

致个人服务提供者的预先裁定通知书
培训/认证

Individual Provider Planned Action Notice Training / Certification

服务提供者姓名与地址

预先裁定

华盛顿州行政法规(WAC)第 388-71 章中含有关于培训和(或)认证的要求;个人服务提供者/长期照护服务人员必须达到这些要求,方可从事此类工作并从老化与长期支持管理处(AL TSA)或发育障碍人士服务管理局(DDA)领取相关报酬。

此函旨在通知您,自 起,社会福利服务部(DSHS)或者英服务地区办事处(AAA):

- 拒绝/终止对您作为个人服务提供者的付款;
- 采取步骤来终止您的个人服务提供者客户服务合同。

如果您没有在规定日期之前完成您的培训/认证要求,则您不得作为个人服务提供者工作,且 DSHS 将不会为您在上述生效日期当日或之后的任何工时付费。如想再次为 DSHS 工作并获得报酬,您必须完成规定的培训/认证,并得到 DSHS 或 AAA 对您恢复工作的批准。

您所工作的 DSHS 客户将会得到通知,如果您未在最后期限之前完成规定的培训/认证,DSHS 将不会为您在有效期当日或之后的服务付费,且他/她将需要寻找其他服务提供者。

您将不能工作,因为您:

- 未于规定期限内获得卫生厅(DOH)对居家照护服务助理的认证;
- 根据 Training Partnership 提供的信息,未于规定期限内完成所要求的培训。您尚未完成所要求的培训包括:
 - 基础培训;
 - 继续教育。
- 不再具有有效且状态良好的居家照护服务助理或其他由 DOH 发布的资格认证。

采取此项行动的官方依据如下:

华盛顿州行政法规 WAC 388-71-0500 至 WAC 388-71-1130 中含有关于个人服务提供者/长期照护服务人员培训和认证要求的规章条例。下列引证内容可能适用于您的情况:

一般规则(用于说明哪些人必须按要求接受培训和认证、宽免情况、文件证明要求等): 华盛顿州行政法规 WAC 388-71-0500; WAC 388-71-0520; WAC 388-71-0540; WAC 388-71-0551; WAC 388-71-0561; WAC 388-71-0836; WAC 388-71-0975 和 WAC 388-71-0523

基础培训要求: 华盛顿州行政法规 WAC 388-71-0870; WAC 388-71-0875; WAC 388-71-0880; WAC 388-71-0885; WAC 388-71-0890; WAC 388-71-0895; WAC 388-71-0931 和 WAC 388-71-0932

继续教育要求: 华盛顿州行政法规 WAC 388-71-0985; WAC 388-71-0990; WAC 388-71-0991 和 WAC 388-71-1001

认证要求: 华盛顿州行政法规 WAC 388-71-0973; WAC 246-12-030 和 RCW 18.88B.021(1)-(2)

听证权利的官方依据: 华盛顿州行政法规 WAC 388-71-0561

您的上诉权利

依据华盛顿州行政法规 WAC 388-71-0561 之规定，您有权申请一次行政听证会。您不能对 DOH 做出的会影响到您的认证的裁定提出异议。必须通过起诉 DOH 来对 DOH 做出的裁定提出异议。

您有以下权利：

- 获得 AL TSA 或 DDA 作出决定时所依据的全部资料之副本；
- 提交证据文件；
- 在听证会上作证，并请证人出席为您作证；并且
- 盘问为本部作证的证人。

从接到本通知的日期开始，您有 30 个日历日的时间对此项裁定提出上诉。若希望提出举行行政听证会的请求，您必须采用邮寄、递送或传真方式向行政听证处(OAH)提交一份书面请求。OAH 必须在此通知函上的有效期的 30 个日历日内接获上述书面请求。随附一份行政听证会申请书。

若需有关情况，可与下列人员联系

姓名	电话号码
办公处	机构名称 <input type="checkbox"/> AAA <input type="checkbox"/> DDA <input type="checkbox"/> HCS

在服务提供者档案中存盘的副本。

听证会请求书

Request for Hearing

依据 DSHS 听证条例第 388-526 章之规定

请将您的申请书寄至以下地址：

或者

传真至以下号码：

OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS (OAH)
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

(360) 586-6563

本人提请举行一次听证会，因为我想对老化与长期支持管理处(AL TSA)之以下决定提出置疑。

请在下列各项中选择一项：

AL TSA 或 DDA：

- 拒绝/终止对本人作为个人服务提供者的付款；
 采取步骤来终止本人的个人服务提供者客户服务合同。

因为 DSHS 认定本人：

- 未于规定期限内获得 DOH 对居家照护服务助理的认证；
 根据 Training Partnership 提供的信息，未于规定期限内完成所要求的培训；
 不再具有有效且状态良好的居家照护服务助理或其他由 DOH 发布的资格认证。

请工整填写您的姓名

您的电话号码

您的服务提供者号码

向您发送此通知函的机构：

AAA DDA HCS

请工整填写您的地址

城市

州

邮政编码

如果您有亲属

本人的代表是（若您将亲自出席，请不要填写以下两行内容）：

请工整填写您的代表人之姓名

请工整填写您的代表人之电话号码

邮寄地址

城市

州

邮政编码

如果您需要我们为您提供便利条件

您是否需要口译人员或其它协助，以便您参加听证会？ 是 否

若是如此，请问您需要何种语言或协助？