



Программа Medicaid Transformation Project Demonstration Уведомление о действии по поводу исключения из правил Medicaid Transformation Project Demonstration Notice of Action Exception to Rule

ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА
ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА	ДАТА

См. важную информацию, приведенную в помеченных пунктах.

Информация для социального работника: Используйте эту форму только в отношении лиц, получающих помощь по MAC и TSOA в рамках программы Medicaid Transformation Project Demonstration (MTPD).

Запрос об исключении из правил:

Опишите запрашиваемые позицию и количество:

Запрос об исключении из правил Департамента, в соответствии с разделом WAC _____:

- Не принят к рассмотрению.** Основание для отказа в рассмотрении данного запроса:
 - WAC 388-440-0001. Ваша ситуация не отличается от большинства подобных.
 - Иное, в соответствии с WAC 388-440-0001.
- Принят к рассмотрению и одобрен:** Даты: с _____ по _____.
Утвержденные позиция и количество: _____.
- Принят к рассмотрению и отклонен** на следующем основании:
 - WAC 388-440-0001. Ваша ситуация не отличается от большинства подобных
 - Иное, в соответствии с WAC 388-440-0001.

У вас нет права на проведение слушания по данному решению

- A. Если вы не согласны с решением, у вас есть право подать письменную жалобу руководителю вашего координатора ухода. Руководитель рассмотрит вашу жалобу и письменно уведомит вас о своём решении в течение десяти (10) дней с даты её получения.
- B. Если вы не согласны с решением руководителя, вы можете подать письменную жалобу директору или уполномоченному лицу Управления по делам престарелых (AAA), которые проведут повторное рассмотрение вашей жалобы, вынесут по ней решение и уведомят вас о нём в течение десяти (10) дней с даты получения жалобы.
- C. Если тот же самый вопрос находится на административном или судебном рассмотрении, то Департамент может отреагировать на жалобу путем информирования подавшего её лица о том, что данный вопрос будет решен в ходе административного или судебного рассмотрения.

ПОДПИСЬ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА	ДАТА	ФАМИЛИЯ, ИМЯ РУКОВОДИТЕЛЯ
ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА		
АДРЕС AAA		
ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС