

Aviso de acción planificada del proveedor individual (IP) sobre capacitación/certificación

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR

Acción planificada

El Capítulo 388-71 del Código Administrativo de Washington (WAC) contiene requisitos de capacitación o certificación necesarios para ser elegible para trabajar y recibir pagos de AL TSA o DDA como proveedor individual (IP)/trabajador de atención a largo plazo.

Mediante el presente se le notifica que a partir del _____, el Departamento de Servicios Sociales y de Salud (Department of Social and Health Services) (DSHS) o la Agencia del Área sobre el Envejecimiento (Area Agency on Aging) (AAA):

- Rechaza/finaliza el pago a usted como IP.
- Toma medidas para finalizar su contrato de servicio al cliente de IP.

No se le permite trabajar como IP, y DSHS no le pagará por ninguna hora trabajada en la fecha de vigencia que se menciona arriba o después de ella si usted:

- No ha completado la **capacitación** dentro del plazo requerido, según la información de Training Partnership. La capacitación requerida es:
 - Capacitación básica** WAC 388-71-0870 a WAC 388-71-0932.
 - Continuación de la educación** WAC 388-71-0985 a WAC 388-71-1006.
- No ha recibido **certificación del Departamento de Salud (Department of Health) (DOH)** como asistente de cuidados en el hogar dentro del plazo requerido. WAC 388-71-0975, Capítulo 246-980 WAC, y RCW 18.88B.021(1)-(2).
- Ya no tiene una credencial de asistente de cuidados en el hogar o alguna otra emitida por el DOH **que esté activa y vigente**. WAC 388-71-0975, Capítulo 246-980 WAC, y RCW 18.88B.021(1)-(2).

No podrá volver a trabajar por el pago del DSHS hasta que haya completado los requisitos, y DSHS o la Agencia del Área sobre el Envejecimiento (AAA) le dé autorización para hacerlo.

Esta acción se lleva a cabo según las autoridades del WAC que se mencionan arriba o las siguientes normas: WAC 388-71-0520, WAC 388-71-0523, WAC 388-71-0540, WAC 388-71-0551, WAC 388-71-0836, WAC 388-71-0975.

Los clientes del DSHS para los que trabaja recibirán aviso de que, si usted no completa la capacitación/certificación requerida antes del vencimiento del plazo, el DSHS no pagará por sus servicios en la fecha de vigencia mencionada arriba ni después de esta, y de que deberán encontrar otro proveedor.

Sus derechos de apelación

Tiene derecho a una audiencia administrativa en conformidad con WAC 388-71-0561. No puede objetar una acción del DOH que afecte su certificación. Las acciones del DOH se deben objetar a través de una apelación al DOH.

Usted tiene los siguientes derechos:

- Recibir copias de toda información usada por ALISA o DDA para tomar su decisión.
- Presentar documentos como evidencia.
- Testificar en la audiencia y presentar testigos que testifiquen en su nombre.
- Contrainterrogar testigos que testifiquen para el departamento.

Tiene 30 días calendario a partir de la fecha de vigencia en este aviso para que la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH) reciba su solicitud de apelación. Para solicitar una audiencia administrativa, debe entregar una solicitud escrita o enviarla por correo o fax a la OAH. Se incluye un formulario para solicitar una audiencia administrativa.

Con quién comunicarse para obtener información

NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO
OFICINA	AGENCIA <input type="checkbox"/> AAA <input type="checkbox"/> DDA <input type="checkbox"/> HCS

Copia en el archivo del proveedor.

Solicitud de audiencia

Según el Capítulo 388-526 de las normas de audiencias del DSHS

Envíe por correo su solicitud a esta dirección:
OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS (OAH)
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

O BIEN

Envíelas por fax al siguiente número:
(360) 586-6563

Solicito una audiencia porque deseo objetar la siguiente decisión tomada por Aging and Long-Term Support Administration (AL TSA) o Developmental Disabilities Administration (DDA).

Seleccione una de las siguientes:

AL TSA o DDA:

- Rechaza/finaliza el pago hacia mí como proveedor individual.
- Toma medidas para finalizar mi contrato de servicio al cliente de proveedor individual.

El DSHS determinó que:

- No he recibido certificación del DOH como asistente de cuidados en el hogar dentro del plazo requerido.
- Ya no tengo una credencial de asistente de cuidados en el hogar o alguna otra emitida por el DOH que esté activa y vigente.
- No he completado la capacitación requerida dentro del plazo requerido, según la información de Training Partnership.

ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA AQUÍ

SU NÚMERO DE TELÉFONO

SU NÚMERO DE
PROVEEDOR

LA OFICINA DE LA CUAL RECIBIÓ ESTE AVISO:

AAA DDA HCS

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA SU DIRECCIÓN
POSTAL

CIUDAD

ESTADO CÓDIGO

Si tiene un representante

Me representa (si va a representarse a usted mismo, no complete los siguientes dos renglones):

ESCRIBA EL NOMBRE DE SU REPRESENTANTE EN LETRA DE
IMPRESA AQUÍ

ESCRIBA EL NÚMERO DE TELÉFONO DE SU REPRESENTANTE EN
LETRA DE IMPRESA AQUÍ

DIRECCIÓN
POSTAL

CIUDAD

ESTADO CÓDIGO

Si tiene necesidades de adaptación

¿Necesita un intérprete u otra asistencia para la audiencia? Sí No

Si respondió sí, ¿qué idioma o asistencia necesita?