

## 요양원(Nursing Home) 이소 또는 퇴소 통지 Nursing Home Transfer or Discharge Notice

본 양식은 요양원 시설에서 발의한 이소 및 퇴소 통지 요건을 충족하기 위한 용도로 사용될 수 있으며 거주자, 거주자의 주치의, 대리인 역할을 하는 법적 후견인이 발의한 이소 및 퇴소 통지 요건을 충족하기 위한 용도로는 사용될 수 없습니다. 구체적인 요건은 42 CFR §483.15(c), RCW 74.42.450, WAC 388-97-0120, 및 WAC 388-97-0140 에서 확인할 수 있습니다. **42 CFR §483.15(c)(3)** 조항에 따라, 시설에서 발의한 이소 또는 퇴소 통지 사본을 주립 장기 요양 보호소 옴부즈 사무소(Office of the State Long Term Care Ombuds)로 반드시 보내야 합니다.

<b>거주자 정보</b>	
거주자 이름	전화번호(지역번호 포함)
주소	
<b>요양원 정보</b>	
요양원 이름	전화번호(지역번호 포함)
주소	
연락 담당자 이름	전화번호(지역번호 포함)
<b>통지 전달 날짜/효력 발생 날짜</b>	
주의: 효력 발생 날짜는 WAC 388-97-0120 에 따라 예외가 적용되지 않는 한 통지 전달 날짜로부터 최소 30 일 이후여야 합니다. 거주자는 효력 발생 날짜 그 이전에 이소 또는 퇴소를 선택할 수 있습니다.	
통지 전달 날짜	효력 발생 날짜(퇴소 날짜)
<b>거주자가 이소 또는 퇴소 후 머물 장소 (필수)</b>	
이름	전화번호(지역번호 포함)
주소	
이소 또는 퇴소 사유 <input type="checkbox"/> 귀하의 복지를 위해 이소 또는 퇴소가 필요하며, 본 시설에서는 귀하의 요구사항을 충족시킬 수 없습니다. <input type="checkbox"/> 귀하의 건강 상태가 충분히 개선되어 더 이상 시설에서 제공하는 서비스를 필요로 하지 않게 되었습니다. <input type="checkbox"/> 거주자의 상태로 인해 본 시설 내 입소 중인 다른 사람들의 안전이 위협에 처해 있습니다. <input type="checkbox"/> 거주자가 이소 또는 퇴소하지 않을 경우 본 시설에 입소 중인 다른 사람들의 건강이 위협에 처하게 됩니다. <input type="checkbox"/> 귀하는 합당하면서도 적절한 통지를 받고도 본 시설에 머무는 데 필요한 비용을 지불하지 않았습니까(또는 Medicare 또는 Medicaid 에서 비용을 지불하지 않았습니까). <input type="checkbox"/> 본 시설이 폐쇄될 예정입니다. 본 조치를 지지하기 위해 필요한 간단한 설명을 제공해 주시기 바랍니다. 필요할 경우 추가 서류를 첨부하십시오.	

**지원 요청:** 요청이 있을 경우, 해당 시설은 다음 페이지에 기재된 기관에 연락하는 데 필요한 지원을 제공해야 합니다. 그리고/또는 이소나 퇴소에 동의하지 않을 경우, 본 결정에 대한 항소 요청에 필요한 지원을 제공해야 합니다. 요양원 담당자 이름과 전화번호를 확인하시기 바랍니다.

## 항소권:

- 귀하는 워싱턴주 행정심의회 사무소에 심의회를 요청하여 본 퇴소 및 이소 결정에 대해 항소할 권리를 지닙니다. 본 통지를 받은 날로부터 90 일 이내에 언제든지 심의회를 요청할 수 있습니다.
- 귀하가 항소하기로 결정하는 경우, 귀하는 방문, 전화, 음성 메일, 서면을 통해 심의회를 요청할 수 있습니다. 귀하는 첨부된 (DSHS 10-238, 행정 심의회 요청) 양식을 이용해 항소를 요청할 수 있지만, 본 양식이 반드시 필요한 것은 아닙니다.
- 만약 심의회 요청이 예정된 이소일/퇴소일 당일이나 그 이전에 송달된 경우 또는 귀하의 실제 이소/퇴소 날짜에 송달된 경우, 귀하는 항소 결정이 내려질 때까지 해당 기관에 머무를 권리를 지닙니다. 예외: 만약 귀하가 해당 기관으로부터 퇴소 또는 이소하지 않았을 때, 귀하의 건강 또는 안전이 위험에 처하거나, 시설 내 다른 입소자들의 건강 또는 안전이 위협받는 경우, 귀하는 퇴소되거나 이소될 수 있습니다. 예정된 퇴소/이소 날짜는 본 통지의 첫 번째 페이지에 기재되어 있습니다.
- 귀하가 이의를 제기하지 않을 경우, 요양 시설에서는 귀하의 이소 또는 퇴소 절차를 진행할 수 있습니다.
- 심의회 결정이 요양 시설의 결정을 지지하는 경우(즉, 귀하가 패소하는 경우), 요양 시설은 최종 명령이 내려진 후 30 일 이내에 귀하를 이소 또는 퇴소시킬 수 있습니다.
- 퇴소/이소 결정이 인정되지 않고(즉, 귀하가 승소하고) 귀하가 더 이상 시설에 머물고 있지 않은 경우, 귀하의 요청에 따라 귀하는 해당 시설에서 서비스를 제공받을 자격이 있으므로 귀하는 2 인실의 첫 번째로 이용가능한 침대가 나오자마자 즉시 시설에 재입소할 권리를 지닙니다.

심의회 요청서 발송 주소: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS  
PO BOX 42489  
OLYMPIA WA 98504-2489  
전화번호: 1-800-583-8271.  
팩스: (360) 586-6563.

## Washington State Ombuds:

워싱턴 주립 장기 요양 보호소 옴부즈 프로그램(Washington State Long-Term Care Ombudsman Program)은 질문에 답하거나 이 통지 및 기타 문제에 관련하여 지원을 제공할 수 있습니다. 개개인의 "LTC 옴부즈" 업무를 통해, 옴부즈맨 프로그램은 LTC 시설에 사는 주민들의 법적 권리를 보호하고 증진합니다. 옴부즈맨 프로그램은 주 정부에 속해 있지 않으며 장기 요양 시설과 아무런 관련이 없습니다. LTC 옴부즈에게 지원을 요청하려면 수신자 부담 전화 1-800-562-6028 로 전화하십시오. 또한 팩스 (253) 815-8173, 이메일 [ltcop@mschelps.org](mailto:ltcop@mschelps.org) 또는 사서함 PO Box 23699, Federal Way, WA 98093-0699 으로 서면 요청서를 보낼 수 있습니다.

## Disability Rights Washington:

정신 질환 또는 지적 장애가 있는 경우, 본 결정에 대한 항소를 위해 Disability Rights Washington 에 연락해 도움을 받을 수 있습니다. 수신자 부담 전화 1-800-562-2702, 또는 (206) 324-1521. 귀하는 또한 팩스, 이메일, 서신으로 도움을 요청할 수 있습니다. 팩스: (206) 957-0729, 이메일: [info@dr-wa.org](mailto:info@dr-wa.org), 우편: Disability Rights Washington, 315 5<sup>th</sup> Avenue S, Suite 850, Seattle, WA, 98104.

## 통지 발신:

---

요양원(NURSING HOME) 관리자/퇴직명자 서명

날짜

정자체 성명

## 통지 수신:

---

거주자 또는 거주자의 대리인 정자체 성명

날짜