

**Извещение о планируемом действии в
отношении индивидуального поставщика
услуг Подготовка / сертификация
Individual Provider Planned Action Notice Training / Certification**

НАЗВАНИЕ/ИМЯ И АДРЕС ПОСТАВЩИКА УСЛУГ

Планируемое действие

Раздел 388-71 Административного кодекса штата Вашингтон (Washington Administrative Code, WAC) требует подготовки и (или) сертификации на право работы и оплаты Администрацией по вопросам обслуживания пожилых людей и долгосрочного ухода (AL TSA) или Администрацией по работе с лицами с инвалидностью вследствие пороков развития (DDA) в качестве индивидуального поставщика услуг/ работника по оказанию долговременного ухода (Individual Provider /Long Term Care Worker).

Настоящим доводим до вашего сведения, что с Департамент социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services, DSHS) или Территориальное управление по вопросам престарелых лиц (Area Agency on Aging, AAA):

- Отказывает вам / прекращает выплаты за работу в качестве индивидуального поставщика услуг;
- Принимает меры по прекращению действия вашего Контракта индивидуального поставщика услуг.

Если вы не удовлетворите требованиям в отношении подготовки / сертификации в установленные сроки, вам будет запрещено работать в качестве индивидуального поставщика услуг, и Департамент DSHS не будет оплачивать ваш труд в течение любого количества часов, отработанных вами в указанную дату или после нее. Вам может быть запрещено выполнять работу, оплату за которую предусматривает DSHS, до тех пор, пока вы не удовлетворите требованиям в отношении подготовки / сертификации и до получения вами разрешения на работу от Департамента DSHS или Администрации по делам престарелых лиц (AAA).

Клиент(ы) Департамента DSHS, с которыми вы работаете, будут поставлены в известность о том, что если вы не удовлетворите требованиям в отношении подготовки / сертификации в установленные сроки, Департамент DSHS не будет оплачивать вам , предоставленные в указанную дату и после нее, и что клиенту(-ам) надлежит найти другого поставщика услуг.

Вы не сможете работать, если вы:

- Не получили в установленные сроки сертификацию Департамента здравоохранения (DOH) в качестве помощника по уходу на дому;
- По информации компании Training Partnership не прошли необходимую подготовку в установленные сроки. Вы не прошли следующие виды обязательной подготовки:
 - Базовая подготовка (Basic Training);
 - Переподготовка.
- Более не имеете документов, подтверждающих квалификацию / статус помощника по уходу на дому, или иных действующих и не аннулированных квалификационных документов, выданных Департаментом DOH.

Данные меры принимаются в соответствии со следующими нормативными документами:

Правила, касающиеся требований к обучению и аттестации индивидуальных поставщиков услуг / работников по оказанию долговременного ухода (individual providers/Long-Term Care workers), приведены в разделах с 388-71-0500 по 388-71-1130 Административного кодекса штата Вашингтон (WAC). К вам могут относиться следующие конкретные разделы:
Общие правила (кто должен пройти обучение или аттестацию, кому может быть предоставлено исключение, требуемая документация и т.д.): 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 и WAC 388-71-0523
Требования к прохождению базовой подготовки: 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 и WAC 388-71-0932
Требования в отношении переподготовки: WAC 388-71-0985, WAC 388-71-0990, WAC 388-71-0991 и WAC 388-71-1001
Требования к сертификации: WAC 388-71-0973, WAC 246-12-030 и RCW 18.88B.021(1)-(2)
Права в отношении административных слушаний: WAC 388-71-0561

Ваши права в связи с апелляцией

В соответствии с WAC 388-71-0561 у вас есть право на административное слушание. Вы не можете опротестовать действие/решение Департамента DOH, негативно влияющее на получение вами сертификации. Чтобы опротестовать действия/решения, принятые Департаментом DOH, необходимо подать апелляцию в Департамент DOH.

Вы имеете право на следующее:

- получить копии всех документов, которые использовались ALISA или DDA при принятии решения;
- представить документальные доказательства;
- давать показания на слушании и приглашать свидетелей для дачи показаний в вашу пользу; а также
- подвергаться перекрестному допросу свидетелей, выступающих на стороне Департамента.

Вы можете подать апелляцию на действие/решение не позднее, чем в течение 30 календарных дней от даты, указанной на данном уведомлении. Письменный запрос о проведении административного слушания следует направить по почте или факсу либо доставить лично в Отдел административных слушаний (Office of Administrative Hearings, ОАН). Отдел ОАН должен получить письменный запрос в течение 30 календарных дней с даты, указанной на данном уведомлении. Бланк запроса о проведении административного слушания прилагается.

К кому вы можете обратиться за информацией

ИМЯ И ФАМИЛИЯ

НОМЕР ТЕЛЕФОНА

ОФИС

ОТДЕЛЕНИЕ

AAA DDA HCS

Копия – в дело поставщика услуг.

Запрос о проведении слушания

Request for Hearing

Согласно разделу 388-526 правил Департамента DSHS по проведению слушаний

Направьте свой запрос по этому адресу: **ЛИБО** по этому номеру факса:
 OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS (OAH) (360) 586-6563
 PO BOX 42489
 OLYMPIA WA 98504-2489

Я прошу о проведении слушания, поскольку желаю оспорить следующее решение Администрации по вопросам пожилых людей и долгосрочного ухода (Aging and Long Care Support Administration, AL TSA).

Выберите один из следующих вариантов:

AL TSA или DDA:

- Отказывает мне / прекращает выплаты за работу в качестве индивидуального поставщика услуг;
 Принимает меры по прекращению действия моего Контракта индивидуального поставщика услуг.

Поскольку, согласно определению Департамента DSHS, я:

- Не получил(а) в установленные сроки сертификацию Департамента здравоохранения (DOH) в качестве помощника по уходу на дому;
 По информации компании Training Partnership не прошел(-шла) необходимую подготовку в установленные сроки;
 Более не имею документов, подтверждающих квалификацию / статус помощника по уходу на дому, или иных действующих и не аннулированных квалификационных документов, выданных Департаментом DOH.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

ВАШ ТЕЛЕФОН	НОМЕР ПОСТАВЩИКА УСЛУГ	ОФИС, НАПРАВИВШИЙ ВАМ УВЕДОМЛЕНИЕ: <input type="checkbox"/> AAA <input type="checkbox"/> DDA <input type="checkbox"/> HCS
-------------	------------------------	--

УКАЖИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
---------------------------------	-------	------	-----------------

Если у вас есть представитель

Мои интересы представляет (если вы будете представлять себя сами, не заполняйте следующие две строки):

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ВАШЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА ВАШЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РАЗБОРЧИВО
--	--

АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
-------	-------	------	-----------------

Если вам требуются услуги адаптации

Нуждаетесь ли вы в услугах переводчика, ином виде помощи или каком-либо приспособлении во время слушания? Да Нет

Если да, то укажите язык, на который вам нужен перевод, или иной требуемый вид помощи.