Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

AGING AND LONG-TERM SERVICES ADMINISTRATION (ALTSA)
DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)

개인간병인(IP) 예정 조치 통지
교육/인증

통지일

제공자 이름 및 주소

예정 조치

워싱턴주 행정조례(Washington Administrative Code) (WAC) 제 388-71 장은 개인간병인(IP; Individual Provider) / 장기요양간병인(Long Term Care Worker) 자격으로 일하고 노인 및 장기 지원 행정국(ALTSA) 또는 발달장애 행정국(DDA)으로부터 보수를 받는 데 필요한 교육 및 인증 요건을 규정하고 있습니다.

본 통지서는 부터 보건사회부 (Department of Social and Health Services) (DSHS) 또는 지역 노인기관(Area Agency on Aging, AAA)이 다음과 같이 결정하였음을 안내해드립니다.

☐ 귀하에 대한 개인간병인 급여 지급 거부 / 종료
☐ 귀하의 개인간병인 클라이언트 서비스 계약의 종료 수순 진행

다음과 같은 경우 귀하는 개인간병인(IP)으로 근무할 수 없으며 발효일부터 근무한 모든 시간에 대해 DSHS에서 급여를 받을 수 없습니다.

☐ 교육 파트너십 정보에 기반하여, 정해진 기한까지 **교육**을 완료하지 않음.
남아 있는 필수 교육은 다음과 같습니다.
- ☐ **기초 교육** WAC 388-71-0870 에서 WAC 388-71-0932 까지;
- ☐ **계속 교육** WAC 388-71-0985 에서 WAC 388-71-1006 까지.

☐ **보건부(DOH)**로부터 정해진 기한 내에 홈 케어 보조원으로 인증받지 않음. WAC 388-71-0975, 제 246-980 장 WAC, 및 RCW 18.88 B.021(1)-(2)
☐ 정상적으로 활성화된 홈 케어 보조원 또는 기타 DOH 발급 자격 증명을 **더 이상 소유하고 있지 않음**. WAC 388-71-0975, 제 246-980 장 WAC, 및 RCW 18.88 B.021(1)-(2)

귀하께서는 필수 교육 / 인증을 받으실 때까지 DSHS 급여를 받기 위한 근무를 할 수 없으며 근무를 하기 위해서는 DSHS나 AAA 의 승인을 받아야 합니다.

본 조치는 상기 WAC 당국의 결정에 의해, 또는 다음 규정에 따라 시행됩니다.
WAC 388-71-0520; WAC 388-71-0523; WAC 388-71-0540; WAC 388-71-0551; WAC 388-71-0836; WAC 388-71-0975

귀하께서 기한 내에 필수 교육/인증을 받지 않으시면 서비스를 제공받는 수혜자에게 이를 통지하며 DSHS는 발효일 이후 제공하신 서비스에 대한 급여를 지급하지 않습니다. 또한 수혜자는 다른 간병인을 찾아야 합니다.

항소권

귀하는 WAC 388-71-0561 에 따라 행정 심의회를 신청할 권리가 있습니다. 귀하의 인증에 영향을 미치는 DOH 조치에 이의를 제기하실 수 없습니다. DOH 조치에 대한 이의 제기는 DOH 항소로만 가능합니다.

귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- ALTSA 또는 DDA 결정의 근거가 되는 모든 정보의 사본을 받아볼 권리
- 증빙 서류를 제출할 권리
- 심의회에서 직접 증언하거나 본인을 위해 증언할 증인을 세울 권리
- 당국의 증인에 대한 대질 신문을 할 권리.

항소 신청 기간은 본 통지서에 명시된 발효일로부터 30 일 이내입니다. 행정심의회를 요청하려면 우편, 배달 또는 팩스를 이용하여 행정심의회사무소(OAH)에 요청서를 제출해야 합니다. 본 서류에 행정심의회 요청서가 동봉되어 있습니다.

관련 정보 문의처

성명	전화번호
사무실	기관 ☐ AAA ☐ DDA ☐ HCS

간병인 안내문 파일.

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

AGING AND LONG-TERM SERVICES ADMINISTRATION (ALTSA)

심의회 요청서

참조 규정: DSHS 공정심의회 규정 제 388-526 장

요청서를 발송할 주소:
OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS (OAH)
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

또는

팩스 번호:
(360) 586-6563

본인은 노인 및 장기 지원 행정국(ALTSA) 또는 발달장애 행정국(DDA)의 다음 결정에 대하여 이의를 제기하며 심의회를 요청합니다.

다음 중 하나를 선택하십시오.

ALTSA 또는 DDA가:

- ☐ 본인에 대한 개인간병인 급여 지급 거부 또는 종료.
- ☐ 본인의 개인간병인 클라이언트 서비스 계약의 종료 수순 진행

DSHS 에서 본인에 대해 다음과 같이 결정함:

- ☐ 보건부(DOH)로부터 정해진 기한 내에 홈 케어 보조원으로 인증을 받지 않음.
- ☐ 정상적으로 활성화된 홈 케어 보조원 또는 기타 DOH 발급 자격 증명을 더 이상 소유하고 있지 않음.
- ☐ 교육 파트너십 정보에 기반하여, 정해진 기한까지 교육을 완료하지 않음.

성명(정자체로 기입)		
전화번호	간병인 번호	본 통지서를 보낸 기관: ☐ AAA ☐ DDA ☐ HCS
주소	도시	주 우편번호

대리인이 있을 경우

대리인(본인이 직접 신청하는 경우 다음 두 줄을 작성하지 말 것):

대리인의 이름(정자체로 기입)	대리인의 전화번호
주소	도시 주 우편번호

특별 편의 제공이 필요한 경우

심의회 장소에서 통역자나 기타 지원이 필요합니까? ☐ 예 ☐ 아니요

'예'인 경우, 어떤 언어나 지원이 필요합니까?