اطلاعیه انتقال یا ترخیص از آسایشگاه
Nursing Home Transfer or Discharge Notice

هنگام اعمال یکی از موارد استثنای 42 CFR 483.15(c)(4)(ii) یا (8)، اطلاعیه کتبی انتقال یا ترخیص و دلایل این انتقال باید حداقل 30 روز قبل از انتقال یا ترخیص یا در اولین فرصت ممکن به زبان و شیوه‌ای قابل‌درک در اختیار ساکن و نماینده(های) ساکن قرار بگیرد. الزامات مقرراتی را می‌توانید در RCW 74.42.450، 42 CFR 483.15(c)، WAC 388-97-0120، و WAC 388-97-0140 مشاهده کنید.

☐ انتقال ☐ ترخیص

اطلاعات ساکن	
نام ساکن	شماره تلفن (به همراه کد ناحیه)
نشانی	

اطلاعات نماینده ساکن	
نام نماینده ساکن	شماره تلفن (به همراه کد ناحیه)
نشانی	نسبت با ساکن

اطلاعات آسایشگاه	
نام آسایشگاه	شماره تلفن (به همراه کد ناحیه)
نشانی	
نام فرد مخاطب	شماره تلفن مخاطب (همراه کد ناحیه)

تاریخ ارائه اطلاعیه/تاریخ اجرا

توجه: تاریخ اجرا باید حداقل 30 روز از تاریخ ارائه اطلاعیه باشد، مگر اینکه یکی از موارد استثنای ذکرشده در 42 CFR 483.15(c)(4)(ii) یا (8) اعمال شود. ساکن می‌تواند تصمیم بگیرد زودتر از تاریخ اجرا جابه‌جا شود.

تاریخ ارائه اطلاعیه	تاریخ اجرا (تاریخ ترخیص)

مکانی که ساکن به آن منتقل یا ترخیص می‌شود (الزامی)	
نام	شماره تلفن (به همراه کد ناحیه)
نشانی	

دلیل ترخیص یا انتقال

توجه: مرکز باید به تک‌تک ساکنان اجازه دهد در مرکز بمانند و ساکن را مگر اینکه یکی از موارد زیر صدق کند، انتقال ندهد یا ترخیص نکند.

☐ انتقال یا ترخیص برای رفاه ساکن ضروری است و امکان برآورده ساختن نیازهای ساکن در این مرکز مقدور نیست.

☐ انتقال یا ترخیص به این دلیل مناسب است که سلامت ساکن به میزانی بهبود یافته است که دیگر به خدمات ارائه‌شده در مرکز نیاز ندارد.

☐ ایمنی سایر افراد این مرکز به‌دلیل وضعیت بالینی یا رفتاری ساکن در معرض خطر است.

☐ سلامت سایر افراد مرکز به طرق دیگر به خطر خواهد افتاد.

☐ پس از اطلاع‌رسانی معقول و منطقی، ساکن موفق به پرداخت هزینه اسکان در این مرکز نشده است (یا موفق نشده است هزینه‌اش تحت Medicare یا Medicaid پرداخت شود).

☐ قرار است مرکز تعطیل شود.

لطفاً توضیح مختصری برای تأیید این اقدام ارائه دهید. در صورت نیاز، مستندات تکمیلی پیوست کنید.

درخواست کمک: در صورت درخواست، مرکز باید کمک ضروری برای تماس با سازمان‌های نامبرده در صفحه بعد انجام دهد و/یا در صورت مخالفت شما با انتقال یا ترخیص، درخواست تجدیدنظر دهد. لطفاً نام و شماره تلفن فرد مخاطب آسایشگاه را در بالا مشاهده کنید.

حقوق مربوط به درخواست تجدیدنظر:

- شما از این حق برخوردار هستید از طریق ارائه درخواست دادرسی به اداره دادرسی اداری ایالت واشنگتن، نسبت به این انتقال یا ترخیص، درخواست تجدیدنظر ارائه دهید. درخواست دادرسی خود را می‌توانید در هر زمان تا 90 روز از تاریخ دریافت این اطلاعیه ارسال کنید.
- اگر تصمیم دارید درخواست تجدیدنظر ارائه دهید، می‌توانید این درخواست را به‌صورت حضوری، از طریق تلفن/پست صوتی یا به‌صورت کتبی ارائه دهید. می توانید از فرم پیوست‌شده (DSHS 10-238، درخواست دادرسی اداری) برای درخواست تجدیدنظر استفاده کنید، اما ملزم به استفاده از آن نیستید.
- **شما از این حق برخوردار هستید تا زمان تصمیم‌گیری درباره تجدیدنظر، اگر درخواست دادرسی در تاریخ پیشنهادی برای انتقال/ترخیص یا قبل از آن دریافت شود، یا روزی که واقعاً منتقل/ترخیص می‌شوید، در مرکز بمانید.** مورد استثنا این است که اگر ترخیص یا منتقل نشدن شما از مرکز باعث به خطر افتادن سلامت یا ایمنی شما، یا سلامت یا ایمنی سایر افراد مرکز شود، ممکن است منتقل یا ترخیص شوید. تاریخ پیشنهادی ترخیص/انتقال روی صفحه اول این اطلاعیه درج شده است.
- اگر درخواست تجدیدنظر ندهید، ممکن است مرکز پرستاری فرایند انتقال یا ترخیص شما را به جریان بیندازد.
- اگر تصمیم دادرسی به‌نفع مرکز پرستاری باشد (شما در تجدیدنظر شکست بخورید)، مرکز پرستاری می‌تواند 30 روز پس از صدور حکم نهایی تأییدکننده تصمیم، انتقال یا ترخیص شما را به جریان بیندازد.
- اگر ترخیص/انتقال تأیید نشود (شما در تجدیدنظر برنده شوید) و دیگر در مرکز نباشید، از این حق برخوردار خواهید بود که بلافاصله پس از در دسترس بودن اولیه تختخواب در اتاق نیمه‌خصوصی، مجدداً در مرکز پذیرش شوید، به شرطی که به خدمات ارائه‌شده در مرکز نیاز داشته باشید و واجد شرایط دریافت آن‌ها باشید.

درخواست‌های دادرسی را ارسال کنید به:

OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489
شماره تلفن: 1-800-583-8271   فکس: (360) 586-6563

بازرس رسیدگی به شکایات ایالت واشنگتن:

برنامه بازرس رسیدگی به شکایات مراقبت بلندمدت ایالت واشنگتن آمادۀ پاسخگویی به سؤالات و ارائه کمک درزمینۀ این اطلاعیه و سایر مشکلات است. برنامه بازرس رسیدگی به شکایات از طریق فعالیت «LTC Ombuds» (بازرس رسیدگی به شکایات مراقبت بلندمدت) ارتقا و محافظت از حقوق قانونی ساکنان مراکز LTC را انجام می‌دهد. برنامه بازرس رسیدگی به شکایات جزء دولت ایالتی نیست و ارتباطی با هیچ مرکز مراقبت بلندمدت ندارد. اگر مایل به درخواست کمک از بازرس رسیدگی به شکایات LTC هستید، با شمارۀ رایگان 1-800-562-6028 تماس بگیرید. درخواست خود را می‌توانید به‌صورت کتبی از طریق فکس به شماره 815-8173 (253)، ایمیل به ltcop@mschelps.org یا ارسال پستی به نشانی PO Box 23699, Federal Way, WA 98093-0699 ارائه دهید.

حقوق ناتوانی واشنگتن:

اگر بیماری روان یا کم‌توانی ذهنی در شما تشخیص داده شده است، می‌توانید برای دریافت کمک در ارائه درخواست تجدیدنظر نسبت به این تصمیم، از طریق شماره رایگان 1-800-562-2702 یا 324-1521 (206) با اداره حقوق ناتوانی واشنگتن تماس بگیرید. درخواست خود را می‌توانید به‌صورت کتبی از طریق فکس به شماره 957-0729 (206)، ایمیل به info@dr-wa.org یا ارسال پستی به نشانی Disability Rights Washington, 315 5th Avenue S, Suite 850, Seattle, WA, 98104 ارائه دهید.

مدیر/فرد منصوب مدیر

لطفاً تمام موارد مربوطه را علامت بزنید:

☐ پیش از انتقال ساکن به بیمارستان، اطلاعیه کتبی خطمشی نگهداری تخت مرکز مطابق با 42 CFR 483.15(d) و WAC 388-97-0120(4) در اختیار ساکن و نماینده(های) ساکن قرار گرفت.

☐ در ______________، مطابق با قانون ایالتی و فدرال، نسخه‌های این سند، پیوست ضروری DSHS 10-238 و تمام پیوست‌های اختیاری در اختیار ساکن، نماینده(های) ساکن، اداره بازرس رسیدگی به شکایات LTC ایالتی و DSHS قرار گرفت.

ارائه اطلاعیه توسط:		
مدیر آسایشگاه/فرد منصوب مدیر امضا	تاریخ	نام (با حروف مجزای انگلیسی)

ارائه اطلاعیه به:			
نام ساکن با حروف بزرگ انگلیسی	تاریخ	نام نماینده ساکن با حروف بزرگ انگلیسی	تاریخ