

ໃບຮຽງການຂອງການໂອນໄປຢູ່ ຫລື ການປ່ອຍຕົວອອກຈາກເຮືອນເບິ່ງແຍງດູແລຄົນແກ່ຊາຮາ ຫລື ຄົນບໍ່ແຂງແຮງ
Nursing Home Transfer or Discharge Notice

ໃບຟອມໃບນີ້ຈະຖືກໃຊ້ເພື່ອຈະສອດຄ່ອງກັບກົດກຳນົດສຳລັບໃບຮຽງການຂອງການໂອນໄປຢູ່ ຫລື ການປ່ອຍຕົວອອກໄປ ທີ່ຖືກເລີ່ມຕົ້ນເຮັດໂດຍສະຖານທີ່ເບິ່ງແຍງດູແລຄົນແກ່ຊາຮາ ຫລື ຄົນບໍ່ແຂງແຮງ, ແລະ ບໍ່ແມ່ນໂດຍຄົນອາສັຍຢູ່, ທ່ານຫມໍຂອງຄົນອາສັຍຢູ່, ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດຫມາຍສຳລັບຜູ້ຕາງໜ້າ. ກົດກຳນົດອັນເຈາະຈົງຈະຖືກພິບເຫັນຢູ່ໃນ 42 CFR §483.15(c), RCW 74.42.450, WAC 388-97-0120, ແລະ WAC 388-97-0140. ອີງຕາມ **42 CFR §483.15(c)(3)** ໃບໂກປີຂອງໃບຮຽງການຂອງການໂອນໄປຢູ່ ຫລື ການປ່ອຍຕົວອອກໄປໃນນີ້ ຕ້ອງ ຖືກສົ່ງໄປຫາຫ້ອງການຂອງ **State Long Term Care Ombuds.**

ຮາຍຮະອຽດຂອງຄົນອາສັຍຢູ່	
ຊື່ຂອງຄົນອາສັຍຢູ່	ເລກໂທຣະສັບ (ລວມທັງຮະຫັດເຂດ)
ທີ່ຢູ່	
ຮາຍຮະອຽດຂອງສະຖານທີ່ເບິ່ງແຍງດູແລຄົນແກ່ຊາຮາ ຫລື ຄົນບໍ່ແຂງແຮງ	
ຊື່ຂອງສະຖານທີ່ເບິ່ງແຍງດູແລຄົນແກ່ຊາຮາ ຫລື ຄົນບໍ່ແຂງແຮງ	ເລກໂທຣະສັບ (ລວມທັງຮະຫັດເຂດ)
ທີ່ຢູ່	
ຊື່ຂອງຄົນຕິດຕໍ່ຫາ	ເລກໂທຣະສັບຕິດຕໍ່ຫາ (ລວມທັງຮະຫັດເຂດ)
ວັນທີທີ່ໃບຮຽງການໄດ້ຖືກເອົາໃຫ້ວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ໄດ້	
ຫມາຍເຫດ: ວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ໄດ້ຕ້ອງແມ່ນຢ່າງຫນ້ອຍ 30 ວັນຈາກວັນທີ່ໃບຮຽງການໄດ້ຖືກເອົາໃຫ້ນອກຈາກວ່າການຍົກເວັ້ນໄດ້ກ່ຽວຂ້ອງນຳໂດຍອີງຕາມ WAC 388-97-0120 . ຄົນອາສັຍຢູ່ຈະເລືອກທີ່ຈະຍ້າຍກ່ອນເວລາກວ່າວັນທີ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້.	
ວັນທີທີ່ໃບຮຽງການໄດ້ຖືກເອົາໃຫ້	ວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ໄດ້ (ວັນທີຂອງການປ່ອຍຕົວອອກໄປ)
ສະຖານທີ່ຊຶ່ງຄົນອາສັຍໄດ້ຖືກໂອນໄປຢູ່ ຫລື ຖືກປ່ອຍຕົວອອກໄປ (ຕ້ອງການ)	
ຊື່	ເລກໂທຣະສັບ (ລວມທັງຮະຫັດເຂດ)
ທີ່ຢູ່	
<p>ເຫດຜົນຂອງການປ່ອຍຕົວອອກໄປ ຫລື ການໂອນໄປຢູ່</p> <p><input type="checkbox"/> ການໂອນໄປຢູ່ ຫລື ການປ່ອຍຕົວອອກໄປແມ່ນຈຳເປັນສຳລັບຄວາມສະວັດທິພາບຂອງທ່ານ ແລະ ຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານ ບໍ່ສາມາດຖືກຕອບສະນອງໃຫ້ໄດ້ຢູ່ໃນສະຖານທີ່ບ່ອນນີ້.</p> <p><input type="checkbox"/> ສຸຂະພາບຂອງທ່ານໄດ້ດີຂຶ້ນຢ່າງພຽງພໍແລ້ວເພາະສະນັ້ນແລ້ວທ່ານບໍ່ຕ້ອງການການບໍລິການທີ່ຖືກເອົາໃຫ້ໂດຍສະຖານທີ່ບ່ອນນີ້ຕໍ່ໄປອີກແລ້ວ.</p> <p><input type="checkbox"/> ຄວາມປອດພັຍຂອງຄົນອື່ນຢູ່ໃນສະຖານທີ່ບ່ອນນີ້ຈະຕົກຢູ່ໃນອັນຕະຣາຍຍ້ອນສະພາບຂອງຄົນອາສັຍຢູ່.</p> <p><input type="checkbox"/> ສຸຂະພາບຂອງຄົນອື່ນຢູ່ໃນສະຖານທີ່ບ່ອນນີ້ຈະຕົກຢູ່ໃນອັນຕະຣາຍຖ້າຫາກບໍ່ເຮັດດັ່ງນັ້ນ.</p> <p><input type="checkbox"/> ທ່ານໄດ້ພິດພາດ, ຫລັງຈາກໃບຮຽງການທີ່ມີເຫດຜົນ ແລະ ເຫມາະສົມ, ເພື່ອຈະຈ່າຍສຳລັບ (ຫລື ທີ່ຈະຖືກຈ່າຍໃຫ້ພາຍໄຕ້ Medicare ຫລື Medicaid) ການອາສັຍຢູ່ໃນສະຖານທີ່ບ່ອນນີ້.</p> <p><input type="checkbox"/> ສະຖານທີ່ບ່ອນນີ້ກຳລັງຈະປິດລົງ.</p> <p>ກະຊນາເອົາການອະທິບາຍໂດຍຫຍັງໃຫ້ເພື່ອຈະຮູ້ການກະທຳອັນນີ້. ຄັດເອກສານເພີ່ມເຕີມມາຖ້າຫາກວ່າຈຳເປັນ.</p>	

ການຮ້ອງຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫລືອ: ຖ້າຫາກວ່າຖືກຮ້ອງຂໍເອົາ, ສະຖານທີ່ຕ້ອງເອົາການຊ່ວຍເຫລືອທີ່ຈຳເປັນໃຫ້ເພື່ອຈະຕິດຕໍ່ຫາອົງການຢູ່ໃນໜ້າຕໍ່ໄປ ແລະ/ຫລື ຮ້ອງຂໍເອົາການອຸທອນໃສ່ຄຳຕັດສິນອັນນີ້ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ເຫັນພ້ອມນຳການໂອນຕໍ່ໄປ ຫລື ການປ່ອຍຕົວອອກໄປ. ກະຊນາເບິ່ງຊື່ ແລະ ເລກໂທຣະສັບຂອງຄົນຕິດຕໍ່ຫາຂອງບ່ອນເບິ່ງແຍງດູແລຄົນແກ່ຊາຮາ ຫລື ຄົນບໍ່ແຂງແຮງ.

ສິດທິໃນການອຸທອນ:

- ທ່ານມີສິດທີ່ຈະອຸທອນການປ່ອຍຕົວອອກໄປ ຫລື ການໂອນໄປຢູ່ອື່ນໄດ້ໂດຍການເຮັດຄໍາຮ້ອງຂໍເອົາການຝັງເຮືອງນໍາຫ້ອງການການຝັງເຮືອງຈາກອໍານາດການປົກຄອງຂອງຣັດວໍຊິງຕັນ. ຄໍາຮ້ອງຂໍເອົາການຝັງເຮືອງຂອງທ່ານຈະຖືກເຮັດໄດ້ໃນທຸກໆເວລາອອດ **90** ວັນ ຈາກວັນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໃບແຈ້ງການໃບນີ້.
- ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕັດສິນໃຈທີ່ຈະອຸທອນ, ທ່ານຈະຮ້ອງຂໍເອົາການຝັງເຮືອງໂດຍຕົນເອງໄດ້, ໂດຍທາງໂທຣະສັບ/ສັງຄາວນໄວ້ ຫລື ເປັນລາຍລັກອັກສອນ. ທ່ານຈະໃຊ້ໃບຟອມ (**DSHS 10-238** ຄໍາຮ້ອງຂໍເອົາການຝັງເຮືອງຈາກອໍານາດການປົກຄອງ) ທີ່ຖືກຄັດມານໍາໄດ້ເພື່ອຈະຮ້ອງຂໍເອົາການອຸທອນ, ແຕ່ວ່າບໍ່ໄດ້ຖືກບິ່ງໃຫ້ເຮັດ.
- ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຍັງຢູ່ໃນສະຖານທີ່ຕໍ່ໄປຈົນກວ່າການອຸທອນຈະຖືກຕັດສິນ, ຖ້າຫາກວ່າຄໍາຮ້ອງຂໍເອົາການຝັງເຮືອງຖືກຮັບເອົາໃນວັນທີ **ຫລື ກ່ອນວັນທີຂອງການໂອນໄປຢູ່ການປ່ອຍຕົວອອກໄປທີ່ຖືກວາງໄວ້, ຫລື ໃນວັນທີ່ຕົວຈິງທີ່ທ່ານຖືກໂອນໄປຢູ່ປ່ອຍຕົວອອກໄປ.** ການຍົກເວັ້ນ: ຖ້າຫາກວ່າ ບໍ່ ປ່ອຍຕົວທ່ານອອກໄປ ຫລື ໂອນທ່ານໄປຢູ່ ຈະເປັນອັນຕະຣາຍຕໍ່ສຸຂະພາບ ຫລື ຄວາມປອດພ້ອງທ່ານ, ຫລື ສຸຂະພາບ ຫລື ຄວາມປອດພ້ອງຄົນອື່ນຢູ່ໃນສະຖານທີ່ເບິ່ງແຍງດູແລ, ທ່ານຈະຖືກປ່ອຍຕົວອອກໄປ ຫລື ໂອນໄປຢູ່. ວັນທີຂອງການປ່ອຍຕົວອອກໄປການໂອນໄປຢູ່ທີ່ຖືກວາງອອກມາແມ່ນຢູ່ໃນໜ້າປົກຂອງໃບແຈ້ງການໃບນີ້.
- ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ອຸທອນ, ສະຖານທີ່ເບິ່ງແຍງດູແລຄົນແກ່ຊາຣາ ຫລື ຄົນບໍ່ແຂງແຮງຈະດໍາເນີນການນໍາການໂອນໄປຢູ່ ຫລື ການປ່ອຍຕົວອອກໄປຂອງທ່ານ.
- ຖ້າຫາກວ່າຄໍາຕັດສິນໃນການຝັງເຮືອງ ຊຶ່ງມີຄໍາຕັດສິນຂອງສະຖານທີ່ເບິ່ງແຍງດູແລ (ທ່ານຜ່າຍແຜ່ການອຸທອນ), ສະຖານທີ່ເບິ່ງແຍງດູແລຄົນແກ່ຊາຣາ ຫລື ຄົນບໍ່ແຂງແຮງຈະດໍາເນີນການໂອນໄປຢູ່ ຫລື ການປ່ອຍຕົວອອກໄປຂອງທ່ານ **30** ວັນຫລັງຈາກຄໍາສັ່ງສຸດທ້າຍໄດ້ຖືກສັ່ງອອກມາຊຶ່ງເຫັນພ້ອມນໍາຄໍາຕັດສິນ.
- ຖ້າຫາກວ່າການໂອນໄປຢູ່ ຫລື ການປ່ອຍຕົວອອກໄປບໍ່ຖືກເຫັນພ້ອມນໍາ (ທ່ານຊະນະການອຸທອນ), ແລະ ທ່ານບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນສະຖານທີ່ຕໍ່ໄປອີກແລ້ວ, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະກັບຄືນເຂົ້າມາຢູ່ສະຖານທີ່ເບິ່ງແຍງດູແລທັນທີໂລດຫລັງຈາກທີ່ມີຕາຽງໄວ້ໃຫ້ຕາຽງທໍາອິດໃນຫ້ອງທີ່ມີການເປັນສ່ວນຕົວເຄິ່ງນຶ່ງ, ຊຶ່ງວ່າທ່ານຕ້ອງການການບໍຣິການ ແລະ ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການບໍຣິການທີ່ຖືກເອົາໃຫ້ໂດຍສະຖານທີ່ເບິ່ງແຍງດູແລ.

ສິ່ງຄໍາຮ້ອງຂໍເອົາການຝັງເຮືອງໄປທີ່: **OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS**
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489
 ເລກໂທຣະສັບ: **1-800-583-8271**
FAX: (360) 586-6563

Washington State Ombuds:

ໂຄງການການປຶ້ນປົວຣະຍະຍາວ **Ombudsman** ຂອງຣັດວໍຊິງຕັນມີໄວ້ໃຫ້ເພື່ອຈະຕອບຄໍາຖາມ ແລະ ໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫລືອກ່ຽວກັບໃບແຈ້ງການໃບນີ້ແລະ ບັນຫາອື່ນໆ. ຜ່ານການເຮັດວຽກຂອງບຸກຄົນ **“LTC Ombuds.”** ໂຄງການ **Ombudsman** ປ້ອງກັນ ແລະ ສິ່ງເສີມສິດທິທາງກົດໝາຍຂອງຄົນອາໄສຢູ່ຜູ້ທີ່ອາໄສຢູ່ໃນສະຖາບັນ **LTC.** ໂຄງການ **Ombudsman** ບໍ່ແມ່ນພາກສ່ວນຂອງຣັດຖະບານຂອງຣັດ ແລະ ບໍ່ມີສ່ວນພົວພັນນໍາສະຖາບັນປຶ້ນປົວຣະຍະຍາວທຸກໆບ່ອນ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຢາກຈະຮ້ອງຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫລືອຈາກ **LTC Ombuds,** ໂທຫາເລກໂທຟຣີໄດ້ທີ່ **1-800-562-6028.** ທ່ານຍັງຈະເຮັດຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານໄດ້ທາງລາຍລັກອັກສອນໂດຍທາງແຟກຊໄປທີ່ເລກ **(253) 815-8173,** ອີເມລໄປທີ່ itcop@mschelps.org ຫລື ສິ່ງທາງໄປສະນີໄປຫາ **PO Box 23699, Federal Way, WA 98093-0699.**

Disability Rights Washington:

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີການວິໄຈໂຮກຈິດ ຫລື ຄວາມເສັຽອົງຄະດ້ານສະຕິປັນຍາ, ທ່ານຈະຕິດຕໍ່ຫາ **Disability Rights Washington** ໄດ້ເພື່ອຄວາມຊ່ວຍເຫລືອນໍາການອຸທອນໃນຄໍາຕັດສິນອັນນີ້ເລກໂທຟຣີຢູ່ທີ່ **1-800-562-2702,** ຫລື **(206) 324-1521.** ທ່ານຍັງຈະເຮັດຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານໄດ້ທາງລາຍລັກອັກສອນໂດຍທາງແຟກຊໄປທີ່ເລກ **(206) 957-0729,** ອີເມລໄປທີ່ info@dr-wa.org ຫລື ສິ່ງທາງໄປສະນີໄປຫາ **Disability Rights Washington, 315 5th Avenue S, Suite 850, Seattle, WA, 98104.**

ໃບແຈ້ງການຖືກນໍາສະເນີໂດຍ:

_____ ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ບໍຣິຫານ/ຜູ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງສະຖານທີ່ເບິ່ງແຍງດູແລ _____ ວັນທີ _____ ຊື່ຂຽນເປັນຕົວພິມ

ໃບແຈ້ງການຖືກສິ່ງໃຫ້ໂດຍ:

_____ ຊື່ຂຽນເປັນຕົວພິມຂອງຜູ້ອາໄສຢູ່ຜູ້ທີ່ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງຜູ້ອາໄສຢູ່ _____ ວັນທີ _____