

Повідомлення про заплановані дії для індивідуальних постачальників послуг Підготовка / сертифікація

Individual Provider Planned Action Notice Training / Certification

ІМ'Я, ПРИЗВИЩЕ ТА АДРЕСА ПОСТАЧАЛЬНИКА ПОСЛУГ

Повідомлення про заплановані дії

У розділі 388-71 Адміністративного кодексу штату Вашингтон (Washington Administrative Code, WAC) містяться вимоги щодо підготовки та/або атестації, які мають бути задоволені особами, що претендують на право роботи та оплату від Адміністрації у справах літніх людей та тривалого догляду (AL TSA) або від Адміністрації у справах осіб з інвалідністю внаслідок вад розвитку (DDA) за послуги індивідуального постачальника послуг / робітника служби довготермінового догляду.

Цим сповіщаємо, що з Департамент соціального забезпечення та охорони здоров'я (Department of Social and Health Services, DSHS) або Територіальне управління з питань літніх осіб (Area Agency on Aging, AAA):

- Відмовляє вам / припиняє оплату за роботу індивідуального постачальника послуг;
- Вживає заходів щодо припинення дії вашого Контракту індивідуального постачальника послуг.

Якщо ви не задовільните вимогам щодо підготовки / сертифікації у встановлений термін, вам буде заборонено працювати як індивідуальний постачальник послуг, і Департамент DSHS не оплачуватиме вашу працю протягом будь-якої кількості годин, відпрацьованих вами у зазначену дату або після неї. Вам може бути заборонено виконувати роботу, оплату за яку передбачає DSHS, доти, доки ви не задовольняєте вимогам щодо підготовки / сертифікації, *та* допоки ви не отримаєте дозвіл на роботу від Департаменту DSHS або від Адміністрації у справах літніх людей (AAA).

Клієнту(-ам) Департаменту DSHS, з якими ви працюєте, буде повідомлено про те, що якщо ви не задовільните вимогам щодо підготовки / сертифікації у встановлений термін, Департамент DSHS не оплачуватиме вам послуги, надані у зазначену дату та після неї, і що клієнту(-ам) слід знайти іншого постачальника послуг.

Ви не зможете працювати, якщо ви:

- Не пройшли сертифікацію на вимогу, що Департамент охорони здоров'я висуває до помічників із нагляду на дому, у визначений термін;
- За даними компанії Training Partnership не пройшли необхідну підготовку у встановлений термін. Ви не пройшли такі види обов'язкової підготовки:
 - Базова підготовка (Basic Training);
 - Подальша перепідготовка.
- Більше не маєте документів, що підтверджують кваліфікацію / статус помічника з догляду на дому, або інших діючих і не анульованих кваліфікаційних документів, виданих Департаментом DON.

Ці дії здійснено на підставах:

Правил, що відносяться до підготовки та атестації індивідуальних постачальників / робітників служби довготермінового нагляду та містяться в регламентах з WAC 388-71-0500 по WAC 388-71-1130. Зокрема, рекомендовано звернутися до таких регламентів:

Загальні правила (визначення осіб, що потребують підготовки або сертифікації, винятки, вимоги щодо документації тощо): WAC 388-71-0500; WAC 388-71-0520; WAC 388-71-0540; WAC 388-71-0551; WAC 388-71-0561; WAC 388-71-0836; WAC 388-71-0975 та WAC 388-71-0523

Вимоги щодо базової підготовки: WAC 388-71-0870; WAC 388-71-0875; WAC 388-71-0880; WAC 388-71-0885; WAC 388-71-0890, WAC 388-71-0895,; WAC 388-71-0931 та WAC 388-71-0932

Вимоги щодо перепідготовки: WAC 388-71-0985, WAC 388-71-0990, WAC 388-71-0991 та WAC 388-71-1001

Вимоги щодо сертифікації: WAC 388-71-0973, WAC 246-12-030 та RCW 18.88B.021(1)-(2)

Право на слухання: WAC 388-71-0561

Ваші права щодо апеляції

Згідно до WAC 388-71-0561 ви маєте право на адміністративне слухання. Ви не можете оскаржувати дію/рішення Департаменту DOH, що негативно впливає на отримання вами сертифікації. Щоб оскаржити дію/рішення, прийняті Департаментом DOH, ви мусите подати апеляцію до Департаменту DOH.

Ви маєте такі права:

- Отримувати копії будь-якої інформації, що використовувалася Адміністраціями AL TSA або DDA під час прийняття рішення;
- Подавати підтверджуючі документи;
- Свідчити на слуханнях та представляти свідків, які можуть виступити від вашого імені; та
- Проводити перехресне опитування свідків, які виступають від імені Департаменту.

Ви можете подати апеляцію щодо дій/рішень не пізніше 30 календарних днів від дати, зазначеної на цьому повідомленні. Щоб подати запит на адміністративне слухання, ви маєте надіслати, доставити або відправити факсом письмовий запит до Управління з адміністративних слухань (ОАН). Відділ ОАН має отримати письмовий запит протягом 30 календарних днів від дати, що зазначена на цьому повідомленні. Форма запиту на проведення адміністративного слухання додається.

До кого ви маєте звернутися за інформацією

ПРИЗВИЩЕ, ІМ'Я

НОМЕР ТЕЛЕФОНУ

ВІДДІЛЕННЯ

ОРГАНІЗАЦІЯ

AAA DDA HCS

Копія у досьє постачальника.

Запит на проведення слухання

Request for Hearing

У відповідності до розділу 388-526 правил проведення слухань Департаменту соціальних послуг та охорони здоров'я (DSHS)

Надішліть запит на адресу:		АБО	Вишліть запит факсом:	
OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS (OAH) PO BOX 42489 OLYMPIA WA 98504-2489			(360) 586-6563	
<p>Я подаю запит на проведення адміністративного слухання, оскільки я маю намір оскаржити рішення, винесене Адміністрацією у справах літніх людей та тривалого догляду (Aging and Long Care Support Administration, AL TSA).</p> <p>Оберіть один із наведених нижче пунктів:</p> <p>AL TSA або DDA:</p> <p><input type="checkbox"/> Відмовляє мені / припиняє оплату за роботу індивідуального постачальника послуг;</p> <p><input type="checkbox"/> Вживає заходів щодо припинення дії мого Контракту індивідуального постачальника послуг.</p> <p>Оскільки, згідно визначення Департаменту DSHS, я:</p> <p><input type="checkbox"/> Не пройшов(-ла) сертифікацію на вимогу, що Департамент охорони здоров'я (DOH) висуває до помічників із нагляду на дому, у визначений термін;</p> <p><input type="checkbox"/> За даними компанії Training Partnership не пройшов(-ла) необхідну підготовку у встановлений термін.</p> <p><input type="checkbox"/> Більше не маю документів, що підтверджують кваліфікацію / статус помічника з догляду на дому, або інших діючих і не анульованих кваліфікаційних документів, виданих Департаментом DOH.</p>				
ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ				
ВАШ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ	ВАШ НОМЕР ПОСТАЧАЛЬНИКА ПОСЛУГ	УСТАНОВА, ЩО НАДІСЛАЛА ВАМ ЦЕ ПОВІДОМЛЕННЯ:		
		<input type="checkbox"/> AAA <input type="checkbox"/> DDA <input type="checkbox"/> HCS		
ВАША АДРЕСА ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ	МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС	
Якщо у вас є представник				
Мої інтереси представляє (якщо ви представлятиме себе самі, не заповнюйте два наступних рядки):				
ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ ПРЕДСТАВНИКА ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ		НОМЕР ТЕЛЕФОНУ ПРЕДСТАВНИКА		
ВАША АДРЕСА	МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС	
Якщо ви маєте суміжні потреби				
Вам потрібен перекладач або інша допомога під час слухань? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні				
Якщо так, перекладач якої мови / яка допомога вам потрібен(-на)?				