Послуги з догляду за місцем проживання (RCS)
Пансіонат сімейного типу для дорослих (AFH) • Пансіонат із доглядом за мешканцями (ALF) • Заклади розширеного обслуговування (ESF)

Повідомлення про переведення або виписку

Notice of Transfer or Discharge

Цю форму можна використовувати для виконання вимоги щодо повідомлення про переведення або виписку, ініційованого AFH, ALF або ESF відповідно до RCW 70.129.110 та WAC 388-76-10616, 388-76-10617, 388-78A-2660, 388-78A-2661, 388-107-0280 та 388-107-0281. Дата набрання чинності цим повідомленням має бути не раніше ніж через 30 днів із дати його надання, якщо не застосовується виняток згідно з RCW 70.129.110(4).

Повідомлення про: ☐ **Переведення** ☐ **Виписку**

Ім'я та прізвище мешканця	Ідентифікаційний номер ACES (лише для Medicaid)
Назва AFH / ALF / ESF	
Цим повідомленням вас інформують, що AFH / ALF / ESF має намір вас перевести або виписати. Якщо вам незрозуміла ця форма, зверніться до адміністрації закладу або попросіть родича чи друга пояснити її зміст. Будь ласка, ознайомтеся з інформацією в розділі «Ваші права та ресурси» на другій сторінці.	
Адреса AFH / ALF / ESF, з якого здійснюється переведення або виписка:	Дата набрання чинності переведення
Місце, до якого здійснюється переведення або виписка: назва та адреса	Телефон

Причина(и) переведення або виписки (за потреби додайте окремий аркуш, щоб додати більше інформації)**:**

☐ Переведення або виписка необхідні для благополуччя мешканця, і потреби мешканця не можуть бути задоволені в закладі.
☐ Безпека осіб, що перебувають у закладі, знаходиться під загрозою.
☐ В іншому випадку стан здоров'я осіб у закладі може бути поставлений під загрозу.
☐ Мешканець не здійснив необхідну оплату за своє перебування.
☐ Заклад припиняє свою діяльність.

Коротке обґрунтування переведення або виписки:

Ким надано повідомлення:	**Ким отримано повідомлення (необов'язково):**
Назва(ім'я) Постачальника послуг / Адміністратора Дата	Підпис Мешканця / Представника Дата

Розповсюдження повідомлення

Заклад повинен надати копію цього повідомлення мешканцю та представнику мешканця, якщо такий є у мешканця.

Для мешканців, які отримують Medicaid, заклад також повинен протягом трьох календарних днів надати копію повідомлення:

- Програмі омбудсмена з питань довгострокового догляду (Long-Term Care Ombudsman Program): email: Discharges@mschelps.org або електронний факс (253) 216-3699
- Кейс-менеджеру DSHS: надіслати факсом на номер (855) 635-8305, поштою до DMS за адресою PO Box 45826 Olympia, WA 98599-5826 або електронною поштою у форматі PDF (один файл в одному листі) на адресу hclantd@dshs.wa.gov.

Ознайомтеся з інформацією нижче щодо важливих прав та ресурсів.

Ваші права та ресурси: для всіх мешканців

Омбудсмен штату Вашингтон:

Щоб отримати допомогу та інформацію щодо цього повідомлення, зверніться до свого омбудсмена з питань довгострокового догляду за безкоштовним номером 1-800-562-6028 або електронною поштою ltcop@mschelps.org. Програма омбудсмена з питань довгострокового догляду штату Вашингтон розташована за адресою 1200 S. 336th Street Federal Way, WA 98003. Знайти місцевого омбудсмена можна на веб-сайті програми: www.waombudsman.org, у розділі «Знайти омбудсмена».

Організація Disability Rights Washington:

Якщо у вас діагностовано психічне захворювання або інтелектуальну недостатність, ви можете звернутися до Disability Rights Washington за 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 Ave S, Suite 850, Seattle WA, 98104.

Адміністрація DSHS з питань проживання вдома та в громаді (HCLA):

Ви маєте право подати скаргу до відділу розгляду скарг (CRU) за номером 1-800-562-6078 або онлайн за адресою https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/report-concerns-involving-vulnerable-adults.

Наступне повідомлення стосується лише мешканців, догляд за якими оплачується через Medicaid:

ТІЛЬКИ для мешканців з Medicaid

Правова допомога:

Якщо ви отримуєте Medicaid, ви маєте право на безкоштовного юриста для допомоги у відповіді на повідомлення про переведення або виписку. Якщо вам потрібна безкоштовна допомога юриста, зателефонуйте на гарячу лінію захисту від виписки з установи довгострокового догляду за номером 888-437-0017. Зверніть увагу, що право на юриста залежить від наявності фінансування.

Кейс-менеджер DSHS:

Ви можете звернутися до свого кейс-менеджера DSHS, якщо у вас є запитання щодо цього повідомлення або ви хочете дізнатися про інші варіанти проживання. Ваш кейс-менеджер DSHS:

Ім’я та прізвище кейс-менеджера DSHS

Контактна інформація кейс-менеджера DSHS (телефон та електронна пошта)