Washington State Department of Social & Health Services
ALTSA Aging and Long-Term Support Administration

轉院或出院通知書
NOTICE OF TRANSFER OR DISCHARGE

住院者姓名	護理設施名稱

本通知包含關於您合法權利的重要資訊。如果您不理解通知內容，請向您的親屬或朋友詢問，或者參閱本表格背面關於如何獲得協助的資訊。

本函係通知您，_____ 將為您辦理轉院或出院手續，並將您轉至
設施

_____；日期訂於 _____。採取此項措施的理由是：
地點　　日期

☐ 1. 由於您的安康及健康需要，您有必要轉院或出院；而且本設施無法滿足您的需求、原因如下（請列明原因）：

_____

_____

_____

☐ 2. 您已充分康復，因此不再需要本設施的服務。

☐ 3. 由於以下原因（請列明原因）造成之結果，已危及本設施內人員之安全及健康：

_____

_____

_____

☐ 4. 曾向您發出合理及適當的通知，但您仍未支付您本設施居留期間應負責支付的費用。
您尚未償還的欠款金額為 $ _____.
金額

您有權對此項決定提出申訴，詳見本表格背面的解釋。

本護理設施的工作人員可幫助您辦理遷移事宜，或者幫助您按本表格背面所述的方法提出聽證請求。具體人員列明如下：

_____，_____
護理設施代表姓名　　職務

護理設施工作人員簽名	職務	日期

請細讀本表格背面關於您合法權利的重要資訊。

副本抄送：住院者的代表（若適用請填寫） _____（姓名）

當地管理人員（上述第1、3和4條理由） _____（姓名）

家庭與社區服務處個案管理員（上述第2條理由） _____（姓名）

申訴權利

您有權請華盛頓州行政聽證處舉行一次聽證會，藉此對本決定提出申訴。您可於接獲此轉院或出院通知書後90天內的任何時候提出聽證請求。

然而，行政聽證處須於本表格首頁上列明的轉院/出院擬定日期當日或之前收到您的聽證請求，您才能於聽證會作出裁決之前繼續留在本護理設施。

如果您不提出申訴，或者聽證法官的裁決支持護理設施的決定，則護理設施可繼續辦理您的轉院/出院手續。

如果您決定提出舉行聽證會的請求，您有權親自出席聽證會，並請其他人（親屬、情況調查官、律師，或其他人）代表您。如果您希望提出舉行聽證會的請求，可使用隨函附寄的聽證請求書。

請將聽證請求書寄至：

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

電話號碼： 1-800-583-8271
傳真號碼： (360) 586-6563

列於本表格首頁的護理設施代表，可協助您提出舉行聽證會的請求。

護理設施以外能為您提供幫助的其他資源

住院者權益維護人：

STATE LONG TERM CARE OMBUDSMAN
PO BOX 23699
FEDERAL WAY WA 98093-0699

免費電話：1-800-562-6028

法律服務： 如有必要，上文所列的華盛頓州長期護理情況調查官可幫助您尋找法律服務。

殘障人士或精神病患者可聯絡：

DISABILITY RIGHTS WA
315 5TH AVENUE SOUTH, SUITE 850
SEATTLE WA 98104

免費電話：1-800-562-2702