Повідомлення про переведення або виписку з будинку для літніх людей із медсестринським доглядом

Nursing Home Transfer or Discharge Notice

Письмове повідомлення про переведення або виписку, а також причини такого переміщення повинні бути надані мешканцю та його представнику(ам) мовою та у спосіб, які вони розуміють, щонайменше за 30 днів до переведення або виписки, або якомога швидше у випадках, коли застосовується один із винятків, зазначених у 42 CFR 483.15(c)(4)(ii) або (8). Нормативні вимоги містяться у 42 CFR 483.15(c), RCW 74.42.450, WAC 388-97-0120 та WAC 388-97-0140.

☐ **Переведення** ☐ **Виписка**

Інформація про мешканця	
ІМ'Я МЕШКАНЦЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (ВКАЖІТЬ КОД РЕГІОНУ)
АДРЕСА	
Інформація про представника мешканця	
ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ ПРЕДСТАВНИКА МЕШКАНЦЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (ВКАЖІТЬ КОД РЕГІОНУ)
АДРЕСА	ВІДНОШЕННЯ ДО МЕШКАНЦЯ
Інформація про будинок для літніх людей із медсестринським доглядом	
НАЗВА БУДИНКУ ДЛЯ ЛІТНІХ ЛЮДЕЙ ІЗ МЕДСЕСТРИНСЬКИМ ДОГЛЯДОМ	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (ВКАЖІТЬ КОД РЕГІОНУ)
АДРЕСА	
ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ КОНТАКТНОЇ ОСОБИ	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ КОНТАКТНОЇ ОСОБИ (ВКАЖІТЬ КОД РЕГІОНУ)
Дата надання повідомлення / Дата набрання чинності	
Примітка: дата набрання чинності повинна бути щонайменше на 30 днів пізнішою за дату надання повідомлення, якщо не застосовується один із винятків відповідно до 42 CFR 483.15(c)(4)(ii) або (8). Мешканець може вирішити переїхати раніше дати набрання чинності.	
ДАТА НАДАННЯ ПОВІДОМЛЕННЯ	ДАТА НАБРАННЯ ЧИННОСТІ (ДАТА ВИПИСКИ)
Місце, куди мешканець переводиться або виписується (обов'язково)	
ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (ВКАЖІТЬ КОД РЕГІОНУ)
АДРЕСА	

ПРИЧИНА ВИПИСКИ АБО ПЕРЕВЕДЕННЯ

Примітка: заклад повинен дозволити кожному мешканцю залишатися в закладі, а також не переводити чи виписувати мешканця, за винятком наведених нижче випадків.

- ☐ Переведення або виписка необхідні для благополуччя мешканця, і потреби мешканця не можуть бути задоволені в цьому закладі.
- ☐ Переведення або виписка є доцільними, оскільки стан здоров'я мешканця покращився настільки, що він більше не потребує послуг, що надаються закладом.
- ☐ Безпека інших осіб у цьому закладі знаходиться під загрозою через клінічний або поведінковий стан мешканця.
- ☐ В іншому випадку стан здоров'я інших осіб у закладі може бути поставлений під загрозу.
- ☐ Мешканець після надання обґрунтованого та належного повідомлення не здійснив оплату (або не забезпечив оплату через програми Medicare чи Medicaid) за перебування в цьому закладі.
- ☐ Цей заклад закривається.

Будь ласка, надайте коротке пояснення на підтвердження цієї дії. За потреби додайте додаткові документи.

Звернення за допомогою: за запитом, заклад повинен надати необхідну допомогу для зв'язку з організаціями, зазначеними на наступній сторінці, та/або подати апеляцію на це рішення, якщо ви не згодні з переведенням або випискою. Будь ласка, дивіться наведені вище ім'я та номер телефону контактної особи будинку для літніх людей із медсестринським доглядом.

Права на апеляцію:

- Ви маєте право оскаржити це повідомлення про переведення або виписку, звернувшись із запитом на слухання до Управління адміністративних слухань штату Вашингтон. Ваш запит на слухання може бути поданий будь-коли протягом 90 днів з дати отримання цього повідомлення.
- Якщо ви вирішите подати апеляцію, ви можете подати запит на слухання особисто, телефоном/голосовою поштою або письмово. Ви можете скористатися доданою формою (DSHS 10-238, Запит на адміністративне слухання), щоб подати апеляцію, але це не є обов'язковим.
- **Ви маєте право залишатися в закладі до моменту ухвалення рішення за апеляцією, якщо запит на слухання було отримано не пізніше запропонованої дати переведення / виписки або дня фактичного переведення / виписки**. Виняток: якщо залишення вас у закладі створює загрозу вашому здоров'ю або безпеці, або здоров'ю чи безпеці інших осіб у закладі, вас можуть виписати або перевести. Запропонована дата виписки / переведення вказана на першій сторінці цього повідомлення.
- Якщо ви не подасте апеляцію, заклад догляду може перейти до виконання вашого переведення або виписки.
- Якщо прийняте на слуханні рішення підтверджує рішення закладу догляду (ви програєте апеляцію), заклад догляду може перейти до виконання вашого переведення або виписки через 30 днів після винесення остаточного рішення, яке підтверджує це рішення.
- Якщо виписку / переведення не буде підтримано (ви виграєте апеляцію), і ви більше не перебуваєте в закладі, ви маєте право на повторне поселення до закладу негайно після появи першого вільного місця в напівприватній палаті, за умови, що вам потрібні послуги, що надаються закладом, і ви маєте на них право.

Надсилайте запити на слухання за адресою: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489
Номер телефону: 1-800-583-8271 ФАКС: (360) 586-6563

Омбудсмен штату Вашингтон:

Програма омбудсмена штату Вашингтон з питань довгострокового догляду готова відповісти на запитання та надати допомогу щодо цього повідомлення та інших питань. Завдяки роботі окремих «омбудсменів з питань довгострокового догляду (LTC Ombuds)», Програма омбудсмена захищає та сприяє законним правам мешканців закладів довгострокового догляду. Програма омбудсмена не є частиною уряду штату та не пов'язана з жодними закладами довгострокового догляду. Якщо ви бажаєте звернутися за допомогою до омбудсмена з питань довгострокового догляду, зателефонуйте безкоштовно за номером 1-800-562-6028. Ви також можете подати свій запит у письмовій формі факсом за номером (253) 815-8173, електронною поштою за адресою ltcop@mschelps.org або звичайною поштою за адресою 1200 S. 336th St., Federal Way, WA. 98003.

Організація Disability Rights Washington:

Якщо у вас діагностовано психічне захворювання або інтелектуальну недостатність, ви можете звернутися до організації Disability Rights Washington за допомогою в оскарженні цього рішення за безкоштовним номером 1-800-562-2702 або (206) 324-1521. Ви також можете подати свій запит у письмовій формі факсом за номером (206) 957-0729, електронною поштою за адресою info@dr-wa.org або звичайною поштою за адресою Disability Rights Washington, 315 5th Avenue S, Suite 850, Seattle, WA, 98104.

Адміністратор закладу / Призначена особа

Будь ласка, позначте всі відповідні пункти:

☐ Перед переведенням мешканця до лікарні, мешканцю та його представнику(ам) було надано письмове повідомлення про політику закладу щодо утримання ліжка відповідно до вимог, викладених у 42 CFR 483.15(d) та WAC 388-97-0120(4).

☐ Цієї дати _____, відповідно до федеральних правил та правил штату, копії цього документа, обов'язковий додаток DSHS 10-238 та всі додаткові додатки були надані мешканцю, представнику(ам) мешканця, Офісу омбудсмена штату з питань довгострокового догляду та DSHS.

Повідомлення надано (ким):	
АДМІНІСТРАТОР БУДИНКУ ДЛЯ ЛІТНІХ ЛЮДЕЙ ІЗ МЕДСЕСТРИНСЬКИМ ДОГЛЯДОМ / ПІДПИС ПРИЗНАЧЕНОЇ ОСОБИ ДАТА	ПРІЗВИЩЕ ТА ІМ'Я ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ

Повідомлення надано (кому):	
ПРІЗВИЩЕ ТА ІМ'Я МЕШКАНЦЯ ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ ДАТА	ПРІЗВИЩЕ ТА ІМ'Я ПРЕДСТАВНИКА МЕШКАНЦЯ ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ ДАТА