إخطار بالنقل أو الإخراج من دار رعاية المسنين
Nursing Home Transfer or Discharge Notice

DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

يجب تقديم إخطار كتابي بالنقل أو الإخراج، مع بيان أسباب الانتقال، إلى المقيم وممثل (ممثلي) المقيم، باللغة والطريقة التي يفهمانها، قبل 30 يومًا على الأقل من الانتقال أو الإخراج، أو في أقرب وقت ممكن عندما تنطبق أحد الاستثناءات الواردة في الباب 42 من قانون اللوائح الفيدرالية (CFR)، المادة رقم 483.15(c)(4)(ii) أو (8).
توجد المتطلبات التنظيمية في الباب 42 من قانون اللوائح الفيدرالية (CFR)، المادة رقم 483.15(c)، والمادة رقم 74.42.450 من قانون واشنطن المُعدَّل (RCW)،، والمادة رقم 388-97-0120 من قانون واشنطن الإداري (WAC)، والمادة رقم 388-97-0140 من قانون واشنطن الإداري (WAC).

☐ نقل ☐ إخراج

معلومات المقيم	
اسم المقيم	رقم الهاتف (يشمل رمز المنطقة)
العنوان	
معلومات ممثل المقيم	
اسم ممثل المقيم	رقم الهاتف (يشمل رمز المنطقة)
العنوان	صلته بالمقيم
معلومات دار رعاية المسنين	
اسم دار رعاية المسنين	رقم الهاتف (يشمل رمز المنطقة)
العنوان	
اسم الشخص المسؤول عن التواصل	رقم هاتف الشخص المسؤول عن التواصل (يشمل رمز المنطقة)
تاريخ تسليم الإخطار/تاريخ السريان	
ملاحظة: يجب أن يكون تاريخ السريان بعد 30 يومًا على الأقل من تاريخ تسليم الإخطار، ما لم ينطبق أحد الاستثناءات الواردة في الباب رقم 42 من قانون اللوائح الفيدرالية (CFR)، المادة رقم 42 CFR 483.15(c)(4)(ii) أو (8). قد يختار المقيم الانتقال قبل تاريخ السريان.	
تاريخ تسليم الإخطار	تاريخ السريان (تاريخ الإخراج)
المكان الذي سيتم نقل أو إخراج المقيم إليه (مطلوب)	
الاسم	رقم الهاتف (يشمل رمز المنطقة)
العنوان	

سبب الإخراج أو النقل

ملاحظة: يجب أن تسمح المنشأة لكل مقيم بالبقاء فيها، وألا تنقل المقيم أو تخرجه، ما لم ينطبق أحد ما يلي:

- ☐ يلزم النقل أو الإخراج لسلامة المقيم، ولا يمكن تلبية احتياجات المقيم في هذه المنشأة.
- ☐ النقل أو الإخراج مناسب لأن صحة المقيم قد تحسّنت بشكلٍ كافٍ بحيث لم يعد المقيم يحتاج إلى الخدمات التي تقدمها المنشأة.
- ☐ سلامة الأفراد الآخرين في المنشأة مُعرَّضة للخطر بسبب الحالة السريرية أو السلوكية للمقيم.
- ☐ ستتعرض صحة الأفراد الآخرين في المنشأة للخطر.
- ☐ عدم دفع المقيم، بعد إخطار مناسب ومعقول، تكاليف الإقامة (أو عدم تغطيتها من برنامج Medicare أو Medicaid) في هذه المنشأة.
- ☐ هذه المنشأة ستُغلق.

يُرجى تقديم تفسير موجز لدعم هذا الإجراء. وإرفاق وثائق إضافية إذا لزم الأمر.

طلب المساعدة إذا طُلبت المساعدة، فإنه يجب على المنشأة أن تُقدِّم لك المساعدة اللازمة للتواصل مع المؤسسات الموجودة في الصفحة التالية و/أو طلب تقديم استئناف على هذا القرار إذا كنت تعترض على النقل أو الإخراج. يُرجى الرجوع إلى اسم ورقم هاتف الشخص المسؤول عن التواصل في دار الرعاية المذكورَين أعلاه.

حقوق الاستئناف:

- يحق لك الاستئناف على قرار الإخراج أو النقل من خلال تقديم طلب جلسة استماع لدى مكتب جلسات الاستماع الإدارية في ولاية واشنطن. يمكنك تقديم طلب جلسة الاستماع في أي وقت خلال 90 يومًا من تاريخ استلامك لهذا الإخطار.
- إذا قررت تقديم استئناف على القرار، فإنه يمكنك طلب جلسة الاستماع شخصيًا، أو عبر الهاتف/البريد الصوتي، أو كتابيًا. يمكنك استخدام النموذج المرفق (DSHS 10-238، المعني بطلب جلسة الاستماع الإدارية) لتقديم طلب الاستئناف، لكنك لستَ مُلزَمًا باستخدامه.
- **يحق لك البقاء في المنشأة حتى يتم البتّ في الاستئناف، إذا تم استلام طلب جلسة الاستماع في موعد لا يتجاوز التاريخ المقترح للنقل/الإخراج، أو اليوم الذي يتم فيه نقلك/إخراجك فعليًا.** استثناء: إذا كان عدم إخراجك أو نقلك من المنشأة سيُعرّض صحتك أو سلامتك للخطر، أو سيُعرّض صحة أو سلامة الآخرين في المنشأة للخطر، فإنه يجوز للمنشأة إخراجك أو نقلك. يوجد تاريخ النقل/الإخراج المقترح في الصفحة الأولى من هذا الإخطار.
- إذا لم تُقدِّم استئنافًا على القرار، فإنه يجوز للمنشأة المضيّ قُدمًا في نقلك أو إخراجك.
- إذا أيّد قرار جلسة الاستماع قرار المنشأة (أي خسرت الاستئناف)، فإنه يجوز للمنشأة المضيّ قدمًا في نقلك أو إخراجك بعد 30 يومًا من صدور الأمر النهائي الذي يؤيد القرار.
- إذا لم يتم تأييد قرار النقل/الإخراج (أي ربحت الاستئناف) ولم تعد موجودًا في المنشأة، فإنه تحق لك العودة إليها فورًا عند توفر أول سرير شاغر في غرفة مشتركة، بشرط أن تكون محتاجًا إلى ذلك ومؤهلاً للحصول على الخدمات التي تقدمها المنشأة.

يُرسل طلب جلسة الاستماع إلى:

OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489
رقم الهاتف: 1-800-583-8271 رقم الفاكس: (360) 586-6563

أمين المظالم في ولاية واشنطن:

برنامج أمين المظالم المعني بالرعاية طويلة الأجل في ولاية واشنطن متاح للإجابة عن الأسئلة وتقديم المساعدة بخصوص هذا الإخطار وأمور أخرى. ومن خلال عمل أفراد "أمناء المظالم المعنيين بالرعاية طويلة الأجل"، يعمل البرنامج على حماية الحقوق القانونية وتعزيزها للمقيمين الذين يعيشون في مرافق الرعاية طويلة الأجل. برنامج أمين المظالم ليس جزءًا من حكومة الولاية ولا تابعًا لأي منشأة من منشآت الرعاية طويلة الأجل. إذا رغبتَ في طلب المساعدة من أمين المظالم المعني بالرعاية طويلة الأجل، فإنه يمكنك الاتصال مجانًا على الرقم 1-800-562-6028. ويمكنك أيضًا تقديم طلبك كتابيًا عبر الفاكس على الرقم 815-8173 (253)، أو البريد الإلكتروني ltcop@mschelps.org، أو البريد العادي إلى العنوان PO Box 23699, Federal Way, WA 98093-0699.

مؤسسة حقوق ذوي الإعاقة في واشنطن:

إذا كان لديك تشخيص بمرض نفسي أو إعاقة ذهنية، فإنه يمكنك التواصل مع مؤسسة حقوق ذوي الإعاقة في واشنطن لطلب المساعدة في تقديم استئناف على هذا القرار، عبر الاتصال مجانًا على الرقم 1-800-562-2702، أو 324-1521 (206). ويمكنك أيضًا تقديم طلبك كتابيًا عبر الفاكس على الرقم 957-0729 (206)، أو البريد الإلكتروني info@dr-wa.org، أو البريد العادي إلى العنوان Disability Rights Washington, 315 5th Avenue S, Suite 850, Seattle, WA, 98104.

مدير المنشأة/المُكلّف بالنيابة

يُرجى تحديد جميع ما ينطبق:

☐ قبل نقل المقيم إلى أحد المستشفيات، تم تقديم إخطار كتابي بسياسة حجز الأسرّة الخاصة بالمنشأة إلى المقيم وممثله (ممثليه)، وذلك امتثالاً لمتطلبات الباب رقم 42 من قانون اللوائح الفيدرالية (CFR)، المادة رقم 483.15(d)، و المادة رقم 388-97-0120 من قانون واشنطن الإداري (WAC)(4).

☐ في يوم ____________، وامتثالاً للقواعد الفيدرالية وقواعد الولاية، تم تقديم نسخ من هذا المستند والمرفق الإلزامي DSHS 10-238، وجميع المرفقات الاختيارية إلى: المقيم، وممثل (ممثلي) المقيم، ومكتب أمين المظالم المعني بالرعاية طويلة الأجل في الولاية، وإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS).

تم تقديم الإخطار بواسطة:		
توقيع مدير دار الرعاية/المُكلّف بالنيابة	التاريخ	الاسم بخطٍ واضح

تم تقديم الإخطار إلى:			
اسم المقيم بخطٍ واضح	التاريخ	اسم ممثل المقيم بخطٍ واضح	التاريخ