Уведомление о переводе или выписке из учреждения с медсестринским уходом

Nursing Home Transfer or Discharge Notice

Письменное уведомление о переводе или выписке и причины этого должны быть предоставлены резиденту и представителю (-ям) резидента, на понятном им языке и в понятном для них изложении, минимум за 30 дней до перехода в новое окружение для оказания ухода или выписки, или как можно более раньше, если применимо одно из исключений, содержащихся в 42 CFR 483.15(c)(4)(ii) или (8). Соответствующие требования приведены в разделах 42 CFR 483.15(c), RCW 74.42.450, WAC 388-97-0120, и WAC 388-97-0140.

☐ **Перевод** ☐ **Выписка**

Данные резидента	
ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕЗИДЕНТА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ КОД МЕСТНОСТИ)
АДРЕС	
Сведения о представителе резидента	
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РЕЗИДЕНТА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ КОД МЕСТНОСТИ)
АДРЕС	КЕМ ПРИХОДИТСЯ РЕЗИДЕНТУ
Данные учреждения с медсестринским уходом	
НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ С МЕДСЕСТРИНСКИМ УХОДОМ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ КОД МЕСТНОСТИ)
АДРЕС	
ИМЯ И ФАМИЛИЯ КОНТАКТНОГО ЛИЦА	КОНТАКТНЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ КОД МЕСТНОСТИ)

Дата передачи уведомления / дата вступления в силу распоряжения о выписке

Примечание: Дата вступления в силу распоряжения о выписке должна наступать по меньшей мере через 30 дней после даты передачи уведомления, кроме исключительных случаев, предусмотренных 42 CFR 483.15(c)(4)(ii) или (8). Резидент может, по собственному желанию, покинуть учреждение раньше даты вступления в силу распоряжения о выписке.

ДАТА ПЕРЕДАЧИ УВЕДОМЛЕНИЯ	ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ (РАСПОРЯЖЕНИЯ О ВЫПИСКЕ)

Куда поступает резидент в результате перевода или после выписки (обязательно)	
ИМЯ И ФАМИЛИЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ КОД МЕСТНОСТИ)
АДРЕС	

ПРИЧИНА ПЕРЕВОДА / ВЫПИСКИ

Примечание: Учреждение обязано разрешить каждому резиденту оставаться в учреждении и не переводить или не выписывать резидента, кроме тех случаев, когда верно что-либо из перечисленного.

- ☐ Перевод или выписка необходимы, поскольку данное учреждение не может поддерживать благополучие резидента на соответствующем уровне и потребности резидента не могут быть удовлетворены в этом учреждении.
- ☐ Перевод или выписка являются целесообразными, потому что состояние здоровья резидента существенно улучшилось, в связи с чем резидент более не нуждается в услугах, предоставляемых учреждением.
- ☐ Безопасность других лиц, находящихся в учреждении, находится под угрозой из-за клинического или психического состояния резидента.
- ☐ В противном случае здоровье других лиц, находящихся в учреждении, окажется под угрозой.
- ☐ Резидент, после обоснованного соответствующего уведомления, не оплатил (или за него не была внесена оплата по программе Medicare или Medicaid) пребывание в учреждении.
- ☐ Учреждение будет закрыто.

Приведите краткие обосновывающие разъяснения. В случае необходимости приложите дополнительные документы.

Запрос о помощи: В ответ на соответствующий запрос учреждение должно предоставить помощь, которая необходима для того, чтобы связаться с организациями, указанными на следующей странице, и/или для подачи апелляции на решение о переводе/выписке, если вы с ним не согласны. Используйте указанные выше данные контактного лица учреждения с медсестринским уходом (имя, фамилию и номер телефона).

Право на апелляцию:

- У вас есть право подать апелляцию на решение о переводе или выписке, которая оформляется в виде запроса о проведении слушания и подается в Отдел административных слушаний штата Вашингтон (Washington State Office of Administrative Hearings). Вы можете подать запрос о проведении слушания в течение 90 дней с даты получения настоящего уведомления.
- Если вы решите подать апелляцию, вы можете запросить о слушании лично, по телефону / голосовой почте или же подать ее в письменном виде. Для подачи апелляции вы можете, по желанию, воспользоваться прилагаемой формой (DSHS 10-238, Запрос о проведении административного слушания).
- **Вы имеете право оставаться в учреждении до принятия решения по апелляции, если запрос о проведении слушания получен до предварительно определенного дня или в предварительно определенный день перевода / выписки или же в день фактического перевода / выписки**. Исключение: если отказ от перевода или выписки из учреждения подвергнет риску ваше здоровье или безопасность, или же здоровье или безопасность других лиц, пребывающих в учреждении, вы можете быть переведены и/или выписаны. Предварительно определенная дата вашего перевода / выписки указана на первой странице настоящего уведомления.
- Если вы не подаете апелляцию, учреждение с медсестринским уходом примет меры по вашему переводу или выписке.
- Если решение, принятое на слушании, признает обоснованным предварительное решение, принятое учреждением (вы проигрываете апелляцию), учреждение с медсестринским уходом осуществит ваш перевод или выписку через 30 дней после принятия окончательного решения в поддержку предыдущего решения.
- Если решение о переводе / выписке не признано обоснованным (вы выигрываете апелляцию), при этом, вы уже выехали из учреждения, вы имеете право повторно поступить в учреждение немедленно после того, как станет доступной койка в полуизолированной палате, при условии, что вам требуется обслуживание, предоставляемое учреждением, и вы имеете на него право.

Отправляйте запросы о проведении слушания по следующему адресу: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489
Телефон: 1-800-583-8271 ФАКС: (360) 586-6563

Организация правозащитников штата Вашингтон:

Программа Организации правозащитников штата в сфере долгосрочного ухода (The Washington State Long-Term Care Ombudsman Program) предоставит ответы и помощь относительно этого уведомления и других проблем. Программа правозащитников защищает законные права резидентов, проживающих в учреждениях по оказанию долгосрочного ухода, путем работы отдельных правозащитников в сфере услуг долгосрочного ухода. Программа правозащитников не относится к правительству штата и не связана с какими бы то ни было учреждениями по оказанию долгосрочного ухода. Если вы хотите запросить помощь от правозащитника в сфере услуг долгосрочного ухода, звоните по бесплатному номеру 1-800-562-6028. Вы также можете оформить запрос в письменном виде и направить его по факсу по номеру (253) 815-8173, по электронной почте ltcop@mschelps.org или обычной почтой по адресу: 1200 S. 336th St., Federal Way, WA. 98003.

Disability Rights Washington:

Если у вас диагностировано психическое заболевание или нарушение интеллекта, вы можете обратиться в организацию Disability Rights Washington за помощью с подачей апелляции на это решение — позвоните по телефону 1-800-562-2702 или (206) 324-1521 Вы также можете оформить запрос в письменном виде и направить его по факсу по номеру (206) 957-0729, по электронной почте info@dr-wa.org или обычной почтой по адресу: Disability Rights Washington, 315 5th Avenue S, Suite 850, Seattle, WA, 98104

Администратор/уполномоченное лицо учреждения

Отметьте все, что к вам относится:

☐ Перед переводом резидента в больницу резиденту и его представителю (-ям) было предоставлено уведомление о политике резервирования больничных коек в случае краткого отсутствия резидента, в соответствии с требованиями, содержащимися в 42 CFR 483.15(d) и WAC 388-97-0120(4).

☐ В следующую дату: _____, в соответствии с федеральными правилами и правилами штата, копии этого документа, обязательное приложение DSHS 10-238 и все остальные приложения были предоставлены резиденту, представителю (-ям) резидента, Управлению правозащитников штата в сфере долгосрочного ухода и DSHS.

Уведомление подготовил(а):	
ПОДПИСЬ АДМИНИСТРАТОРА / УПОЛНОМОЧЕННОГО ЛИЦА УЧРЕЖДЕНИЯ С МЕДСЕСТРИНСКИМ УХОДОМ ДАТА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

Уведомление предоставлено (кому):	
ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕЗИДЕНТА ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ ДАТА	ИМЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РЕЗИДЕНТА ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ ДАТА