

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПЕРЕВОДЕ ИЛИ ВЫПИСКЕ ИЗ УЧРЕЖДЕНИЯ NOTICE OF TRANSFER OR DISCHARGE

ИМЯ ЖИЛЬЦА	НАЗВАНИЕ ДОМА ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ
------------	---------------------------------------

В данном уведомлении содержится важная информация о Ваших законных правах. Если Вам непонятна данная информация, обратитесь за помощью к родственнику или другу либо ознакомьтесь со вспомогательной информацией, представленной на обратной стороне данной формы.

Это уведомление о том, что _____ инамеревается перевести или выписать Вас в _____
УЧРЕЖДЕНИЕ

_____ МЕСТОПОЛОЖЕНИЕ _____ ДАТА. Данное решение принято по следующей причине:

1. Перевод или выписка необходимы для Вашего благополучия, и Ваши потребности не могут быть удовлетворены в данном учреждении, потому что (указать причину):

2. Состояние Вашего здоровья существенно улучшилось, так что Вам больше не требуются услуги, предоставляемые данным учреждением.

3. Имеется угроза безопасности или здоровью лиц, находящихся в данном учреждении, вызванная следующим (указать причину):

4. После получения обоснованного и надлежащего уведомления Вы не внесли причитающуюся с Вас плату за пребывание в данном учреждении.

Ваш непогашенный долг составляет \$ _____
СУММА

Вы имеете право обжаловать данное решение в соответствии с процедурой, изложенной на обороте данной формы.

Лицо из дома престарелых и инвалидов, которое может помочь Вам с переездом или с подачей Вашего ходатайства о проведении слушания в соответствии с процедурой, изложенной на обороте данной формы:

_____ ИМЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ДОМА ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ _____ ДОЛЖНОСТЬ

ПОДПИСЬ СОТРУДНИКА ДОМА ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ	ДОЛЖНОСТЬ	ДАТА
---	-----------	------

Прочтите данную форму с обратной стороны для получения важной информации, касающейся Ваших законных прав.

Копии: Представителю жильца (при наличии) _____ (имя)
 Менеджеру на месте (причины 1, 3 и 4, приведенные выше) _____ (имя)
 Менеджеру HCS по делам клиентов (причина 2, приведенная выше) _____ (имя)

ПРАВА НА ОБЖАЛОВАНИЕ

У Вас есть право обжаловать данное решение, подав запрос о проведении слушания в Управление административных слушаний штата Вашингтон (**Washington State Office of Administrative Hearings**). Ваш запрос на проведение слушания может быть подан в любое время в течение 90 дней после получения Вами данного уведомления о переводе или выписке из учреждения.

Однако, чтобы Вы могли остаться в доме престарелых и инвалидов до вынесения решения по делу на слушании, Ваше ходатайство должно быть получено Управлением административных слушаний не позднее предполагаемой даты перевода/выписки, указанной на лицевой стороне данной формы.

Если Вы не обжалуете это решение или если решение судьи на слушании подтвердит решение дома престарелых и инвалидов, процесс Вашего перевода или выписки может быть продолжен.

Если вы решили подать ходатайство о проведении слушания, Вы имеете право присутствовать на слушании лично или направить вместо себя своего представителя (родственника, омбудсмена, адвоката или другое лицо). Форма подачи ходатайства о проведении слушания прилагается на случай, если Вы пожелаете ею воспользоваться.

Ходатайства о проведении слушания следует направлять по адресу:

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

Телефон: 1-800-583-8271
Факс: (360) 586-6563

Представитель дома престарелых и инвалидов, указанный на лицевой стороне данной формы, может помочь Вам с подачей ходатайства о проведении слушания.

ИСТОЧНИКИ ПОЛУЧЕНИЯ ПОМОЩИ ЗА ПРЕДЕЛАМИ ДОМА ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ

Адвокат для жильцов:

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

Бесплатный телефон: 1-800-562-6028

Юридические услуги: В случае необходимости Омбудсмен штата по долгосрочному уходу (**State Long Term Care Ombudsman**) может помочь Вам найти юридические услуги.

Для лиц, имеющих инвалидность вследствие порока развития или психическое заболевание:

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

Бесплатный телефон: 1-800-562-2702