护养院转院或出院通知
Nursing Home Transfer or Discharge Notice

必须以护理对象及其代表能够理解的语言和方式，在转院或出院前至少 30 天向其提供书面转院或出院通知及相关理由，若适用 42 CFR 483.15(c)(4)(ii)或(8)规定的例外情形，则应在切实可行的范围内尽快提供。相关监管要求详见 42 CFR 483.15(c)、RCW 74.42.450、WAC 388-97-0120 和 WAC 388-97-0140。

☐ 转院 ☐ 出院

居住者信息

居住者姓名	电话号码（包括区号）
地址	

护理对象代表信息

护理对象代表姓名	电话号码（包括区号）
地址	与护理对象关系

护养院信息

护养院名称	电话号码（包括区号）
地址	
联系人姓名	联系人电话号码（包括区号）

发出通知的日期/到期日

注： 生效日期须自通知发出之日起至少满 30 天，除非适用 42 CFR 483.15(c)(4)(ii)或(8)规定的例外情形。护理对象可选择在生效日期前提前搬离。

发出通知的日期	到期日（出院日期）

护理对象转院或出院目的地（必填）

姓名	电话号码（包括区号）
地址	

出院或转院的原因

注： 机构必须允许每位护理对象继续留院，不得随意转院或要求其出院，除非符合以下情形之一：

☐ 为保障护理对象福利，其需求无法在本机构得到满足，因此必须转院或出院。
☐ 护理对象健康状况显著改善，不再需要本机构提供的服务，因此转院或出院具备合理性。
☐ 因护理对象的临床状况或行为状态，对本机构其他人员的安全构成威胁。
☐ 可能对本机构其他人员的健康造成危害。
☐ 经机构发出合理且适当的通知后，护理对象仍未支付（或通过 Medicare 或 Medicaid 支付）本机构的住宿费用。
☐ 该院关闭。

请提供简要说明来支持此次行动。请视需要附加其他文档。

申请协助：若您对转院或出院决定有异议，可要求机构提供必要协助，联系下一页所列组织和/或就该决定提上申诉，机构须予以配合。请参阅上文所列护养院联系人姓名及电话。

上诉权：

- 您有权向华盛顿州行政听证处申请举行听证会，从而对此出院或转院决定提起上诉。从您收到此通知书之日起，您可以在最长 90 天时间里随时申请举行听证会。
- 如您决定上诉，您可以通过亲自登门、致电/发送语音邮件或书面的形式进行申请。您可以使用随附的表格（DSHS 10-238 行政听证会申请表）申请上诉，但并非强制要求。
- **如果在提议的转院/出院日期之日或之前，或是您实际转院/出院之日收到听证会申请，您有权继续留在护养院直到决定上诉。**例外情形：如果您不出院或转院会危害到您的健康或安全，或护养院中其他人的健康或安全，则您可能会被转院或出院。提议的出院/转院日期位于本通知函的首页。
- 如您不上诉，护养院可以继续办理您的转院或出院。
- 如果听证会的决定支持护养院的决定（您上诉失败），则护养院可以在签发支持此决定的最终命令 30 天后继续办理您的转院或出院。
- 如果出院/转院决定不被支持（您上诉成功），而您不再住在该院中，则您有权在护养院的半私人房间中腾出首个床位时立即重新搬入该院，前提是您需要并有资格获得该院提供的服务。

将听证申请发送至：
OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489
电话号码：1-800-583-8271 传真： (360) 586-6563

华盛顿州监察专员：

华盛顿州长期护理监察专员计划可为您解答与本通知及其他相关事宜有关的疑问，并提供协助。该计划通过专职"LTC监察专员"的工作，保护并促进长期护理机构护理对象的合法权益。监察专员计划独立于州政府，且不隶属于任何长期护理机构。若您希望获得LTC监察专员的协助，可拨打免费电话1-800-562-6028。您也可通过以下书面方式提交申请：传真：(253) 815-8173、电子邮件：ltcop@mschelps.org 或邮寄地址：1200 S. 336th St., Federal Way, WA. 98003。

Disability Rights Washington：

如果您被诊断出患有心理疾病或智障，您可以联络 Disability Rights Washington 获得协助来对此决定提起上诉，免费电话为 1-800-562-2702 或(206) 324-1521。您也可通过以下书面方式提交申请：传真：(206) 957-0729、电子邮件：info@dr-wa.org 或邮寄地址：Disability Rights Washington, 315 5th Avenue S, Suite 850, Seattle, WA, 98104。

机构管理人员/指定人员

请勾选所有适用选项：

☐ 在将护理对象转移至医院前，已按照 42 CFR 483.15(d)和 WAC 388-97-0120(4)的要求，向护理对象及其代表提供了机构床位保留政策的书面通知。

☐ 于 _____，已按照联邦及州相关规定，向护理对象、护理对象代表、州 LTC 监察专员办公室及 DSHS 提供了本文件副本、法定附件 DSHS 10-238 及所有可选附件。

通知提供方：			
护养院管理人员/指定人员签名	日期	工整填写姓名	
通知提供给：			
护理对象印刷体姓名	日期	护理对象代表印刷体姓名	日期