

개인간병인에 대한 예정 조치 통지  
교육 / 인증

Individual Provider Planned Action Notice Training / Certification

탁아서비스 제공자 이름 및 주소

예정 조치

워싱턴주 행정조례(Washington Administrative Code, WAC) 제 388-71 조는 개인간병인(Individual Provider)/장기요양간병인(Long Term Care Worker) 자격으로 일하고 노인 및 장기 지원 행정국(AL TSA) 또는 발달장애 행정국(DDA)으로부터 보수를 받는 데 필요한 교육 및/또는 인증 요건을 규정하고 있습니다.

본 통지서는 부터 보건사회부(DSHS) 또는 지역 노인기관(AAA)이 다음과 같이 결정하였음을 안내해드립니다.

- 귀하에 대한 개인 간병인 대금 지급 거부 / 종료.
- 귀하의 개인 간병인 클라이언트 서비스 계약 종료 절차 실시.

귀하께서 기한 내에 교육 / 인증을 받지 않으시면 귀하의 개인 간병인 근무는 허가되지 않으며 DSHS 는 위 효력일 이후에 귀하의 근무에 대한 급여를 지급하지 않습니다. 귀하께서는 필수 교육 / 인증을 받으실 때까지 DSHS 근무를 하고 급여를 받을 수 없으며 근무를 하기 위해서는 DSHS 나 AAA 의 승인을 받아야 합니다.

귀하께서 기한 내에 필수 교육/인증을 받지 않으시면 서비스를 제공받는 수혜자에게 이를 통지하며 DSHS 는 효력일 이후 제공하신 서비스에 대한 급여를 지급하지 않습니다. 또한 수혜자는 다른 간병인을 찾아야 합니다.

귀하께서는 다음의 사유로 근무를 하실 수 없습니다.

- 기한 내에 보건부 (DOH)로부터 홈 케어 보조원으로 인증을 받지 않았습니다.
- 교육 파트너십 정보에 따른 기한 내에 필수 교육을 받지 않았습니다. 완료하지 않은 필수 교육은 다음과 같습니다.
  - 기초 교육,
  - 계속 교육.
- 정상적으로 활성화된 홈 케어 보조원 또는 기타 DOH 발급 자격이 더 이상 없습니다.

본 조치의 시행 근거는 다음과 같습니다.

개인간병인/장기요양간병인(Long Term Care Worker) 교육 및 인증 요건이 포함된 규정은 WAC 388-71-0500 ~ WAC 388-71-1130 에 수록되어 있습니다. 아래에 인용된 규정도 참조하실 수 있습니다.

일반 규칙 (교육이나 인증, 문서화 조건 등의 대상자 설명): 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 and WAC 388-71-0523

기본 교육 요건: 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 and WAC 388-71-0932

계속 교육 요건: WAC 388-71-0985, WAC 388-71-0990, WAC 388-71-0991 and WAC 388-71-1001

인증 요건: WAC 388-71-0973, WAC 246-12-030, and RCW 18.88B.021(1)-(2)

심의회 권리: WAC 388-71-0561

## 항소권

귀하는 WAC 388-71-0561 에 따라 행정 심의회를 신청할 권리가 있습니다. 귀하의 인증에 영향을 미치는 DOH 조치에 이의를 제기하실 수 없습니다. DOH 조치는 DOH 항소를 통해 이의를 제기해야 합니다.

귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- AL TSA 또는 DDA 결정에 참조된 모든 정보의 사본을 받아볼 권리
- 증거 서류를 제출할 권리
- 심의회에서 직접 증언하거나 본인을 위해 증언할 증인을 내세울 권리
- 당국의 증인을 상대로 반대(대질) 심문을 할 권리

항소 신청은 이 조치 통지서를 받은 날짜로부터 30 일 이내에 해야 합니다. 행정심의회를 요청하려면 우편, 배달 또는 팩스를 이용하여 행정심의회사무소(OAH)에 요청서를 제출해야 합니다. 본 통지서 효력일로부터 30 일 이내에 OAH 에 서면 신청서를 제출해야 합니다. 본 서류에 행정심의회 요청서가 동봉되어 있습니다.

## 관련 정보 문의처

이름	전화번호
사무실	기관 <input type="checkbox"/> AAA <input type="checkbox"/> DDA <input type="checkbox"/> HCS

간병인 안내문 파일

## 심의회 요청서

### Request for Hearing

참조 규정: DSHS 공정심의회 규정 제 388-526 조

요청서를 발송할 주소:	또는	팩스 번호:
OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS (OAH) PO BOX 42489 OLYMPIA WA 98504-2489		(360) 586-6563
<p>본인은 노인 및 장기 지원 행정국(AL TSA)의 다음 결정에 대하여 이의를 제기하며 심의회를 요청합니다.</p> <p><b>다음 중 하나를 선택하십시오:</b></p> <p>AL TSA 또는 DDA 가:</p> <p><input type="checkbox"/> 본인에 대한 개인 간병인 대금 지급 거부 또는 종료.</p> <p><input type="checkbox"/> 본인의 개인 간병인 클라이언트 서비스 계약 종료 절차 실시.</p> <p>DSHS 에서 본인에 대해 다음과 같이 결정함:</p> <p><input type="checkbox"/> 기한 내에 보건부 (DOH)로부터 홈 케어 보조원으로 인증을 받지 않았습니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 교육 파트너십 정보에 따른 기한 내에 필수 교육을 받지 않았습니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 정상적으로 활성화된 홈 케어 보조원 또는 기타 DOH 발급 자격이 더 이상 없습니다.</p>		
이름(정자체로 기입)		
귀하의 전화번호	귀하의 제공자 번호	본 통지서를 보낸 기관: <input type="checkbox"/> AAA <input type="checkbox"/> DDA <input type="checkbox"/> HCS
우편 주소	시	주      우편번호
<b>대리인이 있을 경우</b>		
대리인(대리인을 세우지 않을 경우 다음 두 줄은 비워둘 것):		
대리인의 이름(정자체로 기입)	대리인의 전화번호	
주소	시	주      우편번호
<b>귀하에게 특별 편의 제공이 필요한 경우</b>		
<p>심의회 장소에 통역관이나 기타 지원이 필요합니까? <input type="checkbox"/> 예   <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p>편의 제공이 필요한 경우 어떠한 언어 또는 지원이 필요하십니까?</p>		