Servicios de Atención Residencial (RCS)
Hogar familiar para adultos (AFH) • Institución de vida asistida (ALF) • Institución de servicios mejorados (ESF)

Aviso de transferencia o alta

Notice of Transfer or Discharge

Este formulario puede usarse para satisfacer el requisito de aviso de transferencia o alta iniciada por el AFH, la ALF o la ESF de conformidad con RCW 70.129.110 y WACS 388-76-10616, 388-76-10617, 388-78A-2660, 388-78A-2661, 388-107-0280 y 388-107-0281. La fecha de entrada en vigor de este aviso debe ser por lo menos 30 días después de la fecha en que se entregue el aviso, a menos que se aplique una excepción conforme a RCW 70.129.110(4).

Aviso de: ☐ **Transferencia** ☐ **Alta**

Nombre del residente	Identificador de ACES (solo Medicaid)
Nombre del AFH / ALF / ESF	
La presente tiene el fin de informarle que el AFH / AFH / ESF tiene la intención de transferirlo o darlo de alta. Si no entiende algo en este formulario, pídale a la institución o a un familiar o amigo que se lo explique. Lea la información de la sección "Sus derechos y recursos" en la segunda página.	
Dirección del AFH / AFH / ESF del que se origina la transferencia o alta:	Fecha de vigencia de la transferencia
Lugar al que se transfiere o se da el alta: Nombre y dirección	Teléfono

Motivos de la transferencia o alta (si es necesario, adjunte una hoja adicional para añadir más información):

- ☐ La transferencia o alta es necesaria para el bienestar del residente y las necesidades del residente no pueden satisfacerse en la institución.
- ☐ La seguridad de las personas en la institución está en riesgo.
- ☐ De no hacerse, la salud de las personas en la institución estaría en riesgo.
- ☐ El residente no ha hecho el pago necesario para su estancia.
- ☐ La institución cesará sus operaciones.

Breve explicación que sustenta la acción de transferencia o alta:

Aviso entregado por:	**Aviso recibido por (opcional):**
Nombre del proveedor / administrador Fecha	Firma del residente o su representante Fecha

Distribución del aviso

La institución debe entregar una copia de este aviso al residente y al representante del residente, si el residente tiene uno.

En el caso de los residentes con Medicaid, la institución también debe entregar una copia del aviso en un plazo de tres días calendario a:

- Programa del Ombudsman de Cuidado a Largo Plazo: correo electrónico: Discharges@mschelps.org o fax (253) 216-3699
- Gestor de casos del DSHS: enviar por fax al (855) 635-8305, por correo postal al DMS a PO Box 45826 Olympia, WA 98599-5826 o por correo electrónico en PDF (un archivo por correo electrónico) a hclantd@dshs.wa.gov.

Lea la información siguiente para conocer derechos y recursos importantes.

Sus derechos y recursos: Todos los residentes

Ombudsman del estado de Washington:

Para recibir asistencia e información relacionada con este aviso, comuníquese con su ombudsman de cuidado a largo plazo a la línea sin costo 1-800-562-6028 o al correo electrónico ltcop@mschelps.org. El Programa del Ombudsman de Cuidado a Largo Plazo de Washington tiene su domicilio en 1200 S. 336th Street Federal Way, WA 98003. Puede localizar al ombudsman de su localidad en el sitio web de su programa: www.waombudsman.org. en la sección "Find and Ombuds" (Encontrar un ombudsman).

Disability Rights Washington:

Si tiene un diagnóstico de una enfermedad mental o una discapacidad intelectual, puede comunicarse con Disability Rights Washington al 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 Ave S, Suite 850, Seattle WA, 98104.

Administración de Vida en el Hogar y la Comunidad (HCLA) del DSHS:

Usted tiene derecho a presentar una queja a la Unidad de Resolución de Quejas (CRU, por sus siglas en inglés) al teléfono 1-800-562-6078 o en el sitio web https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/report-concerns-involving-vulnerable-adults.

El siguiente aviso solamente se aplica a los residentes cuyo cuidado es pagado por Medicaid:

SOLAMENTE residentes con Medicaid

Asesoría legal:

Si recibe Medicaid, tiene derecho a recibir ayuda gratuita de un abogado para responder a un aviso de transferencia o alta. Si quiere que un abogado le ayude de manera gratuita, llame a la línea de selección de defensa contra altas de cuidado a largo plazo al teléfono 888-437-0017. Recuerde que el derecho a un abogado está sujeto a la disponibilidad de fondos.

Gestor de casos del DSHS:

Puede consultar a su gestor de casos del DSHS si tiene preguntas sobre este aviso o para conocer otras opciones de alojamiento. Su gestor de casos del DSHS es:

Nombre del gestor de casos del DSHS

Información de contacto del gestor de caso del DSHS (teléfono y correo electrónico)