Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

Программа Medicaid Transformation Project
Уведомление о действии по поводу исключения из правил
Medicaid Transformation Project Notice of Action Exception to Rule

RU СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА
ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА	ДАТА

См. важную информацию, приведенную в помеченных пунктах.

- - - - - -

Запрос об исключении из правил:

Опишите запрашиваемые позицию и количество:

Запрос об исключении из правил Департамента, в соответствии с разделом WAC _____:

☐ **Не принят к рассмотрению.** Основание для отказа в рассмотрении данного запроса:
- ☐ WAC 388-440-0001. Ваша ситуация не отличается от большинства подобных.
- ☐ Иное, в соответствии с WAC 388-440-0001.

☐ **Принят к рассмотрению и одобрен:** Даты: с _____по _____.
Утвержденные позиция и количество: _____.

☐ **Принят к рассмотрению и отклонен** на следующем основании:
- ☐ WAC 388-440-0001. Ваша ситуация не отличается от большинства подобных
- ☐ Иное, в соответствии с WAC 388-440-0001.

<u>У вас нет права на проведение административного слушания по данному решению</u>

A. Если вы не согласны с решением, у вас есть право подать письменную жалобу руководителю вашего координатора ухода в течение 30 дней с даты настоящего уведомления. Руководитель рассмотрит вашу жалобу и письменно уведомит вас о своём решении в течение десяти (10) дней с даты её получения.

B. Если вы не согласны с решением руководителя, вы можете подать письменную жалобу директору или уполномоченному лицу Управления по делам престарелых (AAA) (адрес AAA указан ниже), которые проведут повторное рассмотрение вашей жалобы, вынесут по ней решение и уведомят вас о нём в течение десяти (10) дней с даты получения жалобы.

C. Если тот же самый вопрос находится на административном или судебном рассмотрении, то Департамент может отреагировать на жалобу путем информирования подавшего её лица о том, что данный вопрос будет решен в ходе административного или судебного рассмотрения.

ПОДПИСЬ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА ДАТА		ФАМИЛИЯ, ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ
ФАМИЛИЯ, ИМЯ РУКОВОДИТЕЛЯ		ТЕЛЕФОН РУКОВОДИТЕЛЯ
АДРЕС AAA		
ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС