ໃບແຈ້ງການຂອງການໂອນໄປຢູ່ ຫລື ການປ່ອຍຕົວອອກຈາກເຮືອນເບິ່ງແຍງດູແລຄົນແກ່ຊາຣາ ຫລື ຄົນບໍ່ແຂງແຮງ
Nursing Home Transfer or Discharge Notice

ໃບແຈ້ງການຂອງການໂອນໄປຢູ່ ຫລື ການປ່ອຍຕົວອອກໄປ,ແລະເຫດຜົນສຳລັບການຍ້າຍ, ຕ້ອງ ຖືກເອົາໃຫ້ຄົນອາໄສຢູ່ຫລືຜູ້ຕາງໜ້າຂອງຄົນອາໄສຢູ່,ໃນພາສາແລະ ແບບທີ່ເອົາເຈົ້າເຂົ້າໃຈໄດ້,ຢ່າງໜ້ອຍ 30 ວັນກ່ອນການໂອນໄປຢູ່ ຫລື ການປ່ອຍຕົວອອກໄປ.ຫລືໂດຍໄວທີ່ສຸດທີ່ເຮັດໄດ້ເມື່ອເວລາອັນນຶ່ງຂອງການຍົກເວັ້ນຢູ່ໃນ 42 CFR 483.15(c)(4)(ii) ຫລື (8) ກ່ຽວນຳ. ກົດກຳນົດຂອງຣະບຽບຈະຖືກພິບເຫັນຢູ່ທີ່ 42 CFR 483.15(c), RCW 74.42.450, WAC 388-97-0120, ແລະ WAC 388-97-0140

☐ ການໂອນໄປຢູ່ ☐ ການປ່ອຍຕົວອອກໄປ

ຣາຍຣະອຽດຂອງຄົນອາໄສຢູ່	
ຊື່ຂອງຄົນອາໄສຢູ່	ເລກໂທຣະສັບ (ລວມທັງຣະຫັດເຂດ)
ທີ່ຢູ່	
ຣາຍຣະອຽດຜູ້ຕາງໜ້າຂອງຄົນອາໄສຢູ່	
ຊື່ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າຂອງຄົນອາໄສຢູ່	ເລກໂທຣະສັບ (ລວມທັງຣະຫັດເຂດ)
ທີ່ຢູ່	ຄວາມສັມພັນຕໍ່ຄົນອາໄສຢູ່
ຣາຍຣະອຽດຂອງສະຖານທີ່ເບິ່ງແຍງດູແລຄົນແກ່ຊາຣາ ຫລື ຄົນບໍ່ແຂງແຮງ	
ຊື່ຂອງສະຖານທີ່ເບິ່ງແຍງດູແລຄົນແກ່ຊາຣາ ຫລື ຄົນບໍ່ແຂງແຮງ	ເລກໂທຣະສັບ (ລວມທັງຣະຫັດເຂດ)
ທີ່ຢູ່	
ຊື່ຂອງຄົນຕິດຕໍ່ຫາ	ເລກໂທຣະສັບຕິດຕໍ່ຫາ (ລວມທັງຣະຫັດເຂດ)
ວັນທີທີ່ໃບແຈ້ງການໄດ້ຖືກເອົາໃຫ້/ວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ໄດ້	
ໝາຍເຫດ: ວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ໄດ້ຕ້ອງແມ່ນຢ່າງໜ້ອຍ 30 ວັນຈາກວັນທີທີ່ໃບແຈ້ງການໄດ້ຖືກເອົາໃຫ້ນອກຈາກວ່າອັນນຶ່ງຂອງການຍົກເວັ້ນຢູ່ໃນ 42 CFR 483.15(c)(4)(ii) ຫລື (8) ໄດ້ກ່ຽວຂ້ອງນຳ. ຄົນອາໄສຢູ່ຈະເລືອກທີ່ຈະຍ້າຍກ່ອນເວລາກວ່າວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້.	
ວັນທີທີ່ໃບແຈ້ງການໄດ້ຖືກເອົາໃຫ້	ວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ໄດ້ (ວັນທີຂອງການປ່ອຍຕົວອອກໄປ)
ສະຖານທີ່ຊຶ່ງຄົນອາໄສຢູ່ໄດ້ຖືກໂອນໄປຢູ່ ຫລື ຖືກປ່ອຍຕົວອອກໄປ (ຕ້ອງການ)	
ຊື່	ເລກໂທຣະສັບ (ລວມທັງຣະຫັດເຂດ)
ທີ່ຢູ່	

ເຫດຜົນຂອງການປ່ອຍຕົວອອກໄປ ຫລື ການໂອນໄປຢູ່

ໝາຍເຫດ: ສະຖານທີ່ບ່ອນນີ້ຕ້ອງອະນຸຍາດໃຫ້ຄົນອາໄສຢູ່ທຸກໆຄົນທີ່ຈະຢູ່ໃນສະຖານທີ່ບ່ອນນີ້ຕໍ່ໄປ,ຫລືບໍ່ໂອນໄປຢູ່ຫລືປ່ອຍຕົວຄົນອາໄສຢູ່ອອກໄປ,ນອກຈາກ ວ່ານຶ່ງຂອງສິ່ງຕໍ່ລີງໄປນີ້ຫາກເປັນຄວາມຈິງ:

☐ ການໂອນໄປຢູ່ ຫລື ການປ່ອຍຕົວອອກໄປແມ່ນຈຳເປັນສຳລັບຄວາມສະວັດດີພາບຂອງຄົນອາໄສຢູ່ ແລະ ຄວາມຕ້ອງການຂອງຄົນອາໄສຢູ່ ບໍ່ສາມາດຖືກຕອບສະ ນອງໃຫ້ໄດ້ຢູ່ໃນສະຖານທີ່ບ່ອນນີ້.

☐ ການໂອນໄປຢູ່ ຫລື ການປ່ອຍຕົວອອກໄປແມ່ນເໝາະສົມຍ້ອນວ່າສຸຂະພາບຂອງຄົນອາໄສຢູ່ໄດ້ດີຂຶ້ນຢ່າງພຽງພໍແລ້ວເພາະສະນັ້ນແລ້ວຄົນອາໄສຢູ່ບໍ່ຕ້ອງການ ການບໍຣິການທີ່ຖືກເອົາໃຫ້ໂດຍສະຖານທີ່ບ່ອນນີ້ຕໍ່ໄປອີກແລ້ວ.

☐ ຄວາມປອດພັຍຂອງຄົນອື່ນຢູ່ໃນສະຖານທີ່ບ່ອນນີ້ຈະຕົກຢູ່ໃນອັນຕະຣາຍຍ້ອນສະພາບຂອງການປ່ວຍແລະການປະພຶດຂອງຄົນອາໄສຢູ່.

☐ ສຸຂະພາບຂອງຄົນອື່ນຢູ່ໃນສະຖານທີ່ບ່ອນນີ້ຈະຕົກຢູ່ໃນອັນຕະຣາຍຖ້າຫາກບໍ່ເຮັດດັ່ງນັ້ນ.

☐ ຄົນອາໄສຢູ່ໄດ້ຜິດພາດ, ຫລັງຈາກໃບແຈ້ງການທີ່ມີເຫດຜົນ ແລະ ເໝາະສົມ, ເພື່ອຈະຈ່າຍສຳລັບ (ຫລື ທີ່ຈະຖືກຈ່າຍໃຫ້ພາຍໃຕ້ Medicare ຫລື Medicaid) ການອາໄສຢູ່ໃນສະຖານທີ່ບ່ອນນີ້.

☐ ສະຖານທີ່ບ່ອນນີ້ກຳລັງຈະປິດລົງ.

ກະຣຸນາເອົາການອະທິບາຍໂດຍຫຍໍ້ໆໃຫ້ເພື່ອຈະອູ້ມອູການກະທຳອັນນີ້.ຄັດເອກສານເພີ້ມເຕີມມານຳຖ້າຫາກວ່າຈຳເປັນ.

ການຮ້ອງຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫລືອ: ຖ້າຫາກວ່າຖືກຮ້ອງຂໍເອົາ, ສະຖານທີ່ຕ້ອງເອົາການຊ່ວຍເຫລືອທີ່ຈຳເປັນໃຫ້ເພື່ອຈະຕິດຕໍ່ຫາອົງການຢູ່ໃນໜ້າຕໍ່ໄປ ແລະ/ຫລື ຮ້ອງຂໍເອົາການອຸທອນໃສ່ຄຳຕັດສິນອັນນີ້ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ເຫັນພ້ອມນຳການໂອນຕໍ່ໄປ ຫລື ການປ່ອຍຕົວອອກໄປ. ກະຣຸນາເບິ່ງຊື່ ແລະ ເລກໂທຣະສັບຂອງຄົນຕິດຕໍ່ຫາຂອງບ່ອນເບິ່ງແຍງດູແລຄົນແກ່ຊຣາ ຫລື ຄົນບໍ່ແຂງແຮງ.

ສິດທິໃນການອຸທອນ:

- ທ່ານມີສິດທີ່ຈະອຸທອນການປ່ອຍຕົວອອກໄປ ຫລື ການໂອນໄປຢູ່ອັນນີ້ໄດ້ໂດຍການເຮັດຄຳຮ້ອງຂໍເອົາການຟັງເຣື່ອງນຳຫ້ອງການ Washington State Office of Administrative Hearings. ຄຳຮ້ອງຂໍເອົາການຟັງເຣື່ອງຂອງທ່ານຈະຖືກເຮັດໄດ້ໃນທຸກໆເວລາຮອດ 90 ວັນ ຈາກວັນທີທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໃບແຈ້ງການໃບນີ້.
- ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕັດສິນໃຈທີ່ຈະອຸທອນ, ທ່ານຈະຮ້ອງຂໍເອົາການຟັງເຣື່ອງໂດຍຕົນເອງໄດ້, ໂດຍທາງໂທຣະສັບ/ສົ່ງຄາວມໄວ້ ຫລື ເປັນລາຍລັກອັກສອນ. ທ່ານຈະໃຊ້ໃບຟອມ (DSHS 10-238, Request for an Administrative Hearing) ທີ່ຖືກຄັດມານຳໄດ້ເພື່ອຈະຮ້ອງຂໍເອົາການອຸທອນ, ແຕ່ວ່າບໍ່ໄດ້ຖືກບັງໃຫ້ເຮັດ.
- **ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຢັງຢູ່ໃນສະຖານທີ່ຕໍ່ໄປຈົນກວ່າການອຸທອນຈະຖືກຕັດສິນ, ຖ້າຫາກວ່າຄຳຮ້ອງຂໍເອົາການຟັງເຣື່ອງຖືກຮັບເອົາໃນວັນທີ ຫລື ກ່ອນວັນທີຂອງການໂອນໄປຢູ່/ການປ່ອຍຕົວອອກໄປທີ່ຖືກວາງໄວ້, ຫລື ໃນວັນທີຕົວຈິງທີ່ທ່ານຖືກໂອນໄປຢູ່/ປ່ອຍຕົວອອກໄປ.** ການຍົກເວັ້ນ: ຖ້າຫາກວ່າ ບໍ່ ປ່ອຍຕົວທ່ານອອກໄປ ຫລື ໂອນທ່ານໄປຢູ່ ຈະເປັນອັນຕະຣາຍຕໍ່ສຸຂະພາບ ຫລື ຄວາມປອດພັຍຂອງທ່ານ, ຫລື ສຸຂະພາບ ຫລື ຄວາມປອດພັຍຂອງຄົນອື່ນຢູ່ໃນສະຖານທີ່ເບິ່ງແຍງດູແລ, ທ່ານຈະຖືກປ່ອຍຕົວອອກໄປ ຫລື ໂອນໄປຢູ່. ວັນທີຂອງການປ່ອຍຕົວອອກໄປ/ການໂອນໄປຢູ່ທີ່ຖືກວາງອອກມາແມ່ນຢູ່ໃນໜ້າປົກຂອງໃບແຈ້ງການໃບນີ້.
- ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ຂໍອຸທອນ, ສະຖານທີ່ເບິ່ງແຍງດູແລຄົນແກ່ຊຣາ ຫລື ຄົນບໍ່ແຂງແຮງຈະດຳເນີນການນຳການໂອນໄປຢູ່ ຫລື ການປ່ອຍຕົວອອກໄປຂອງທ່ານ.
- ຖ້າຫາກວ່າຄຳຕັດສິນໃນການຟັງເຣື່ອງ ອູ້ມອູ້ຄຳຕັດສິນຂອງສະຖານທີ່ເບິ່ງແຍງດູແລ (ທ່ານຜ່າຍແພ້ການອຸທອນ) ,ສະຖານທີ່ເບິ່ງແຍງດູແລຄົນແກ່ຊຣາ ຫລື ຄົນບໍ່ແຂງແຮງຈະດຳເນີນການໂອນໄປຢູ່ ຫລື ການປ່ອຍຕົວອອກໄປຂອງທ່ານ 30 ວັນຫລັງຈາກຄຳສັ່ງສຸດທ້າຍໄດ້ຖືກສັ່ງອອກມາຊຶ່ງເຫັນພ້ອມນຳຄຳຕັດສິນ.
- ຖ້າຫາກວ່າການໂອນໄປຢູ່ ຫລື ການປ່ອຍຕົວອອກໄປບໍ່ຖືກເຫັນພ້ອມນຳ (ທ່ານຊະນະການອຸທອນ) , ແລະ ທ່ານບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນສະຖານທີ່ຕໍ່ໄປອີກແລ້ວ, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະກັບຄືນເຂົ້າມາຢູ່ສະຖານທີ່ເບິ່ງແຍງດູແລທັນທີໂລດຫລັງຈາກທີ່ມີຕຽງໄວ້ໃຫ້ຕຽງທຳອິດໃນຫ້ອງທີ່ມີການເປັນສ່ວນຕົວເຄິ່ງນຶ່ງ, ຊຶ່ງວ່າທ່ານຕ້ອງການການບໍຣິການ ແລະ ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການບໍຣິການທີ່ຖືກເອົາໃຫ້ໂດຍສະຖານທີ່ເບິ່ງແຍງດູແລ.

ສົ່ງຄຳຮ້ອງຂໍເອົາການຟັງເຣື່ອງໄປທີ່: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489
ເລກໂທຣະສັບ: 1-800-583-8271 ແຟກຊ໌: (360) 586-6563

Washington State Ombuds:

ໂຄງການ Washington State Long-Term Care Ombudsman Program ມີໄວ້ໃຫ້ເພື່ອຈະຕອບຄຳຖາມ ແລະ ໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫລືອກ່ຽວກັບໃບແຈ້ງການໃບນີ້ແລະ ບັນຫາອື່ນໆ.ຜ່ານການເຮັດວຽກຂອງບຸກຄົນ "LTC Ombuds." ໂຄງການ Ombudsman ປ້ອງກັນ ແລະ ສົ່ງເສີມສິດທິທາງກົດໝາຍຂອງຄົນອາສັຍຢູ່ຜູ້ທີ່ອາສັຍຢູ່ໃນສະຖາບັນ LTC. ໂຄງການ Ombudsman ບໍ່ແມ່ນພາກສ່ວນຂອງຣັດຖະບານຂອງຣັດ ແລະ ບໍ່ມີສ່ວນພົວພັນນຳສະຖາບັນປິ່ນປົວຣະຍະຍາວທຸກໆບ່ອນ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຢາກຈະຮ້ອງຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫລືອຈາກ LTC Ombuds, ໂທຫາເລກໂທຟຣີໄດ້ທີ່ 1-800-562-6028. ທ່ານຍັງຈະເຮັດຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານໄດ້ທາງລາຍລັກອັກສອນໂດຍທາງແຟກຊ໌ໄປທີ່ເລກ (253) 815-8173, ອີແມລ໌ໄປທີ່ ltcop@mschelps.org ຫລື ສົ່ງທາງໄປສະນີໄປຫາ 1200 S. 336th St., Federal Way, WA. 98003.

Disability Rights Washington:

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີການວິຈັຍໂຣກຈິດ ຫລື ຄວາມເສັຽອົງຄະດ້ານສະຕິປັນຍາ, ທ່ານຈະຕິດຕໍ່ຫາ Disability Rights Washington ໄດ້ເພື່ອຄວາມຊ່ວຍເຫລືອນຳການອຸທອນໃນຄຳຕັດສິນອັນນີ້,ເລກໂທຟຣີຢູ່ທີ່ 1-800-562-2702, ຫລື (206) 324-1521. ທ່ານຍັງຈະເຮັດຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານໄດ້ທາງລາຍລັກອັກສອນໂດຍທາງແຟກຊ໌ໄປທີ່ເລກ (206) 957-0729, ອີແມລ໌ໄປທີ່ info@dr-wa.org ຫລື ສົ່ງທາງໄປສະນີໄປຫາ Disability Rights Washington, 315 5th Avenue S, Suite 850, Seattle, WA, 98104.

ຜູ້ບໍຣິຫານ/ຜູ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງສະຖານທີ

ກະຣຸນາໝາຍໃສ່ທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວນຳ:

☐ ກ່ອນການໂອນຄົນອາສັຍຢູ່ໄປໂຮງພະຍາບານ,ໃບໜັງສືແຈ້ງການຂອງນະໂຍບາຍການຈອງຕຽງໄວ້ຂອງສະຖານທີ່ຈະຖືກເອົາໃຫ້ຄົນອາສັຍຢູ່ແລະຜູ້ຕາງໜ້າຂອງຄົນອາສັຍຢູ່ໂດຍການສອດຄ່ອງນຳກົດກຳນົດຢູ່ໃນ 42 CFR 483.15(d) ແລະWAC 388-97-0120(4).

☐ ໃນວັນທີ _____, ໂດຍການສອດຄ່ອງນຳກົດຣະບຽບຂອງຣັດຖະບານກາງແລະຂອງຣັດ,ໄກປ່ຽວຂອງເອກສານອັນນີ້,ເຈົ້ຽຄັດມັນຳທີ່ຕ້ອງມີ DSHS 10-238, ແລະເຈົ້ຽຄັດມານຳທີ່ບໍ່ຕ້ອງມີໄດ້ຖືກເອົາໃຫ້ຄົນອາສັຍຢູ່,ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງຄົນອາສັຍຢູ່, Office of State LTC Ombudsman, ແລະ DSHS.

ໃບແຈ້ງການໄດ້ຖືກເອົາໃຫ້ໂດຍ:			
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ບໍຣິຫານ/ຜູ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງສະຖານທີ່ເບິ່ງແຍງດູແລ	ວັນທີ	ຊື່ຂຽນເປັນຕົວພິມ	
ໃບແຈ້ງການໄດ້ຖືກເອົາໃຫ້ແກ່:			
ຊື່ຂຽນເປັນຕົວພິມຂອງຄົນອາສັຍຢູ່	ວັນທີ	ຊື່ຂຽນເປັນຕົວພິມຂອງຜູ້ຕາງໜ້າຂອງຄົນອາສັຍຢູ່	ວັນທີ