Отдел услуг в учреждениях интернатного типа (RCS)
Дом семейного типа для взрослых (AFH) • Учреждение, предоставляющее проживание с уходом (ALF) • Учреждения с расширенным обслуживанием (ESF)

Уведомление о переводе или выписке

Notice of Transfer or Discharge

Эту форму можно использовать, чтобы выполнить требование о предоставлении уведомления о переводе или выписке по инициативе AFH, ALF или ESF, в соответствии с разделом RCW 70.129.110 и разделами WAC 388-76-10616, 388-76-10617, 388-78A-2660, 388-78A-2661, 388-107-0280 и 388-107-0281. Дата вступления в силу этого уведомления должна наступать по меньшей мере через 30 дней после даты передачи уведомления, кроме исключительных случаев, согласно разделу RCW 70.129.110(4).

Уведомление о: ☐ **Переводе** ☐ **Выписке**

Имя и фамилия резидента	Идентификатор ACES (только для Medicaid)

Название AFH / ALF / ESF

Настоящим уведомлением сообщаем вам о том, что учреждение AFH / ALF / ESF намерено перевести вас в другое учреждение или выписать вас. Если вам не понятна эта форма, попросите сотрудников учреждение или ваших родственников объяснить вам ее смысл. Прочтите информацию в разделе «Ваши права и доступные ресурсы» на второй странице.

Адрес учреждения AFH / ALF / ESF, из которого осуществляется перевод или выписка:	Дата вступления в силу перевода в другое учреждение
Место, куда осуществляется перевод или выписка: Название и адрес	Перевод осуществляется в: Телефон

Причина(-ы) перевода или выписки (при необходимости приложите отдельный лист и укажите в нем дополнительную информацию):

- ☐ 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.
- ☐ Безопасность резидента находится под угрозой в этом учреждении.
- ☐ В противном случае здоровье других лиц, находящихся в учреждении, окажется под угрозой.
- ☐ Резидент не оплатил свое пребывание в учреждении.
- ☐ Учреждение прекращает работу.

Краткое пояснение причины перевода или выписки:

Кем предоставлено уведомление:	**Кем получено уведомление (по желанию):**
Имя и фамилия поставщика услуг / управляющего Дата	Подпись резидента / представителя резидента Дата

Вручение уведомления

Учреждение обязано предоставить копию этого уведомления резиденту или представителю резидента, если такой имеется.

Для резидентов, участвующих в программе Medicaid, учреждение также обязано предоставить в течение трех календарных дней копию уведомления:

- В программу омбудсмена по вопросам получения услуг долгосрочного ухода (Long-Term Care Ombudsman Program): электронная почта: Discharges@mschelps.org или электронный факс (253) 216-3699
- Менеджеру по ведению дела в DSHS: отправьте по факсу (855) 635-8305 или почтой в DMS по адресу: PO Box 45826 Olympia, WA 98599-5826, или отправьте PDF по электронной почте (один файл в одном сообщении): hclantd@dshs.wa.gov.

Прочитайте приведенную ниже информацию, чтобы узнать об имеющихся у вас правах и доступных ресурсах.

Ваши права и доступные ресурсы: Все резиденты

Омбудсмены штата Вашингтон:

Для получения помощи и информации об этом уведомлении обращайтесь к вашему омбудсмену по вопросам получения услуг долгосрочного ухода по бесплатному номеру1-800-562-6028 или по электронной почте ltcop@mschelps.org. Программа омбудсмена по вопросам получения услуг долгосрочного ухода расположена по адресу: 1200 S. 336th Street Federal Way, WA 98003. Вы можете найти вашего местного омбудсмена на веб-сайте программы: www.waombudsman.org, по ссылке Find an Ombuds («Найти омбудсмена»).

Disability Rights Washington:

Если у вас диагностировано психическое заболевание или нарушение интеллекта, вы можете обратиться в организацию Disability Rights Washington 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 Ave S, Suite 850, Seattle WA, 98104

Управление по вопросам проживания на дому и в сообществе (Home and Community Living Administration, HCLA):

У вас есть право отправить жалобу в Отдел по рассмотрению жалоб (CRU): 1-800-562-6078 или онлайн на https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/report-concerns-involving-vulnerable-adults.

Следующее уведомление применимо только к резидентам, чей уход оплачивается в рамках Medicaid:

ТОЛЬКО для резидентов с Medicaid

Юридическая консультация:

Если вы получаете Medicaid, то у вас есть право на бесплатного адвоката, который поможет вам ответить на уведомление о переводе или выписке. Если вы хотите получить бесплатную помощь адвоката, то позвоните по номеру горячей линии по вопросам проверки права на защиту от выписки из учреждений долгосрочного ухода по номеру 888-437-0017. Просим вас учесть. что право на адвоката может быть ограничено доступностью свободных адвокатов или финансирования.

Менеджер по ведению дела в DSHS:

Вы можете обратиться к менеджеру по ведению вашего дела в DSHS с вопросами об этом уведомлении, или чтобы узнать о возможностях для проживания в другом учреждении. Менеджер по ведению вашего дела в DSHS:

Имя и фамилия менеджера по ведению дела в DSHS

Контактная информация менеджера по ведению дела в DSHS (телефон и адрес электронной почты)