Aviso de transferencia o alta de casa de reposo
Nursing Home Transfer or Discharge Notice

Un aviso por escrito de la transferencia o el alta, así como los motivos del cambio, deben entregarse al residente y a sus representantes, en un idioma y forma que entiendan, por lo menos 30 días antes de la transición o del alta, o tan pronto como sea posible cuando se aplique una de las excepciones de 42 CFR 483.15(c)(4)(ii) u (8). Los requisitos reglamentarios se encuentran en 42 CFR 483.15(c), RCW 74.42.450, WAC 388-97-0120 y WAC 388-97-0140.

☐ **Transferencia** ☐ **Alta**

Información del residente

NOMBRE DEL RESIDENTE	NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA EL CÓDIGO DE ÁREA)
DIRECCIÓN	

Información del representante del residente

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL RESIDENTE	NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA EL CÓDIGO DE ÁREA)
DIRECCIÓN	RELACIÓN CON EL RESIDENTE

Información de la casa de reposo

NOMBRE DE LA CASA DE REPOSO	NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA EL CÓDIGO DE ÁREA)
DIRECCIÓN	
NOMBRE DE LA PERSONA DE CONTACTO	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO (INCLUYA EL CÓDIGO DE ÁREA)

Fecha de notificación / Fecha de entrada en vigor

Nota: La fecha de entrada en vigor debe ser al menos 30 días después de la fecha de notificación, a menos que se aplique una de las excepciones de 42 CFR 483.15(c)(4)(ii) u (8). El residente puede elegir mudarse antes de la fecha de entrada en vigor.

FECHA DE NOTIFICACIÓN	FECHA DE ENTRADA EN VIGOR (FECHA DE ALTA)

Lugar al cual el residente es transferido o dado de alta (obligatorio)

NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA EL CÓDIGO DE ÁREA)
DIRECCIÓN	

MOTIVO DE LA ALTA O TRANSFERENCIA

Nota: El centro debe permitir que todos los residentes permanezcan en él, y no transferir ni dar de alta al residente, a menos que se cumpla una de las siguientes condiciones.

- ☐ La transferencia o el alta son necesarias para el bienestar del residente y sus necesidades no se pueden satisfacer en este centro.
- ☐ La transferencia o el alta es apropiada porque la salud del residente ha mejorado lo suficiente para que ya no necesite los servicios proporcionados por el centro.
- ☐ La seguridad de otras personas en este centro está en peligro debido al estado clínico o conductual del residente.
- ☐ De no realizarse, la salud de otras personas en el centro estaría en peligro.
- ☐ El residente no ha pagado (o no ha hecho que Medicare o Medicaid paguen) su estancia en este centro después de recibir un aviso razonable y apropiado.
- ☐ Este centro va a cerrar.

Por favor, proporcione una breve explicación para apoyar esta acción. Adjunte documentación adicional si es necesario.

Cómo solicitar asistencia: Si se solicita, el centro debe proporcionar la asistencia necesaria para comunicarse con las organizaciones en la página siguiente o para solicitar una apelación de esta decisión, si no está de acuerdo con la transferencia o el alta. Consulte el nombre y el número de teléfono de la persona de contacto de la casa de reposo, que aparecen arriba.

Derechos de apelación:

- Usted tiene el derecho de apelar esta alta o transferencia haciendo una solicitud de audiencia a la oficina de audiencias administrativas del estado de Washington. Puede hacer su solicitud de audiencia en cualquier momento en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que reciba este aviso.
- Si decide apelar, puede solicitar una audiencia en persona, por teléfono / correo de voz o por escrito. Puede usar el formulario adjunto (DSHS 10-238 Solicitud de audiencia administrativa) para solicitar una apelación, pero no está obligado a hacerlo.
- **Tiene derecho a permanecer en el centro hasta que se decida la apelación, si la solicitud de audiencia se recibe en o antes de la fecha propuesta de transferencia / alta, o el día en que realmente se transfiere / da de alta.** Excepción: si el no darle de alta o transferirle del centro pondría en peligro su salud o seguridad, o la salud o seguridad de otras personas en el centro, puede ser dado de alta o transferido. La fecha de alta / transferencia propuesta se encuentra en la primera página de este aviso.
- Si no apela, la casa de reposo puede proceder con su transferencia o alta.
- Si la decisión en la audiencia apoya la decisión de la casa de reposo (usted pierde la apelación), la casa de reposo puede proceder con su transferencia o el alta 30 días después de que se emita una orden definitiva que confirme la decisión.
- Si el alta / transferencia no se sostiene (usted gana la apelación), y ya no está en el centro, tiene derecho a la readmisión en el centro inmediatamente después de la primera cama esté disponible en una habitación semiprivada, siempre que así lo requiera y sea elegible para los servicios proporcionados por el centro.

Envíe las solicitudes de audiencia a: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489
Número de teléfono: 1-800-583-8271 Fax: (360) 586-6563

Defensores del estado de Washington:

El Programa del Defensor de Cuidado a Largo Plazo del Estado de Washington está disponible para contestar preguntas y brindar asistencia respecto a este aviso y otros temas. Por medio de "defensores de cuidado a largo plazo" individuales, el Programa de Defensores protege y promueve los derechos legales de los residentes de centros de cuidado a largo plazo. El Programa de Defensores no forma parte del gobierno estatal y no está afiliado con ningún centro de cuidado a largo plazo. Si desea solicitar asistencia del Defensor de Cuidado a Largo Plazo, llame a la línea sin costo 1-800-562-6028. También puede enviar su solicitud por escrito al fax (253) 815-8173, al correo electrónico ltcop@mschelps.org o por correo postal a 1200 S. 336th St., Federal Way, WA. 98003.

Disability Rights Washington:

Si tiene un diagnóstico de una enfermedad mental o una discapacidad intelectual, puede comunicarse con Disability Rights Washington para obtener ayuda con la apelación de esta decisión, a la línea sin costo 1-800-562-2702 o (206) 324-1521. También puede enviar su solicitud por escrito al fax (206) 957-0729, al correo electrónico info@dr-wa.org o por correo postal a Disability Rights Washington, 315 5th Avenue S, Suite 850, Seattle, WA, 98104.

Administrador / delegado del centro

Marque todo lo que corresponda

☐ Antes de transferir al residente a un hospital, se entregó al residente y a sus representantes un aviso por escrito de la política de reservación de camas del centro, de conformidad con los requisitos de 42 CFR 483.15(d) y WAC 388-97-0120(4).

☐ El día _____, de conformidad con las reglas federales y estatales, se entregan al residente, a sus representantes, a la Oficina del Defensor de LTC del Estado y al DSHS copias de este documento, del documento adjunto obligatorio DSHS 10-238 y de todos los documentos adjuntos opcionales.

Aviso entregado por:	
FIRMA DEL ADMINISTRADOR DE LA CASA DE REPOSO O SU DELEGADO FECHA	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE
Aviso provisto a:	
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL RESIDENTE FECHA	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL REPRESENTANTE DEL RESIDENTE FECHA