

Aviso de Acción Planificada para el Proveedor Individual Capacitación / Certificación Individual Provider Planned Action Notice Training / Certification

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR

Acción Planificada

El Código Administrativo de Washington (WAC) Capítulo 388-71 contiene requisitos de capacitación y/o certificación necesarios para ser elegibles para trabajar y ser pagado por la Administración de Cuidados para Adultos Mayores y a Largo Plazo (por sus siglas en inglés, "AL TSA") o por la Administración de Discapacidades del Desarrollo (por sus siglas en inglés, "DDA") como un proveedor individual / trabajador de cuidado a largo plazo.

La presente es para notificarle que a partir del _____, el Departamento de Servicios Sociales y de Salud (por sus siglas en inglés, "DSHS") o la Agencia Local para Vejez (por sus siglas en inglés, "AAA") ha:

- Rescindido / cancelado su pago como proveedor individual;
- Tomado medidas para cancelar su contrato de servicio a clientes como proveedor individual.

No le está permitido trabajar como un proveedor individual y el DSHS no le pagará por horas trabajadas en o después de la fecha de entrada en vigor que aparece arriba si usted no concluye los requisitos de capacitación o certificación antes de la fecha requerida. Usted no podrá volver a trabajar para el DSHS con pago hasta que concluya la capacitación o certificación requerida y sea autorizado para realizarlo por el DSHS o la AAA.

El cliente o los clientes del DSHS para los que usted trabaja serán notificados de que si usted no concluye la capacitación o certificación requerida antes de la fecha límite, el DSHS no le pagara los servicios prestados en o después de la fecha de entrada en vigor, y que él/ella tendrá que buscar otro proveedor.

Usted no podrá trabajar porque:

- No ha sido certificado por el Departamento de Salud (DOH) como un asistente de cuidado en el hogar dentro del plazo requerido;
- No ha concluido la capacitación requerida dentro del plazo establecido en base a la información del Socio de Capacitación. La capacitación que usted no ha concluido es:
 - Capacitación básica;
 - Educación continua.
- Ya no tiene una acreditación como asistente de cuidado en el hogar u otra acreditación emitida por el DOH que esté vigente y al corriente en todos los requisitos.

Se toma esta acción de acuerdo con la siguiente autoridad:

Las reglas relacionadas con los requisitos para capacitación y certificación de proveedores individuales/trabajadores de cuidado a largo plazo se encuentran en WAC 388-71-0500 al 388-71-1130. Los siguientes citatorios específicos pueden ser de utilidad para usted:

Reglas generales (describir quien requiere capacitación o certificación, excepciones, requisitos de documentación, etc.): 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 y WAC 388-71-0523

Requisitos básicos de capacitación: 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 y WAC 388-71-0932

Requisitos de educación continua: WAC 388-71-0985, WAC 388-71-0990, WAC 388-71-0991 y WAC 388-71-1001

Requisitos de certificación: WAC 388-71-0973, WAC 246-12-030, y RCW 18.88B.021(1)-(2)

Autoridad de derecho a audiencia: WAC 388-71-0561

Sus derechos de apelación

Usted tiene derecho a una audiencia administrativa de conformidad con el WAC 388-71-0561. No puede impugnar una acción por parte del DOH que afecte a su certificación. Las acciones del DOH, deben ser impugnadas a través de una apelación al DOH.

Usted tiene los siguientes derechos:

- A recibir copias de toda la información utilizada por la AL TSA y el DDA al tomar su decisión;
- A presentar documentos como evidencia;
- A testificar en la audiencia y presentar testigos que testifiquen a su favor; y
- A interrogar a los testigos que testifiquen a favor del departamento.

Usted tiene 30 días calendario contados a partir de la fecha de entrada en vigor de este aviso para apelar esta acción. Para solicitar una audiencia administrativa debe enviar, entregar o enviar por fax una solicitud por escrito a la Oficina de Audiencias Administrativas (por sus siglas en inglés, "OAH"). La OAH debe recibir la solicitud por escrito dentro de un plazo de 30 días calendario contados a partir de la fecha de entrada en vigor de este aviso. Se incluye un formulario para solicitar una audiencia administrativa.

A quién puede contactar para obtener información

NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO
OFICINA	AGENCIA <input type="checkbox"/> AAA <input type="checkbox"/> DDA <input type="checkbox"/> HCS

Copia en el expediente del proveedor.

Solicitud de audiencia

Request for Hearing

Según el capítulo 388-526 de la reglamentación sobre audiencias del DSHS.

Envíe su solicitud por correo a esta dirección: **O**
OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS (OAH)
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

Envíela por fax a este número:
(360) 586-6563

Estoy solicitando una audiencia porque quiero impugnar la siguiente decisión tomada por la Administración de Servicios para Adultos Mayores y a Largo Plazo (por sus siglas en inglés, "AL TSA").

Seleccione uno de los siguientes:

La AL TSA o el DDA:

- Me han negado o cancelado pagos como proveedor individual;
 Han tomado medidas para rescindir mi contrato como proveedor individual de servicio al cliente.

Porque el DSHS determinó que yo:

- No he sido certificado por el DOH asistente de cuidado en el hogar dentro del plazo requerido;
 No he concluido la capacitación solicitada dentro del plazo requerido en base a la información del Socio de Capacitación;
 Ya no tengo una acreditación como asistente de cuidado en el hogar u otra acreditación emitida por el DOH que esté vigente y al corriente en todos los requisitos.

ESCRIBA AQUÍ SU NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

SU NÚMERO TELEFÓNICO

EL NÚMERO DE SU PROVEEDOR

LA OFICINA DE LA CUAL USTED RECIBIÓ ESTE AVISO:

AAA DDA HCS

ESCRIBA SU DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

Si tiene un representante

Soy representado por (si va a representarse a sí mismo, no llene los dos renglones siguientes):

ESCRIBA EL NOMBRE DE SU REPRESENTANTE AQUÍ

ESCRIBA EL NÚMERO DE TELÉFONO DE SU REPRESENTANTE AQUÍ

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

Si necesita adaptaciones

¿Necesita un intérprete u otra asistencia para la audiencia? Sí No

De ser así, ¿que idioma o asistencia necesita?