요양시설 서비스(RCS)
성인 패밀리홈(AFH) • 보조 생활시설 (ALF) • 향상된 서비스 시설(ESF)

이소 또는 퇴원 통지

Notice of Transfer or Discharge

이 양식은 RCW 70.129.110 및 WACS 388-76-10616, 388-76-10617, 388-78A-2660, 388-78A-2661, 388-107-0280, 및 388-107-0281 에 따라 AFH, ALF 또는 ESF 에서 개시한 이소 또는 퇴원 통지 요건을 충족하는데 이용될 수 있습니다. 본 통지의 효력 발생일은 RCW 70.129.110(4)의 예외가 적용되지 않는 한 통지 전달일로부터 최소 30 일 이후여야 합니다.

통지: ☐ **이소** ☐ **퇴원**

입소자 이름	ACES ID(Medicaid 만 해당)
AFH / ALF / ESF 이름	
본 통지를 통해 AFH / ALF / ESF 에서 귀하를 이소 또는 퇴원하고자 함을 알려드립니다. 본 양식을 이해하실 수 없다면 시설이나 친지 또는 친구에게 설명을 부탁하십시오. 두 번째 페이지에 있는 "귀하의 권리 및 자료"의 정보를 읽어주십시오.	
이소 또는 퇴원 AFH / ALF / ESF 주소:	이소 효력일
이소 또는 퇴원 대상 주소: 이름 및 주소	전화

이소 또는 퇴원 사유(필요할 경우 더 많은 정보를 추가할 수 있도록 별지를 추가하십시오)**:**

☐ 입소자의 복지를 위해 이소 또는 퇴소가 필요하며, 본 시설에서는 입소자의 요구사항을 충족시킬 수 없습니다.
☐ 시설 내에서 개인의 안전이 위험합니다.
☐ 이소 또는 퇴소하지 않을 경우 본 시설에 입소 중인 다른 사람들의 건강이 위험에 처하게 됩니다.
☐ 입소자가 숙박 요금을 납부하지 않았습니다.
☐ 시설이 운영을 중단합니다.

이소 또는 퇴원 조치에 대한 간략한 설명:

통지 발신:		**통지서 수령(선택):**	
제공자 / 관리자 이름	날짜	입소자 / 대리인 서명	날짜

통지서 배포

시설은 반드시 본 통지서 사본을 입소자 및 입소자에게 대리인이 있는 경우 그 대리인에게 제공해야 합니다.

Medicaid 를 가진 입소자의 경우 시설은 3 일 이내에 다음으로 통지서 사본을 보내야 합니다.

- Long-Term Care Ombudsman Program(장기요양 옴부즈맨 프로그램): 이메일: Discharges@mschelps.org 또는 e-fax (253) 216-3699
- DSHS 사례 관리자: 팩스((855) 635-8305)로 보내시거나, 우편을 통해 DMS (PO Box 45826 Olympia, WA 98599-5826)로 보내시거나, PDF 파일을 이메일(이메일당 파일 1 개)을 통해 hclantd@dshs.wa.gov 로 보내주십시오.

아래 정보를 읽고 중요한 권리 및 자료를 확인하십시오.

귀하의 권리 및 자료: 모든 입소자

워싱턴주 옴부즈:

본 통지에 대한 지원 및 정보는 귀하의 장기요양 옴부즈에게 무료 전화 1-800-562-6028 또는 이메일 ltcop@mschelps.org 로 문의해주십시오. 워싱턴주 장기요양 옴부즈맨 프로그램은 1200 S. 336th Street Federal Way, WA 98003 에 있습니다. 귀하의 지역 옴부즈 담당자는 프로그램 웹사이트: www.waombudsman.org, “Find an Ombuds(옴부즈 찾기)"에서 확인하실 수 있습니다.

Disability Rights Washington:

귀하께서 정신질환 또는 지적장애 진단을 받으셨다면 Disability Rights Washington 1-800-562-2702 또는 (206) 324-1521 에 문의하실 수 있습니다. 또한 팩스: (206) 957-0729, 이메일: info@dr-wa.org 또는 우편: Disability Rights Washington, 315 5th Ave S, Suite 850, Seattle WA, 98104 을 통해 서면 요청을 하실 수 있습니다.

DSHS Home and Community Living Administration(주택 커뮤니티 생활부 HCLA):

귀하는 불만처리부 (CRU) 1-800-562-6078 또는 온라인 https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/report-concerns-involving-vulnerable-adults(으)로 불만을 제기하실 권리가 있습니다.

다음 통지는 Medicaid 를 통해 진료비가 지급되는 입소자에게만 적용됩니다.

Medicaid 만 갖고 있는 입소자

법률 자문:

귀하께서 Medicaid 를 받고 계신다면, 귀하는 무료 변호사를 통해 이소 또는 퇴원 통지에 대한 도움을 받으실 권리가 있습니다. 무료 변호사의 도움을 받고자 하실 경우, 888-437-0017 에서 장기요양 퇴원 방어 심사 전화에 전화해주십시오. 변호사의 도움을 받을 권리는 자금 지원의 이용 가능 여부에 따라 결정된다는 점을 알아두십시오.

DSHS 사례 관리자:

귀하는 DSHS 사례 관리자에게 본 통지에 대해 문의하시거나 다른 생활 선택지에 대해 알아보실 수 있습니다. 귀하의 DSHS 사례 관리자:

DSHS 사례 관리자 이름
DSHS 사례 관리자 연락처 정보(전화 및 이메일)