Mga Serbisyong Pangangalaga sa Residensyal (RCS)
Tahanan ng Pamilya para sa Adulto (AFH) • Pasilidad ng Tulong sa Pamumuhay (ALF) •
Mga Pasilidad ng Pinahusay na Serbisyo (ESF)

Abiso ng Paglipat o Paglabas

Notice of Transfer or Discharge

Ang form na ito ay maaaring gamitin upang matugunan ang kinakailangan para sa abiso ng paglipat o paglabas na pinasimulan ng AFH, ALF, o ESF alinsunod sa RCW 70.129.110 at mga WAC 388-76-10616, 388-76-10617, 388-78A-2660, 388-78A-2661, 388-107-0280, at 388-107-0281. Ang petsa ng bisa ng abisong ito ay dapat na hindi bababa sa 30 araw mula sa petsa ng pagbibigay ng abiso, maliban kung may eksepsyon sa ilalim ng RCW 70.129.110(4).

Abiso ng: ☐ **Paglipat** ☐ **Paglabas**

Pangalan ng Residente	ACES ID (Medicaid Lamang)
Pangalan ng AFH/ALF/ESF	
Ang abisong ito ay upang ipaalam sa inyo na ang AFH/ALF/ESF ay may intensyong ilipat o palabasin kayo. Kung hindi ninyo nauunawaan ang form na ito, humiling sa pasilidad o sa isang kamag-anak o kaibigan na ipaliwanag ito. Pakibasa ang impormasyon sa ilalim ng "Inyong Mga Karapatan at Mapagkukunan" sa ikalawang pahina.	
Address ng AFH/ALF/ESF na Pinagmumulan ng Paglipat o Paglabas:	Petsa ng Bisa ng Paglipat
Lokasyon na Paglilipatan o Paglalabasan: Pangalan at Address	Telepono

(Mga) Dahilan para sa paglipat o paglabas (kung kailangan, maglakip ng hiwalay na papel upang magdagdag ng higit pang impormasyon):

☐ Ang paglipat o paglabas ay kinakailangan para sa kapakanan ng residente at ang mga pangangailangan ng residente ay hindi matugunan sa pasilidad.
☐ Ang kaligtasan ng mga indibidwal sa pasilidad ay nailalagay sa panganib.
☐ Ang kalusugan ng mga indibidwal sa pasilidad ay mailalagay sa panganib.
☐ Ang residente ay nabigong magbayad ng kinakailangang bayad para sa kanyang pananatili.
☐ Ang pasilidad ay tumigil sa operasyon.

Maikling paliwanag na sumusuporta sa aksyon ng paglipat o paglabas:

Abiso na ibinigay ni:		**Abiso na tinanggap ni (opsyonal):**	
Pangalan ng Provider/Administrator	Petsa	Lagda ng Residente/Kinatawan	Petsa

Pamamahagi ng Abiso

Ang pasilidad ay dapat magbigay ng kopya ng abisong ito sa residente at sa kinatawan ng residente, kung mayroon nito ang residente.
Para sa mga residenteng may Medicaid, ang pasilidad ay dapat ding magbigay ng kopya ng abiso sa loob ng tatlong araw ng kalendaryo sa:

- Long-Term Care Ombudsman Program: email: Discharges@mschelps.org o e-fax (253) 216-3699
- DSHS Case manager: Ipadala sa pamamagitan ng fax sa (855) 635-8305, sa koreo sa DMS sa PO Box 45826 Olympia, WA 98599-5826, o mag-email ng PDF (isang file bawat email) sa hclantd@dshs.wa.gov.

Basahin ang impormasyon sa ibaba para sa mahahalagang karapatan at mapagkukunan.

Inyong Mga Karapatan at Mapagkukunan: Lahat ng Residente

Ombudsman ng estado ng Washington:

Para sa tulong at impormasyon tungkol sa abisong ito, mangyaring makipag-ugnayan sa inyong long-term care ombudsman nang walang bayad (toll-free) sa 1-800-562-6028 o sa pamamagitan ng email sa ltcop@mschelps.org. Ang Washington Long-Term Care Ombudsman Program ay matatagpuan sa 1200 S. 336th Street Federal Way, WA 98003. Mahahanap ninyo ang inyong lokal na ombudsman sa pamamagitan ng website ng kanilang programa: www.waombudsman.org, sa ilalim ng "Find an Ombuds".

Disability Rights Washington:

Kung kayo ay may diagnosis ng sakit sa isip o kapansanan sa intelektwal, maaari kayong makipag-ugnayan sa Disability Rights Washington sa 1-800-562-2702 o (206) 324-1521. Maaari rin ninyong gawin ang inyong kahilingan sa pamamagitan ng sulat via fax sa (206) 957-0729, email sa info@dr-wa.org o koreo sa Disability Rights Washington, 315 5th Ave S, Suite 850, Seattle WA, 98104.

DSHS Home and Community Living Administration (HCLA):

Kayo ay may karapatang magsumite ng reklamo sa Complaint Resolution Unit (CRU) sa 1-800-562-6078 o online sa https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/report-concerns-involving-vulnerable-adults.

Ang sumusunod na abiso ay nalalapat lamang sa mga residente na ang pangangalaga ay binabayaran sa pamamagitan ng Medicaid:

Mga Residente na may Medicaid LAMANG

Legal na tagapayo:

Kung tumatanggap kayo ng Medicaid, may karapatan kayo sa isang libreng abogado upang tulungan kayong tumugon sa isang abiso ng paglipat o paglabas. Kung gusto ninyo ng libreng abogado na tutulong sa inyo, mangyaring tumawag sa long-term care discharge defense screening line sa 888-437-0017. Mangyaring tandaan na ang karapatan sa abogado ay napapailalim sa pagkakaroon ng pondo.

DSHS Case manager:

Maaari ninyong kontakin ang inyong DSHS case manager para sa mga tanong tungkol sa abisong ito o upang malaman ang tungkol sa iba pang mga opsyon sa pamumuhay. Ang inyong DSHS case manager ay si:

Pangalan ng DSHS Case Manager

Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan ng DSHS Case Manager (telepono at email)