

护养院转院或出院通知

Nursing Home Transfer or Discharge Notice

此表格可用于满足由护养院，而非由居住者、居住者的医生、代表的法定监护人所发起的转院或出院的通知要求。具体要求可参阅 42 CFR §483.15(c)、RCW 74.42.450、WAC 388-97-0120 和 WAC 388-97-0140。依据 **42 CFR §483.15(c)(3)**，必须将由护养院发起的转院或出院通知的副本发送给州长期照护监察专员办公室。

居住者信息	
居住者姓名	电话号码（包括区号）
地址	
护养院信息	
护养院名称	电话号码（包括区号）
地址	
联系人姓名	联系人电话号码（包括区号）
发出通知的日期/到期日	
注意： 依据 WAC 388-97-0120 到期日必须距发出通知的日期至少 30 天，除非有例外情形。居住者可以选择在到期日之前搬迁。	
发出通知的日期	到期日（出院日期）
居住者转院或出院至的地点（必填）	
名称	电话号码（包括区号）
地址	
出院或转院的原因	
<input type="checkbox"/> 因该院无法满足您的福利和需求而必须转院或出院。 <input type="checkbox"/> 您的健康状况已充分改善，从而您不再需要该院提供的服务。 <input type="checkbox"/> 居住者的状态危害到该院中其他人的安全。 <input type="checkbox"/> 该院中其他人的健康会受到其他方式的危害。 <input type="checkbox"/> 在合理和适当的通知后，您未能支付（或通过 Medicare 或 Medicaid 支付）在该院的居住费用。 <input type="checkbox"/> 该院关闭。	
请提供简要说明来支持此次行动。请视需要附加其他文档。	

申请协助： 如果申请，护养院必须提供必要的协助来联络下一页上列出的组织，以及/或在您不同意转院或出院时申请对该决定提起上诉。请参阅护养院联络人的姓名和电话号码。

上诉权:

- 您有权向华盛顿州行政听证处申请举行听证会，从而对此出院或转院决定提起上诉。从您收到此通知书之日起，您可以在最长 90 天时间里随时申请举行听证会。
- 如您决定上诉，您可以通过亲自登门、致电/发送语音邮件或书面的形式进行申请。您可以使用随附的表格（DSHS 10-238 行政听证会申请表）来申请上诉，但不要求非要这么做。
- **如果在提议的转院/出院日期之日或之前，或是您实际转院/出院之日收到听证会申请，您有权继续留在护养院直到决定上诉。**例外情形：如果您不出院或转院会危害到您的健康或安全，或护养院中其他人的健康或安全，则您可能会被转院或出院。提议的出院/转院日期位于本通知函的首页。
- 如您不上诉，护养院可以继续办理您的转院或出院。
- 如果听证会的决定支持护养院的决定（您上诉失败），则护养院可以在签发支持此决定的最终命令 30 天后继续办理您的转院或出院。
- 如果出院/转院决定不被支持（您上诉成功），而您不再住在该院中，则您有权在护养院的半私人房间中腾出首个床位时立即重新搬入该院，前提是您需要并有资格获得该院提供的服务。

将听证会申请寄送至：
OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489
电话号码：1-800-583-8271
传真：(360) 586-6563

华盛顿州监察专员:

华盛顿州长期照护监察专员计划可就此通知及其它问题解答疑问和提供协助。通过独立的 LTC 监察专员的工作，此监察专员计划可以保护和促进住在 LTC 设施中的居民的合法权益。此监察专员计划不是州政府的一部分，不附属于任何长期照护设施。如想申请获得 LTC 监察专员的协助，请拨打免费电话 1-800-562-6028。您也可以书面申请，方法包括：传真至 (253) 815-8173；发送电子邮件至 ltcop@mschelps.org，或邮寄至 PO Box 23699, Federal Way, WA 98093-0699。

Disability Rights Washington:

如果您被诊断出患有心理疾病或智障，您可以联络 Disability Rights Washington 获得协助来对此决定提起上诉，免费电话为 1-800-562-2702 或(206) 324-1521。您还可以进行书面申请，将申请传真至(206) 957-0729；发送至 info@dr-wa.org；或寄送至 Disability Rights Washington, 315 5th Avenue S, Suite 850, Seattle, WA, 98104。

通知发送人:

护养院主管/指定人签名

日期

正楷签名

通知提供给:

居住者或居住者代表正楷签名

日期