

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.

거주자 정보	
거주자 이름	전화번호(지역번호 포함)
주소	
요양원 정보	
요양원 이름	전화번호(지역번호 포함)
주소	
연락 담당자 이름	전화번호(지역번호 포함)
통지 전달 날짜/효력 발생 날짜	
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)
거주자가 이소 또는 퇴소 후 머물 장소 (필수)	
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 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, 우편: Disability Rights Washington, 315 5th 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