



ADULT FAMILY HOMES (AFH)  
**Notificación de acción**  
**Excepción a la regla para**  
**tarifas diarias de AFH**  
**Notice of Action Exception to**  
**Rule for AFH Daily Rates**

OFICINA DEL TRABAJADOR	NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJADOR
NÚMERO DE ID DEL CLIENTE	FECHA

**Consulte las secciones marcadas a continuación para ver información importante.**

**Solicitud de excepción a la regla:**

Tarifa adicional de AFH de \$ \_\_\_\_\_.

Una excepción a la regla del Departamento, según WAC 388-106-0145:

**Ha sido iniciada y aprobada:** Fechas: \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

Tarifa adicional aprobada: \$ \_\_\_\_\_.

Las necesidades de atención del cliente son excepcionales y la situación del cliente difiere de la situación de la mayoría de las personas en la misma clasificación (WAC 388-106-0115).

La decisión de la excepción a la regla se sustenta por la evaluación CARE vigente. La tarifa adicional aprobada se suma a la tarifa diaria base para satisfacer las necesidades identificadas en el plan de atención del DSHS para el cliente.

**Ha sido iniciada y denegada** con base en WAC 388-440-0001.

Las necesidades de atención del cliente se abordan y evalúan en la clasificación de atención evaluada (WAC 388-106-0115).

**No ha sido iniciada.** Esta solicitud no ha sido iniciada porque su situación no difiere de la situación de la mayoría o por otros motivos.

Si usted es un cliente, representante de un cliente o proveedor del servicio de hogar familiar para adultos y ha solicitado una excepción a la regla y esta solicitud no fue iniciada, puede presentar una solicitud directamente al Comité de ETR. Por favor presente esta solicitud por escrito e incluya los motivos de su solicitud. Puede presentar la solicitud a:

ETR Committee  
 PO Box 45600  
 Olympia, WA 98504

**Usted no tiene derecho a una audiencia administrativa sobre esta decisión.**

- A. Si no está de acuerdo con la decisión, tiene derecho a presentar su queja por escrito ante el supervisor de su trabajador social o administrador de caso, quien revisará y responderá por escrito dentro de un plazo de diez (10) días a partir de la recepción de la queja.
- B. Si no está de acuerdo con la decisión del supervisor, tiene derecho a presentar su queja por escrito al administrador regional de Servicios a Hogares y Comunidades (por sus siglas en inglés, "HCS") o al director de la Agencia Local para la Vejez (por sus siglas en inglés, "AAA") o persona designada por este, o al administrador regional de la Administración de Discapacidades del Desarrollo (por sus siglas en inglés, "DDA") o persona designada por este, quien revisará y responderá dentro de un plazo de diez (10) días a partir de la recepción de la queja.
- C. Si aún queda pendiente una revisión administrativa o judicial referente al mismo asunto, el Departamento puede elegir responder a la queja informándole a usted que el caso se resolverá mediante el proceso de revisión administrativa o judicial.

FIRMA DEL TRABAJADOR	FECHA	NOMBRE DEL SUPERVISOR
OFICINA DEL TRABAJADOR		
DIRECCIÓN DE LA HCS / AAA / DDA		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

## Instrucciones para el trabajador social

Utilice este formulario **solamente** para excepciones a la regla (ETR) iniciales referentes a tarifas diarias adicionales para hogares familiares para adultos. Utilice el formulario DSHS 05-246 Notificación de acción para excepción a la regla, para tarifas diarias adicionales en otros entornos residenciales. Use las notificaciones de acción planeada en CARE para decisiones relacionadas con la renovación, reducción o terminación de excepciones a la regla previamente aprobadas para tarifas diarias de hogares familiares para adultos.

1. Escriba la información de contacto de la agencia del trabajador.
2. Escriba la información de correo del cliente.
3. Escriba el monto adicional solicitado en dólares por encima de la tasa diaria generada por CARE en el campo de texto etiquetado "Tarifa residencial adicional de \_\_\_\_\_".
4. Seleccione solamente una de las tres casillas para indicar la acción emprendida:
  - A. Seleccione "Ha sido iniciada y aprobada" cuando se ha enviado una solicitud al Comité de ETR de HQ y esta ha sido aprobada de manera total o parcial por el Comité de ETR de HQ. Escriba el rango de fechas aprobado (tome en cuenta que este puede diferir de las fechas solicitadas) y escriba el monto adicional aprobado en dólares. Verifique las fechas y montos correctos en la decisión de ETR en CARE. La fecha de inicio no debe ser anterior a la fecha de la decisión del Comité de ETR de HQ.
  - B. Seleccione "Ha sido iniciada y denegada" cuando una solicitud ha sido presentada y denegada por la oficina de campo del Comité de ETR de HQ.
  - C. Seleccione "No ha sido iniciada" cuando el cliente o proveedor a hecho una solicitud y la oficina de campo de CM / CRM / SSS ha determinado que la solicitud no cumple con los criterios de WAC.
5. Envíe una copia de este documento al cliente o su representante
6. Envía una copia al proveedor del servicio de AFH.
7. Presente una copia a DMS.