

## Thông Báo Hành Động theo Kế Hoạch cho Nhân Viên Chăm Sóc Cá Nhân (IP) Huấn Luyện / Chứng Nhận

TÊN VÀ ĐỊA CHỈ CỦA NHÂN VIÊN CHĂM SÓC

### Hành Động theo Kế Hoạch

Chương 388-71, Luật Hành Chính Bang Washington (Washington Administrative Code, WAC) có nêu các yêu cầu về huấn luyện và/hoặc chứng nhận cần thiết để đủ điều kiện làm việc và được Cơ Quan Quản Lý Dịch Vụ Dài Hạn và Người Cao Tuổi (Aging and Long-term Service Administration, AL TSA) hoặc Cơ Quan Quản Lý Khuyết Tật Phát Triển (Developmental Disabilities Administration, DDA) trả công với tư cách Nhân Viên Chăm Sóc Cá Nhân (Individual Provider, IP) / Nhân Viên Chăm Sóc Dài Hạn.

Văn bản này thông báo cho quý vị rằng kể từ ngày \_\_\_\_\_, Sở Dịch Vụ Y Tế và Xã Hội (Department of Social Health Services, DSHS) hoặc Cơ Quan về Người Cao Tuổi của Khu Vực (Area Agency on Aging, AAA):

- Từ chối / dừng trả công cho quý vị với tư cách IP;
- Thực hiện các bước chấm dứt Hợp Đồng Dịch Vụ Khách Hàng IP của quý vị.

Quý vị không được phép làm việc với tư cách IP và DSHS sẽ không thanh toán cho số giờ quý vị đã làm việc vào hoặc sau ngày có hiệu lực nói trên nếu quý vị:

- Chưa hoàn thành chương trình **huấn luyện** trong khung thời gian bắt buộc, căn cứ theo thông tin từ ban Hợp Tác Đào Tạo (Training Partner).  
Hạn chót tham gia huấn luyện bắt buộc là:
  - Huấn Luyện Cơ Bản** WAC 388-71-0870 đến WAC 388-71-0932;
  - Huấn Luyện Bồi Dưỡng** WAC 388-71-0985 đến WAC 388-71-1006.
- Chưa được **Sở Y Tế (Department of Health, DOH) chứng nhận** là hộ lý chăm sóc tại gia trong khung thời gian được yêu cầu. WAC 388-71-0975, Chương 246-980 WAC và RCW 18.88B.021(1)-(2)
- Không còn chứng nhận Hộ Lý Chăm Sóc Tại Gia hay **chứng nhận đủ tiêu chuẩn khác do DOH cấp cho thấy tôi vừa đang làm việc, vừa có xếp hạng tốt**; WAC 388-71-0975, Chương 246-980 WAC và RCW 18.88B.021(1)-(2)

Quý vị có thể không được làm việc để nhận tiền công của DSHS lần nữa cho đến khi quý vị đã hoàn thành các yêu cầu và được DSHS hoặc Cơ Quan về Người Cao Tuổi của Khu Vực (AAA) cho phép.

**Hành động này đang được tiến hành dựa trên căn cứ quy định của WAC được liệt kê ở trên hoặc theo các quy định sau:**

WAC 388-71-0520; WAC 388-71-0523; WAC 388-71-0540; WAC 388-71-0551; WAC 388-71-0836; WAC 388-71-0975

(Các) khách hàng của DSHS mà quý vị làm việc cho sẽ được thông báo rằng nếu quý vị không hoàn thành chương trình huấn luyện/chứng nhận bắt buộc trước hạn chót, DSHS sẽ không trả công cho dịch vụ của quý vị vào hoặc sau ngày có hiệu lực được nêu ở trên, và khách hàng đó sẽ cần tìm nhân viên chăm sóc khác.

## Quyền Kháng Cáo của Quý Vị

Quý vị có quyền được điều trần hành chính căn cứ theo WAC 388-71-0561. Quý vị có thể không phản bác hành động của DOH gây ảnh hưởng đến việc cấp chứng nhận cho quý vị. Việc phản bác hành động của DOH phải thực hiện qua kháng cáo đối với DOH.

Quý vị có các quyền sau:

- Nhận bản sao tất cả các thông tin mà ALTSA hoặc DDA sử dụng trong việc ra quyết định;
- Nộp các loại giấy tờ cấu thành chứng cứ;
- Ra làm chứng tại phiên điều trần và đưa nhân chứng trình diện để thay quý vị làm chứng; và
- Kiểm tra chéo các nhân chứng làm chứng cho sở.

Quý vị có 30 ngày theo lịch tính từ ngày có hiệu lực trên thông báo này để Văn Phòng Điều Trần Hành Chính (Office of Administrative Hearings, OAH) nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị. Để yêu cầu tổ chức phiên điều trần hành chính, quý vị phải gửi, chuyển giao hoặc gửi fax yêu cầu bằng văn bản đến OAH: Quý vị cần gửi kèm mẫu đơn yêu cầu điều trần hành chính.

## Người quý vị có thể liên hệ để biết thông tin

TÊN	SỐ ĐIỆN THOẠI
VĂN PHÒNG	CƠ QUAN <input type="checkbox"/> AAA <input type="checkbox"/> DDA <input type="checkbox"/> HCS

Copy in Provider File.

## Yêu Cầu Điều Trần

Theo Chương 388-526 về quy định đối với điều trần của DSHS

Gửi yêu cầu của quý vị qua đường bưu điện đến địa chỉ này: **HOẶC**  
OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS (OAH)  
PO BOX 42489  
OLYMPIA WA 98504-2489

Gửi fax đến số này:  
(360) 586-6563

Tôi yêu cầu tổ chức phiên điều trần vì tôi muốn phản bác lại quyết định sau đây của Cơ Quan Quản Lý Hỗ Trợ Chăm Sóc Dài Hạn và Người Cao Tuổi (Aging and Long Care Support Administration (AL TSA) hoặc Cơ Quan Quản Lý Khuyết Tật Phát Triển (Developmental Disabilities Administration, DDA).

### Chọn một trong các mục sau:

AL TSA hoặc DDA đang:

- Từ chối / dừng thanh toán cho tôi với tư cách Nhân Viên Chăm Sóc Cá Nhân;  
 Thực hiện các bước chấm dứt Hợp Đồng Dịch Vụ Khách Hàng của Nhân Viên Chăm Sóc Cá Nhân.

Sở Dịch Vụ Y Tế và Xã Hội (Department of Social and Health Services, DSHS) đã xác định rằng, tôi:

- Chưa được Sở Y Tế (Department of Health, DOH) chứng nhận là hộ lý chăm sóc tại gia trong khung thời gian được yêu cầu;  
 Không còn chứng nhận Hộ Lý Chăm Sóc Tại Gia hay chứng nhận đủ tiêu chuẩn khác do DOH cấp cho thấy tôi vừa đang làm việc, vừa có xếp hạng tốt;  
 Chưa hoàn thành chương trình huấn luyện bắt buộc trong khung thời gian bắt buộc, căn cứ theo thông tin từ ban Hợp Tác Đào Tạo (Training Partner).

VIẾT IN HOA TÊN CỦA QUÝ VỊ TẠI ĐÂY

SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA QUÝ VỊ

SỐ HIỆU NHÂN VIÊN CHĂM  
SÓC CỦA QUÝ VỊ

VĂN PHÒNG GỬI THÔNG BÁO NÀY CHO QUÝ VỊ:

AAA  DDA  HCS

VIẾT IN HOA ĐỊA CHỈ CỦA QUÝ VỊ  
CHÍNH

THÀNH PHỐ

TIỂU BANG

MÃ BƯU

### Nếu quý vị có người đại diện

Tôi có người đại diện là (nếu quý vị tự thay mặt cho mình, vui lòng không điền vào hai dòng tiếp theo):

VIẾT IN HOA TÊN NGƯỜI ĐẠI DIỆN CHO QUÝ VỊ TẠI ĐÂY

VIẾT SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN CHO QUÝ VỊ TẠI ĐÂY

ĐỊA CHỈ  
CHÍNH

THÀNH PHỐ

TIỂU BANG

MÃ BƯU

### Nếu quý vị có nhu cầu được hỗ trợ

Quý vị có cần thông dịch viên hay hình thức trợ giúp khác cho phiên điều trần không?  Có  Không

Nếu có, quý vị cần hỗ trợ ngôn ngữ hay hình thức trợ giúp nào?