

Individual Provider Planned Action Notice Training / Certification

اسم موفر الرعاية وعنوانه

الإجراء المخطط

يحتوي الفصل 388-71 من القانون الإداري لولاية واشنطن (WAC) على شروط التدريب و/أو الاعتماد اللازمة للتأهل للعمل وتقاضي أجر من إدارة دعم رعاية المسنين والرعاية طويلة المدى (AL TSA) أو إدارة الإعاقات المعقدة بالنمو (DDA) كموفر رعاية لشخص واحد / عامل بالرعاية طويلة المدى.

تهدف هذه الوثيقة إلى إعلامك أنه اعتبارًا من ، فإن إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) أو وكالة المنطقة للمسنين (AAA):

ترفض / تُنهي الدفع لك كموفر رعاية لشخص واحد؛

تتخذ خطوات لإنهاء عقدك الخاص بخدمات العملاء لموفري الرعاية لشخص واحد.

لا يُسمح لك بالعمل كموفر رعاية لشخص واحد ولن تدفع DSHS لك مقابل أي ساعات عملتها في أثناء أو بعد تاريخ السريان المذكور أعلاه إذا لم تُكمل شروط التدريب/الاعتماد الخاصة بك بحلول التاريخ المطلوب. لا يجوز لك العمل مجددًا مقابل مدفوعات تتقاضاها من DSHS حتى تُكمل التدريب/الاعتماد المطلوب ولك الحق في القيام بهذا بموجب التفويض من قبل DSHS أو AAA.

سيتم إخطار عميل (عملاء) إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS) أنه إذا لم تُكمل التدريب/الاعتماد المطلوب منك بحلول الموعد النهائي، فلن تدفع لك إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS) مقابل خدماتك المقدمة في أثناء أو بعد تاريخ السريان وسيكون على العميل أن يبحث عن موفر آخر.

لن يتسنى لك العمل بسبب:

أنه لم يتم اعتمادك من قبل وزارة الصحة (DOH) كمساعد رعاية منزلي في الإطار الزمني المطلوب؛

أنك لم تُكمل التدريب المطلوب في الإطار الزمني المطلوب وفقًا للمعلومات المقدمة من شراكة التدريب. وفيما يلي بيان للتدريب المطلوب الذي لم تُكمله:

التدريب الأساسي؛

التعليم المستمر.

لم يعد لديك مساعد رعاية منزلي أو بيانات اعتماد تأهيل أخرى سارية صادرة عن وزارة الصحة.

يُتخذ هذا الإجراء وفقًا للسلطة التالية:

القواعد المتعلقة بالشروط الخاصة بتدريب واعتماد موفري الرعاية لشخص واحد/العاملين بالرعاية طويلة المدى الواردة في WAC 388-71-0500 إلى WAC 388-71-1130. قد تستفيد من الاقتباسات المحددة التالية:

القواعد العامة (التي تصف من الشخص المطلوب منه الحصول على التدريب أو الاعتماد، والإعفاءات، وشروط التوثيق، وما إلى ذلك): WAC 388-71-0500؛
WAC 388-71-0520؛ WAC 388-71-0540؛ WAC 388-71-0551؛ WAC 388-71-0561؛ و
WAC 388-71-0836؛ WAC 388-71-0975؛ و WAC 388-71-0523

شروط التدريب الأساسي: WAC 388-71-0870؛ WAC 388-71-0875؛ WAC 388-71-0880؛ و WAC 388-71-0885؛ و
WAC 388-71-0890؛ WAC 388-71-0895؛ WAC 388-71-0931؛ WAC 388-71-0932؛ و

شروط التعليم المستمر: WAC 388-71-0985؛ WAC 388-71-0990؛ WAC 388-71-0991؛ و
WAC 388-71-1001

شروط الاعتماد: WAC 388-71-0973؛ WAC 246-12-030، و (2)-(1) RCW 18.88B.021

سلطة حقوق جلسات الاستماع: WAC 388-71-0561

حقوق الطعن المكفولة لك

يحق لك عقد جلسة استماع بموجب WAC 388-71-0561. لا يجوز لك الاعتراض على إجراء اتخذته وزارة الصحة يؤثر على اعتمادك. يجب الاعتراض على إجراءات وزارة الصحة من خلال تقديم طعن إلى الوزارة.

الحقوق التالية مكفولة لك وهي كالتالي:

- تلقي نسخ من جميع المعلومات المستخدمة من قبل إدارة دعم رعاية المسنين والرعاية طويلة المدى (AL TSA) أو إدارة الإعاقات المعلقة بالنمو (DDA) في اتخاذ قرارها؛
- تقديم المستندات كدليل؛
- الشهادة في جلسة الاستماع وتقديم شهود للشهادة نيابة عنك؛
- وفحص الشهود الذين يشهدون للإدارة.

يحق لك الطعن على هذا الإجراء في غضون 30 يومًا تقويميًا من تاريخ سريان هذا الإخطار. لطلب جلسة استماع إدارية، يجب عليك إرسال طلب كتابي أو تسليمه أو إرساله بالفاكس إلى مكتب جلسات الاستماع الإدارية (OAH). ويجب أن يتلقى مكتب جلسات الاستماع الإدارية الطلب الكتابي في غضون 30 يومًا تقويميًا من تاريخ سريان هذا الإخطار. مرفق طي هذا المستند استمارة تقديم طلب جلسة استماع إدارية.

الشخص الذي يمكنك التواصل معه للحصول على معلومات

| | |
|--|--------------------------|
| رقم الهاتف | الاسم |
| الوكالة | المكتب |
| HCS <input type="checkbox"/> DDA <input type="checkbox"/> AAA <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

نسخة في ملف موفر الرعاية.

Request for Hearing

وفقاً للفصل 388-526 الخاص بقواعد جلسات استماع إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS)

| | | | | | |
|---|--|----------------------------------|--|--|--|
| أرسل طلبك بالبريد إلى العنوان التالي: | | أو | | بالفاكس إلى الرقم التالي: | |
| OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS (OAH) | | | | (360) 586-6563 | |
| PO BOX 42489 | | | | | |
| OLYMPIA WA 98504-2489 | | | | | |
| <p>أطلب جلسة استماع لأنني أرغب في الاعتراض على القرار التالي الذي اتخذته إدارة المسنين والدعم طويل المدى (AL TSA).</p> <p>حدد واحداً مما يلي:</p> <p>AL TSA أو DDA:</p> <p><input type="checkbox"/> ترفض / تُنتهي الدفع لي كموفر رعاية لشخص واحد؛</p> <p><input type="checkbox"/> تتخذ خطوات لإنهاء عقدي الخاص بخدمات العملاء لموفري الرعاية لشخص واحد.</p> <p>لأن إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS) قررت:</p> <p><input type="checkbox"/> أنه لم يتم اعتمادي من قبل وزارة الصحة (DOH) كمساعد رعاية منزلي في الإطار الزمني المطلوب؛</p> <p><input type="checkbox"/> أنني لم أكمل التدريب المطلوب في الإطار الزمني المطلوب وفقاً للمعلومات المقدمة من شراكة التدريب؛</p> <p><input type="checkbox"/> لم يعد لدي مساعد رعاية منزلي أو بيانات اعتماد تأهيل أخرى سارية صادرة عن وزارة الصحة.</p> <p>اكتب اسمك هنا بخط واضح</p> | | | | | |
| رقم الهاتف | | رقم هاتف موفر الرعاية | | المكتب الذي تلقيت منه هذا الإخطار: | |
| | | | | HCS <input type="checkbox"/> DDA <input type="checkbox"/> AAA <input type="checkbox"/> | |
| اكتب عنوانك | | المدينة | | الولاية | |
| | | | | الرمز البريدي بخط واضح | |
| إذا كان هناك من يُملك | | | | | |
| يُمتلني (إذا كنت تنوي تمثيل نفسك بنفسك، فلا تقم بملء السطرين التاليين): | | | | | |
| اكتب اسمك ممتلك هنا بخط واضح | | اكتب رقم هاتف ممتلك هنا بخط واضح | | | |
| | | | | | |
| العنوان | | المدينة | | الولاية | |
| | | | | الرمز البريدي | |
| إذا كنت بحاجة إلى تسهيلات | | | | | |
| هل تحتاج إلى مترجم أو صورة أخرى من صور المساعدة لجلسة الاستماع؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | | | | | |
| إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي اللغة أو المساعدة التي تحتاجها؟ | | | | | |
| | | | | | |