强的护理、治疗或支持项目。

如果出现以上任一情况，*Inclusa* 将向您发送一份 **Notice of Adverse Benefit Determination（《不利福利认定通知》）**，其中将说明您的申诉权利。请认真阅读，因为其中可能会告知您提出申诉的截止日期，以及其他时效信息。如果您有疑问，请致电我们的任一会员权利专家寻求帮助。

Notice of Adverse Benefit Determination（《不利福利认定通知》）。该通知包含我们计划终止、中止或减少服务的日期。如要查看 Notice of Adverse Benefit Determination
（《不利福利认定通知》），请参见 appendix *3*。

谁可以提出申诉?

您或以下人员可以提出申诉：

- 您的法定决策者。例如，法定监护人或已生效的医疗服务授权书。
- 对于 Medicaid，您已指定为自己的授权代表的人员或组织。
- 获得您的书面许可的任何人。例如家人、朋友或提供者。

我如何提出申诉?

您可以通过对您来说最简单的任何方式提出申诉。

- **致电**。致电 *877-622-6700 (TTY: 711])* 联系 *Member Rights Specialist*。在致电之前，请确保您已准备好。
- **邮寄、发送传真或电子邮件**。将请求表格或信函发送至：

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

您可以访问 dhs.wi.gov/familycare/mcoappeal.htm 或联系您的机构获取申诉请求表。

向 *Inclusa* 提出申诉的截止日期是什么时候?

向 *Inclusa* 提出的申诉必须**不迟于 Notice of Adverse Benefit Determination（《不利福利认定通知》）发出日期后 60 天盖上邮戳，或者以传真和电子邮件的方式发出**。

在申诉期间，我可以继续享受服务吗?

如果 *Inclusa* 计划终止、中止或减少您的服务，您可以请求在申诉期间继续享受您的服务。您必须在 *Inclusa* 计划变更您的服务的日期**当日或之前**在请求上盖上邮戳，或者以传真和电子邮件的方式发出。

接下来会发生什么?

如果您向 *Inclusa* 提出申诉，我们会在五个工作日内向您发送一封信函，告知我们已收到您的申诉。我们会尝试解决您的疑虑，或者提出令 *Inclusa* 和您都满意的解决方案。我们

可能无法提出解决方案，或者您可能不想与 *Inclusa* 工作人员合作来解决您的疑虑。在这种情况下，我们的不满和申诉委员会将召开会议来审核您的申诉。运作原理如下：

- 当委员会计划开会审核您的申诉时，我们会告知您。
- 此会议具有保密性质。
- 您有权亲自出席。您也可以有一位支持者、朋友、家人或证人陪同。
- 护理团队或其他 *Inclusa* 员工可能会出席此会议。
- 委员会将给您机会解释不同意护理团队的决定的理由。您或您的代表可递交信息、证据和证词。您可以带证人出席或者描述自己的疑虑，以帮助委员会了解您的观点。
- 委员会听取您的申诉后，*Inclusa* 将在我们收到申诉之日起 30 天内向您发送决定函。在下列情形下，*Inclusa* 最长可于 44 天内作出决定：
  - 您请求给予更多时间，以向委员会递交信息。
  - 我们需要更多时间来收集信息。如果我们需要更多时间，我们会向您发送一封信函，告知您延期的理由。

加急处理申诉

Inclusa 有 30 天时间对您的申诉作出决定。您可以要求我们加快申诉速度。我们称之为“加急处理申诉”。在这种情况下，我们将决定您的健康状况或完成日常活动的能力是否导致我们需要加急做出决定。如果我们需要加急处理您的申诉，我们会尽快通知您。

在加急申诉中，您将在提出请求后 72 小时内收到决定。但如果需要更多信息，以及出于您的最佳利益，*Inclusa* 可以延期到最长 14 天。如果您有希望我们审议的其他信息，必须迅速提交。

如要请求加急处理申诉，请联系：

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

州公正听证会

若您不同意 *Inclusa* 的裁决结果，可申请举行州级公正听证会。该听证会将由行政法法官主持，您可获得陈述理由的机会，以说明关于您福利或申请的裁决存在错误。

如何请求举行州公正听证会？

- **向 Division of Hearings and Appeals（听证和申诉司）发送请求表**。该请求表可访问 dhs.wi.gov/library/f-00236.htm 在线获取。此外，您也可以向 *Inclusa* 的会员权利专家或本手册中列示的任一支持组织（参见第 45 页）获取副本。附录 *appendix 4* 载有此表范本。
- **寄信**。包含您的姓名、联系信息和签名。解释您申诉的事由。

将申请表或要求召开听证会的信函寄至 Division of Hearings and Appeals, PO Box 7875, Madison, WI 53707-7875。传真：608-264-9885。电子邮件：DHAMail@wisconsin.gov.

务必在请求表格或信函上签名，并附上 *Inclusa* 对您的请求做出的申诉决定的副本。如果 *Inclusa* 未向您出具申诉决定，则附上 *Inclusa* 确认收到申诉的信函副本。切勿寄出信函正本。

请求举行州公正听证会的截止日期是什么时候？

- 举行公正听证会的请求必须不迟于您收到 *Inclusa* 的不满和申诉委员会的决定函之日起 90 天盖上邮戳。
- 此外，如果 *Inclusa* 未在收到您的申诉后 30 天内向您提供其决定，您也可请求举行州公正听证会。在这种情况下，从 *Inclusa* 做出决定的时限届满之日起，您有 90 天时间请求举行公正听证会。

在关于减少、中止或终止服务的州公正听证会期间继续享受服务

如果您在向 *Inclusa* 申诉期间继续享受服务，则在行政法法官就您的公正听证会请求做出决定之前，您可以继续享受相同的服务。

如果您想在州公正听证会期间继续享受福利，则必须：

- 在 *Inclusa* 计划停止、中止或减少服务的日期***当日或之前***，在您的州公正听证会请求上盖邮戳或者以传真的方式发出。

- 要求在州公正听证会的整个过程中继续提供服务。

如果行政法法官决定 *Inclusa* 的决定无误，**您可能需要偿还从提出申诉到行政法法官做出决定期间您已获得的额外福利。**但是，如果这会给您带来极大的经济负担，则可能无需偿还该费用。

接下来会发生什么？

- 当您发出州公正听证会请求后，Division of Hearings and Appeals（听证和申诉司）将向您邮寄一封信函，其中将说明听证会日期、时间和地点。
- 该听证会将通过电话的形式举行，或可能在您所在县的办事处举行。
- 行政法法官将主持该听证会。
- 您有权出席该听证会。您也可以有一位支持者、朋友、家人或证人陪同。
- 护理团队或其他 *Inclusa* 工作人员将出席听证会，解释他们做出决定的理由。
- 您将有机会解释不认同护理团队的决定的理由。您或您的代表可递交信息、带证人出席或者描述您的疑虑，以帮助行政法法官了解您的观点。
- 行政法法官必须从您提出召开听证会申请之日起 90 天内作出裁定。

您也可以就对您参与 Family Care 的财务资格做出的决定提出申诉。

- 如果您的机构决定您不再具备参与 Family Care 的财务资格或表示您的费用分担额将发生变化，该机构将向您发送一封信函，其中包含您参与 Family Care 的资格的相关信息。其将包含您请求举行公正听证会的权利的相关信息。

向 Division of Hearings and Appeals（听证和申诉司）提出申诉是对参与 Family Care 的**财务资格**的相关决定提出异议的唯一办法。其中包括关于成本分担的决定。

如果我不同意行政法法官的裁定，可以怎么做？

如果您不同意行政法法官的裁定，有两种选择。

1.) 申请重审。如果您想让 Division of Hearings and Appeals（听证和申诉司）重新审议其决定，则必须在行政法法官做出决定之日起 20 日内提出请求。仅当满足以下一项或所有条件时，行政法法官才会准予复审：
    - 您可以证明事实或法律存在重大错误
    - 您拥有首次听证会上无法取得和出示的新信息

2.) 将案件提交给巡回法院。如果您想诉至法院，必须从行政法法官裁定之日起 30 天内提交申请。

谁可以帮助我提起不满或申诉？

每当您需要不满或申诉方面的帮助或者对自己的权利有疑问时，您可以联系 *Inclusa* 的会员权利专家。支持者也可以帮助回答不满与申诉流程的相关问题。此外，支持者还可以告知关于您的权利的更多信息，并帮助确保 *Inclusa* 正为您的需求与结果提供支持。您可以请任何人作为您的支持者，包括家人、朋友、律师或愿意提供帮助的任何其他人。

Ombudsman（督察员）计划

Regional ombudsman（区域督察员）计划免费帮助所有 Family Care 会员处理不满和申诉问题。两个 ombudsman（督察员）计划通常都会尝试在不举行听证会的情况下解决问题。这些机构可以帮助 Family Care 会员：

- 如果您年满 **60 岁或以上**，请联络 Board on Aging and Long-Term Care。
  - 网站：longtermcare.wi.gov
  - 电话：800-815-0015 (TTY: 711)
  - 电邮：BOALTC@wisconsin.gov
  - 传真：608-246-7001
  - 邮寄地址： Wisconsin Board on Aging and Long Term Care
    1402 Pankratz Street, Suite 111
    Madison, WI 53704-4001

- 如果您年龄在 **18 至 59 岁之间**，请联络 Disability Rights Wisconsin：
  - 网站：disabilityrightswi.org
  - 电话：800-928-8778 (TTY: 711)
  - 电邮：info@drwi.org
  - 传真：833-635-1968
  - 邮寄地址： Disability Rights Wisconsin
    1502 West Broadway, Suite 201
    Madison, WI 53713

第 9 章、终止 *Inclusa* 的会员身份

终止 *Inclusa* 会员身份的方式有多种：

- 您可以随时终止 *Inclusa* 会员身份。
  - 如果您想终止 Family Care 会员身份，请联系 *Inclusa* 服务区域内的任一 ADRC：

o Call 844-WIS-ADRC (844-947-2372) for help finding your local ADRC or Tribal ADRS.
o Visit dhs.wi.gov/adrc for more information about ADRCs.
请访问 dhs.wi.gov/adrc，了解关于 ADRC 的更多信息。

- *Inclusa* 必须向您的机构报告此信息。在有限的情况下，即使您未选择终止会员身份，您的会员身份也会自动终止：
  - 您不再具备资格。
  - 您的财务状况发生变化，导致您丧失参与 Family Care 的财务资格。
  - Wisconsin Adult Long Term Care Functional Screen（成人长期护理功能筛查）认定您不再具备功能资格。
  - 您未支付费用分担额。
  - 您故意向我们提供错误信息，影响您注册参与该计划的资格。

- 获得 DHS 的批准
  - 您超过 30 天停止接受服务且我们不知道原因。
  - 您拒绝参与护理规划，且我们无法确保您的健康与安全。
  - 您的行为方式持续对员工、提供者或其他会员造成破坏或不安全。

会员身份不会因您的健康状况恶化或您需要更多服务而终止。

如果从 Family Care 除名或 *Inclusa* 的会员身份终止，您有权提出申诉。

附录

附录 1、术语表

虐待：对个人的身体、心理或性虐待。此外，还包括忽视、经济剥削、未经同意治疗以及不合理的拘留或监禁。

行政法法官：负责主持州公正听证会来解决您和您的 managed care organization（管理式护理机构，MCO）之间的争议的官员。

预先指示：个人对医治相关愿望的书面声明。预先指示确保医务人员在此人无法交流时执行这些愿望。

支持者：可以帮助您确保 MCO 满足您的需求和实现您的预期效果之人。

他们可以帮助您以非正式的方式解决争议，并在您决定提出不满或申诉时代表您。

Aging and disability resource center（老年人和残障人士资源中心，ADRC）： 就与老年人或残疾人相关的各方面生活事务提供信息和援助的服务中心。ADRC 负责处理 Family Care 计划的注册和除名事宜。

申诉：请求您的 MCO 复审拒绝、减少或中止服务的决定。例如，如果护理团队拒绝支付服务费用或终止服务，您有权提出申诉。

资产：您拥有的有价物品，例如，车辆、现金、支票、储蓄账户、存款单、货币市场账户和人寿保险的现金价值。

Medicaid 授权代表： 您使用表格任命的个人或组织，由其帮助您获得并保有 Medicaid。如需任命个人，请使用 F-10126A (dhs.wi.gov/library/collection/f-10126a)，如需任命组织，请使用 F-10126B (dhs.wi.gov/library/collection/f-10126b)。

福利：Family Care 会员可以享受的服务。其中包括个人护理、家庭保健、交通、医疗用品和护理保健。

护理计划：一份长期计划，用于记录您的个人预期效果和长期护理预期效果、需求、偏好及强项。该计划注明您将从家人和朋友处获得的服务，以及您的 MCO 将提供的获准服务。

护理团队：为每位 Family Care 会员分配一支护理团队，团队成员包括一名社会工作者 *[or care manager or social services coordinator]* 和一位注册护士。您与护理团队一起评估您的需求、确定您的预期效果，并拟定您的护理计划。他们将审批、协调并监控您的服务。

共付额：您为承保的医疗保健服务支付的固定金额。

费用分担额：为继续参与 Family Care，您每月必须支付的金额。

成本效益高：以合理的费用和精力为达到您的长期护理预期效果提供高效支持的选项。

Department of Health Services（卫生服务部，DHS）：执行 Wisconsin 州 Medicaid 计划（含 Family Care）的 Wisconsin 州机构。

除名：终止 Family Care 会员身份的流程。

Division of Hearings and Appeals （听证和申诉司）：负责州公正听证会的 Wisconsin
州机构。

注册：申请或报名参与计划的流程。

Estate recovery（遗产追缴）：当个人通过由 Medicaid 提供资金的长期护理获得 Medicaid 服务时，Wisconsin 州追偿该等服务费用的流程。本州在个人及其配偶去世后，用此人的遗产偿还。

加急处理申诉：如果您认为标准等待时间可能严重损害您的健康和执行日常活动的能力，可用来加急处理申诉的流程。

Family Care：一项 Medicaid 长期护理计划，可以帮助老年人与有身体残疾、发育障碍或智力障碍的成年人。参与该计划的人员可获得相关服务来帮助其尽可能在自己家生活。

财务资格：财务资格是指获享 Medicaid 的财务资格。机构会调查您的收入和资产，以决定此人是否有资格获享 Medicaid。您必须具备获享 Medicaid 的资格才能参与 Family Care。

功能资格：Wisconsin Adult Long Term Care Functional Screen（长期成人护理功能筛查）旨在认定会员是否具备参与 Family Care 的功能资格。其将收集个人的健康状况信息，以及对帮助完成沐浴、穿衣和上洗手间等活动的需求的相关信息。

不满：对护理、服务或其他一般事项提出的投诉。如果您对护理质量、您与护理团队之间的关系、您的会员权利不满意，您可以提出不满。

监护人：如果您无法对自己的生活做出决定，法院可以为您指定一名监护人。

Income Maintenance Agency（收入维持机构）： 您当地的机构，可以认定 Medicaid、Family Care 和其他公共福利的财务资格。请访问 dhs.wi.gov/im-agency 查找最近的机构。

法定决策者： 获得合法授权来为您做出决定之人。法定决策者可以是您个人或您的遗产（或二者）的监护人，保护人，或者医疗服务授权书与财务文件中指定为代理人的人员。

护理水平：指您开展日常活动所需的帮助量。您所需的护理必须达到 “疗养院” 护理水平或 “非疗养院” 护理水平，才有资格参与 Family Care。

Long-term care（长期护理）： 您因残疾、衰老或慢性疾病限制了您完成日常工作的能力而可能需要的服务和支持。其中包括沐浴、穿衣、做饭、上班、付账等事务。

长期护理预期效果：您或护理团队确定能够让您最大程度独立的情形、条件或状况。

Managed Care Organization（管理式医疗机构，MCO）：执行 Family Care 计划的机构。

Medicaid：由 Wisconsin Department of Health Services （卫生服务部，简称 DHS）执行的医疗和长期护理计划。您必须符合 Medicaid 资格要求才能成为 Family Care 会员。

Medicare： 面向 65 岁及以上老年人、65 岁以下特定残疾人士以及终末期肾病（永久性的肾衰竭，需要透析或肾脏移植）患者的联邦医疗保险计划。Medicare 为住院、医生服务、处方药和其他服务承保。

会员：符合功能和财务资格标准并注册参与 Family Care 的人员。

会员权利专家： MCO 员工，可以帮助您了解您的权利和责任。会员权利专家可以帮助解决对护理和服务的疑虑，并帮助您提出不满或申诉。

MetaStar：Wisconsin Department of Health Services（卫生服务部，简称 DHS）的合作机构，共同审核会员提出的不满，并对此做出最终决定。

自然支持：在您的生活中早已选择为您提供帮助的人员。

非疗养院护理水平：您需要的帮助量包括一些长期护理服务，但不包括疗养院提供的服务。该护理水平的 Family Care 服务组合有限。

Notice of Adverse Benefit Determination（《不利福利认定通知》）：MCO 发出的书面通知，其中解释了服务变动及原因。如果 MCO 拒绝您请求提供的承保服务、拒绝支付承保服务的费用，或者计划终止、中止或减少服务，则必须向会员发送此通知。

申诉权利通知：解释您就提出申诉所拥有的选项的信函。如果 MCO 不及时提供服务或未在截止期限内处理申诉，则必须发出申诉权利函。

疗养院护理水平：您需要的帮助量足够大，从而具备资格获得疗养院提供的服务。该护理水平的 Family Care 服务组合非常广泛。

Ombudsman（督察员）：调查报告的疑虑且可以帮助您解决护理和服务问题的人员。

个人预期效果：您对生活的目标。

医疗保健授权委托书：一份法律文件，您可以用来在自己无法做决定时，授权他人代表自己就医疗保健做出决定。

事先授权（事先批准）—— 护理团队必须在您获得服务前授权该服务（紧急情况除外）。如果您在网络外获得服务或使用网络外提供者，MCO 可能不会支付该服务的费用。

提供者网络：就提供服务与 MCO 签订合同的机构和个人。提供者包括服务人员、个人护理、支持性家庭护理、家庭保健机构、生活辅助护理设施和疗养院。护理团队必须先授权您的服务，您才能从名录中选择提供者。

住宿式服务：住宿式护理环境包括成人家庭住宅、社区住宿设施、住宿式护理公寓楼和疗养院。

Resource allocation decision（资源分配决策）流程：一种工具，您和护理团队可用来帮助查找成本效益高和高效的方式来满足您的需求，并为达到您的长期护理预期效果提供支持。

食宿费：在住宿式护理环境中生活的租金和餐费。您负责自行支付食宿费。

Self-directed supports（自我指导支持，SDS）：您安排、购买和指导自己的部分长期护理服务的方式。您可以选择控制服务预算。此外，您还可能对提供者负责，包括雇佣、培训、监督和解雇您的直接护工。

服务区域：您在 *Inclusa* 注册和保有该等注册而必须居住的区域。

州公正听证会：就职于 Wisconsin 州 Division of Hearing and Appeals（听证和申诉司）的行政法法官主持的听

Appendix 6. Notice of privacy practices

Insurance ACE Notice of Privacy Practices

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

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

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

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

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

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

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

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

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

How do we use and disclose your information?
We use and disclose your information:

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

We have the right to use and disclose your information:

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

– continued to next page

Insurance ACE Notice of Privacy Practices – continued

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

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

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

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

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

The following uses and disclosures will require your written permission:

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

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

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

What are my rights concerning my information?

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

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

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

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

– continued to next page

Insurance ACE Notice of Privacy Practices – continued

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

Our Responsibilities

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

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

GN14474HH 01/25

How do I exercise my rights or obtain a copy of this notice?
All of your privacy rights can be exercised by obtaining the applicable forms. You may obtain any of the forms by:

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

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

APPLICATION FOR REDUCTION OF COST SHARE

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

Section 1—Applicant Information

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

Name of Managed Care Organization (MCO) Member is Enrolled in

Name of MCO Care Manager

Date of Birth (mm/dd/yyyy)	Medicaid ID Number or CARES ID

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Section 4—Why Cost Share Reduction is Necessary

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

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

Section 6—Current Income Amount

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

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

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

	Section 7—Current Monthly Living Expenses	
A.	**B. List your total monthly necessary living expenses below**. *Proof required*: Attach documentation such as a copy of a mortgage statement, rental agreement or lease, condo fee invoice, property tax bill, insurance bill, utility bill, bank statement, or cancelled check.	
TYPE		**AMOUNT**
☐ Mortgage	□ Attached mortgage bill or other supporting document	$
☐ Rent	□ Attached lease or other supporting document	$
☐ Homeowner's insurance	□ Attached homeowner's insurance bill or other supporting document	$
☐ Renter's insurance	□ Attached insurance bill or other supporting document	$
☐ Property taxes	□ Attached property tax bill or other supporting document	$
☐ Condo fees	□ Attached condo association fee or other supporting document	$
☐ Clothing	□ Attached supporting documentation	$
☐ Electric/Gas	□ Attached electric/gas bill or other supporting document	$
☐ Food	□ Attached supporting documentation	$
☐ Hygiene	□ Attached supporting documentation	$
☐ Internet	□ Attached internet bill	$
☐ Maintenance and operation of vehicle	□ Attached supporting documentation	$
☐ Phone (landline **or** cell, not both)	□ Attached phone bill or other supporting document	$
☐ Sewer/Septic	□ Attached sewer/septic bill or other supporting document	$
☐ Water	□ Attached water bill or other supporting document	$
☐ Other Specify:	□ Attached supporting documentation	$
☐ Other Specify:	□ Attached supporting documentation	$
☐ Other Specify:	□ Attached supporting documentation	$

Section 8—Contact Information for Person who Assisted Member with Form (complete this if applicable)	
NAME– MCO Care Manager, Ombuds, Family Member, or Other	**Title**
Email or Phone	Date
Section 9—Fair Hearing Request	
Have you requested a fair hearing with the Wisconsin Department of Administration, Division of Hearings and Appeals regarding your cost share amount? ☐ Yes ☐ No	
If yes, what is the date the hearing occurred or is set to occur? Date (mm/dd/yyyy)	
SIGNATURE – Member or Authorized Representative	Date Signed

Appendix 3. Sample Notice of Adverse Benefit Determination

FAMILY CARE
NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION

Mailing Date: Insert Date Notice Mailed

Member Name Member ID: Member's ID or MCI Number

Member/Legal Decision Maker's Street Address

City, State Zip Code

Dear Member Name,

This notice confirms our discussion on insert date.

The service or support in question is: insert service in question

After reviewing the options with you using the Resource Allocation Decision (RAD) process, we have decided to:

☐ **Terminate current service.**

Effective date of intended action:

☐ **Reduce current service.**

Effective date of intended action:

Description of current level:

New level after reduction:

☐ **Suspend current service.**

Effective date of intended action:

Expected date service will resume:

☐ **Deny request for service or support.**

Date of request:

☐ **Limit request for service or support.**

Date of request:

Description of requested level:

Authorized level of service or support:

☐ **Deny payment for service or support (member request).**

Date of request:

Date(s) service provided:

Provider or supplier:

Payment amount being denied: $

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

Service or support:

Date(s) of denial(s):

Date(s) of claims(s):

Provider/Supplier:

The reason for our decision is that:

☐ The service or support is not an effective way to support your outcome(s).

☐ You do not need this service or level of service or support to support your outcome.

☐ We are already supporting your outcome in another way.

☐ The service or support you received was not authorized.

☐ An informal support has been identified and has agreed to provide this service or support for you.

☐ The service or support is being performed by a member of your household and the service or support benefits the other individuals residing in the household with you.

☐ Other:

Explanation of the decision:

If you disagree with this decision, the following pages describe your options.

Sincerely,

care manager name
care manager title
phone number

RN care manager name
RN Care Manager title
phone number

Appeal Rights

1. How to appeal this decision

If you disagree with this decision, write, call, fax, or email:

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

You can get the Appeal Request form online at www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm, or by calling one of the independent ombudsman agencies listed at the end of this notice.

Include a copy of this notice with the completed request form or letter.

2. Grievance and Appeal Committee

After Inclusa receives your request, we will set up a meeting with our Grievance and Appeal Committee. The committee is made up of Inclusa representatives and at least one person who is also receiving services from us (or represents someone who does).

You have the right to appear in person if you choose. You may bring an advocate, friend, family member, or witnesses. You may also present evidence and testimony to this committee.

You will receive a written decision on your appeal. If you do not agree with the Grievance and Appeal Committee's decision, you can request a state fair hearing. See the "state fair hearing" section below for more information.

3. Continuation of services

If you are getting benefits and you ask for an appeal before your benefits change, you can keep getting the same benefits until the Grievance and Appeal Committee makes a decision on your appeal.

If you want to keep your benefits during your appeal, **your request must be postmarked, faxed, or emailed on or before insert effective date of intended action**.

If the Grievance and Appeal Committee decides that Inclusa, decision was right, you may need to repay the extra benefits that you **received** between the time you asked for your appeal and the time that the Grievance and Appeal Committee makes a decision. However, if it would cause you a large financial burden, you might not be required to repay this cost.

4. Deadline to file your appeal with Inclusa

You should file your appeal as soon as possible.

Your appeal to Inclusa must be postmarked, faxed, or emailed no later than 60 calendar days from the mailing date on page one of this notice. **Important**: If you would like your benefits to continue during your appeal, your appeal must be postmarked, faxed, or emailed **insert effective date of intended action.**

5. Speeding up your appeal with Inclusa

You may ask Inclusa to speed up your appeal. If Inclusa decides that taking the standard amount of time could seriously harm your health or ability to perform your daily activities, we will grant you a faster appeal called an "expedited appeal." This means you will receive a decision on your case within 72 hours of your request. If you want to learn more about an expedited appeal, contact Inclusa at 877-622-6700.

6. State fair hearing

You have the right to ask for a state fair hearing if you do not agree with the Grievance and Appeal Committee's decision on your appeal.

If you ask for a state fair hearing, you will have a hearing with an independent Administrative Law Judge (ALJ). You may bring an advocate, friend, family member, or witnesses. You may also present evidence and testimony at the hearing.

Inclusa's member rights specialist can assist you with filing a fair hearing request. To contact a member rights specialist, call 877-622-6700. You can also get the hearing form from one of the independent ombudsman agencies listed at the end of this notice or online at www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm.

Send the completed request form or a letter asking for a hearing and a copy of this notice to:

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

Important Note: You cannot request a state fair hearing until you have received the Grievance and Appeal Committee's decision on your appeal or Inclusa fails to send you a written decision within 30 calendar days of receiving your appeal.

You have 90 calendar days from the date you receive the Grievance and Appeal Committee's written decision on your appeal to request a state fair hearing. If Inclusa fails to send you a written decision within 30 calendar days of receiving your appeal, the 90 days starts the day after the 30 calendar day period ends.

7. Who can help you understand this notice and your rights?

a. Inclusa's member rights specialist can inform you of your rights, try to informally resolve your concerns, and assist you with filing an appeal. The member rights specialist **cannot** represent you at a meeting with our Grievance and Appeal Committee or at a state fair hearing. To contact a member rights specialist, call 877-622-6700.

b. Anyone receiving Family Care services can get free help from an **independent ombudsman**. The following agencies advocate for Family Care members:

For members age 18 to 59:
Disability Rights Wisconsin
Toll Free: 800-928-8778
TTY: 711

For members age 60 and older:
Wisconsin Board on Aging and Long Term Care
Toll Free: 800-815-0015
TTY: 711

Copy of your case file

You have the right to a free copy of the information in your case file related to this decision. Information means all documents, medical records, and other materials related to this decision. If you decide to appeal this decision, you have the right to any new or additional information Inclusa gathered during your appeal. To request a copy of your case file, contact a member rights specialist at 877-622-6700.

Appendix 4. Inclusa appeal request form

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

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

APPEAL REQUEST – INCLUSA

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

Name – Member	Today's Date

Mailing Address

City	State	Zip Code
	WI	

☐ Check this box if you would like to appeal Inclusa's decision by requesting a meeting with the Inclusa Grievance and Appeal Committee.

Continuing your services during an appeal of a reduction, suspension, or termination of a service

If you are getting benefits and you ask for an appeal before your benefits change, you can keep getting the same benefits until a decision on your appeal has been made. If you want to keep your benefits during your appeal, your request must be postmarked or faxed ***on or before* the effective date of the intended action**. If the Grievance and Appeal Committee decides that Inclusa's decision was correct, you may need to repay the extra benefits that you got between the time you asked for your appeal and the time that the Grievance and Appeal Committee makes a decision. However, if it would cause you a large financial burden, you might not be required to repay this cost.

☐ **Check this box if you would like to request the same services to continue during your appeal.**

Copy of your case file

You have a right to a free copy of the information in your case file related to your appeal. Information means documents, records and other related material including any new or additional information Inclusa gathers during your appeal.

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

_____ _____
SIGNATURE – Member Date Signed

Mail or fax this form to:

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

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

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

Appendix 5. State fair hearing request form

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

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

REQUEST FOR A STATE FAIR HEARING

SECTION A – REQUIRED

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

Name – Member		Phone	Medicaid ID #
Mailing Address		Program ☐ Family Care ☐ Partnership ☐ PACE	
City	Zip Code	Managed Care Organization (MCO)	
Today's Date		Effective Date of Adverse Benefit Determination	

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

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

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

SECTION C

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

☐ Functional eligibility screen conducted by MCO

☐ Reduction, suspension or termination of service/support

☐ Denial or limited authorization of a requested service

☐ Failure to provide services/supports in a timely manner

☐ Involuntary disenrollment from the MCO

☐ Denial of request to dispute a financial liability

☐ Denial of payment for a service

☐ Care plan

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

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

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

☐ Yes ☐ No 1. Did you file an appeal with your MCO's Grievance and Appeal Committee?
Date you filed the appeal:

☐ Yes ☐ No 2. Did you request the same services to continue during your appeal with the MCO?

☐ Yes ☐ No 3. Have you received a written decision from the MCO's Grievance and Appeal Committee? Attach a copy of the decision to this form **or** briefly describe the decision below:
Summary of decision:

☐ Yes ☐ No 4. If you answered "No" to question 3, when was the MCO's Appeal and Grievance Committee decision due: .
(If possible, attach a copy of the MCO's letter that told you when you would receive a decision.)

Note: The MCO Appeal and Grievance Committee has up to 30 days to make a decision on your appeal. You must wait to see if the MCO sends you a decision on your appeal by the date in the letter before you can request a fair hearing.

SECTION D - REQUIRED

_____ _____

SIGNATURE – Member Date Signed

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

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