요양원(Nursing Home) 이소 또는 퇴소 통지
Nursing Home Transfer or Discharge Notice

이소 또는 퇴소 서면 통지와 이동 사유는 반드시 이소 또는 퇴소일로부터 최소 30 일 이전에 또는 42 CFR 483.15(c)(4)(ii) 또는 (8)의 예외 조건 중 한 가지가 적용되는 경우 가능한 일찍 거주자와 거주자의 대리인에게 이들이 이해할 수 있는 언어와 방식으로 제공해야 합니다. 규제 요건은 42 CFR 483.15(c), RCW 74.42.450, WAC 388-97-0120 및 WAC 388-97-0140 에서 확인할 수 있습니다.

☐ 이소 ☐ 퇴소

거주자 정보	
거주자 이름	전화번호(지역번호 포함)
주소	
거주자 대리인 정보	
거주자 대리인 이름	전화번호(지역번호 포함)
주소	거주자와의 관계
요양원 정보	
요양원 이름	전화번호(지역번호 포함)
주소	
연락 담당자 이름	연락처 전화번호(지역번호 포함)

통지 전달 날짜/효력 발생 날짜

참고: 42 CFR 483.15(c)(4)(ii) 또는 (8)의 예외사항 중 가지가 적용되지 않는 한, 효력일은 통지서를 제공한 날로부터 최소 30 일 이후여야 합니다. 거주자는 효력일보다 전에 이동하도록 선택할 수 있습니다.

통지 전달 날짜	효력 발생 날짜(퇴소 날짜)

거주자가 이소 또는 퇴소 후 머물 장소 (필수)

이름	전화번호(지역번호 포함)
주소	

이소 또는 퇴소 사유

참고: 다음 중 한 가지가 참에 해당하지 않는 한, 시설은 반드시 각 거주자를 이소 또는 퇴소하지 않고 시설에 남도록 허가해야 합니다.

☐ 거주자의 복지를 위해 이소 또는 퇴소가 필요하며, 이 시설에서는 거주자의 요구사항을 충족시킬 수 없는 경우.
☐ 거주자의 건강이 충분히 개선되어 더 이상 시설에서 제공하는 서비스가 필요하지 않기 때문에 이소 또는 퇴소가 적절한 경우.
☐ 거주자의 임상적 상태나 행동 상태로 인해 시설 내 입소 중인 다른 사람들의 안전이 위험에 처하는 경우.
☐ 거주자가 이소 또는 퇴소하지 않으면 시설에 있는 다른 사람들의 건강이 위험에 처하게 되는 경우.
☐ 거주자가 합당하면서도 적절한 통지를 받고도 본 시설에 머무는 데 필요한 비용을 지불하지 않은 경우(또는 Medicare 또는 Medicaid 에서 비용을 지불하지 않은 경우).
☐ 본 시설이 폐쇄될 예정인 경우.

본 조치를 지지하기 위해 필요한 간단한 설명을 제공해 주시기 바랍니다. 필요할 경우 추가 서류를 첨부하십시오.

지원 요청: 요청이 있을 경우, 해당 시설은 다음 페이지에 기재된 기관에 연락하는 데 필요한 지원을 제공해야 합니다. 그리고/또는 이소나 퇴소에 동의하지 않을 경우, 본 결정에 대한 항소 요청에 필요한 지원을 제공해야 합니다. 위 요양원 담당자 이름과 전화번호를 확인하시기 바랍니다.

항소권:

- 귀하는 워싱턴주 행정심의회 사무소에 심의회를 요청하여 본 퇴소 및 이소 결정에 대해 항소할 권리를 지닙니다. 본 통지를 받은 날로부터 90 일 이내에 언제든 심의회를 요청할 수 있습니다.
- 귀하가 항소하기로 결정하는 경우, 귀하는 방문, 전화, 음성 메일, 서면을 통해 심의회를 요청할 수 있습니다. 귀하는 첨부된 양식 (DSHS 10-238 행정 심의회 요청)을 이용해 항소를 요청할 수 있지만, 본 양식이 반드시 필요한 것은 아닙니다.
- **만약 심의회 요청이 예정된 이소일/퇴소일 당일이나 그 이전에 송달된 경우 또는 귀하의 실제 이소/퇴소 날짜에 송달된 경우, 귀하는 항소 결정이 내려질 때까지 해당 시설에 머무를 권리를 지닙니다.** 예외: 만약 귀하가 해당 시설로부터 퇴소 또는 이소하지 않았을 때, 귀하의 건강 또는 안전이 위험에 처하거나, 시설 내 다른 입소자들의 건강 또는 안전이 위협받는 경우, 귀하는 퇴소되거나 이소될 수 있습니다. 예정된 퇴소/이소 날짜는 본 통지의 첫 번째 페이지에 기재되어 있습니다.
- 귀하가 이의를 제기하지 않을 경우, 요양 시설에서는 귀하의 이소 또는 퇴소 절차를 진행할 수 있습니다.
- 심의회 결정이 요양 시설의 결정을 지지하는 경우(즉, 귀하가 패소하는 경우), 요양 시설은 최종 명령이 내려진 후 30 일 이내에 귀하를 이소 또는 퇴소시킬 수 있습니다.
- 퇴소/이소 결정이 인정되지 않고(즉, 귀하가 승소하고) 귀하가 더 이상 시설에 머물고 있지 않은 경우, 귀하가 해당 시설에서 서비스를필요로 하고 자격이 있다면, 2 인실의 첫 번째 이용 가능한 침대가 나오자마자 즉시 시설에 재입소할 권리를 지닙니다.

심의회 요청은 다음으로 보내주십시오. OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489
전화번호: 1-800-583-8271 팩스: (360) 586-6563

Washington State Ombuds:

워싱턴주 장기요양 옴부즈맨 프로그램(Washington State Long-Term Care Ombudsman Program)은 질문에 대한 답변을 드리고 본 통지 및 기타 사안에 대한 지원을 제공합니다. 옴부즈맨 프로그램은 개별 "LTC 옴부즈"의 활동을 통해 LTC 시설에 거주하는 거주자들의 법적 권리를 보호하고 증진합니다. 옴부즈맨 프로그램은 주 정부에 소속되어 있지 않으며 장기요양 시설들과 관계가 없습니다. LTC 옴부즈의 지원을 요청하시려면 무료전화를 통해 문의해주십시오. 1-800-562-6028. 또한 팩스: (253) 815-8173, 이메일: ltcop@mschelps.org 또는 우편: 1200 S. 336th St., Federal Way, WA. 98003 을 통해 서면 요청을 하실 수 있습니다.

Disability Rights Washington:

정신 질환 또는 지적 장애가 있는 경우, 본 결정에 대한 항소를 위해 Disability Rights Washington 에 연락하여 도움을 받을 수 있습니다. 수신자 부담 전화 1-800-562-2702, 또는 (206) 324-1521. 또한 팩스: (206) 957-0729, 이메일: info@dr-wa.org 또는 우편: Disability Rights Washington, 315 5th Avenue S, Suite 850, Seattle, WA, 98104 을 통해 서면 요청을 하실 수 있습니다.

시설 관리자 / 피지명인

해당하는 항목에 모두 체크하십시오.

☐ 거주자를 병원으로 이송하기 전에 42 CFR 483.15(d) 및 WAC 388-97-0120(4)의 요건에 따라 시설의 침상 유지 정책을 거주자와 거주자의 대리인에게 서면으로 통지하였습니다.

☐ _____에, 연방 및 주 규정을 준수하여 본 문서의 사본, 필수 첨부자료 DSHS 10-238, 그리고 모든 선택적 첨부자료를 거주자와 거주자의 대리인, 주 LTC 옴부즈맨실, DSHS 에 제공하였습니다.

통지 발신:			
요양원 관리자 / 피지명인 서명	날짜	이름(정자체로 기입)	
통지 수신:			
거주자 이름(정자체로 기입)	날짜	거주자 대리인 이름(정자체로 기입)	날짜