

Уведомление о переводе или выписке из учреждения с медсестринским уходом Nursing Home Transfer or Discharge Notice

Данная форма может использоваться в рамках обеспечения удовлетворения требованиям в отношении уведомлений о переводе или выписке по инициативе учреждения с медсестринским уходом, и не по инициативе пациента, врача пациента, опекуна пациента или представителя пациента. Соответствующие требования приведены в 42 CFR §483.15(c), RCW 74.42.450, WAC 388-97-0120 и WAC 388-97-0140. **В соответствии с положениями 42 CFR §483.15(c)(3) копия уведомления о переводе или выписке по инициативе специализированного учреждения ДОЛЖНА высылаться в Организацию правозащитников штата в сфере долгосрочного ухода (Office of the State Long Term Care Ombuds).**

Данные пациента	
ПАЦИЕНТ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ КОД МЕСТНОСТИ)
АДРЕС	
Данные учреждения с медсестринским уходом	
НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ С МЕДСЕСТРИНСКИМ УХОДОМ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ КОД МЕСТНОСТИ)
АДРЕС	
ИМЯ И ФАМИЛИЯ КОНТАКТНОГО ЛИЦА	КОНТАКТНЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ КОД МЕСТНОСТИ)
Дата передачи уведомления / дата вступления в силу распоряжения о выписке	
ПРИМЕЧАНИЕ: дата вступления в силу распоряжения о выписке должна наступать по меньшей мере через 30 дней после даты передачи уведомления, кроме исключительных случаев, согласно WAC 388-97-0120. Пациент может, по собственному желанию, покинуть учреждение раньше даты вступления в силу распоряжения о выписке.	
ДАТА ПЕРЕДАЧИ УВЕДОМЛЕНИЯ	ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ (РАСПОРЯЖЕНИЯ О ВЫПИСКЕ)
Куда поступает пациент в результате перевода или после выписки (обязательно)	
ИМЯ И ФАМИЛИЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ КОД МЕСТНОСТИ)
АДРЕС	
ПРИЧИНА ПЕРЕВОДА / ВЫПИСКИ	
<input type="checkbox"/> Перевод или выписка необходимы, поскольку данное учреждение не может поддерживать ваше благосостояние на соответствующем уровне или удовлетворять вашим потребностям. <input type="checkbox"/> Состояние вашего здоровья существенно улучшилось, в связи с чем вы более не нуждаетесь в услугах, предоставляемых учреждением. <input type="checkbox"/> Безопасность других лиц, находящихся в учреждении, под угрозой из-за статуса пациента. <input type="checkbox"/> В противном случае здоровье других лиц, находящихся в учреждении, окажется под угрозой. <input type="checkbox"/> Если вы, после обоснованного соответствующего уведомления, не оплатили (в том числе по условиям Medicare или Medicaid) пребывание в учреждении. <input type="checkbox"/> Учреждение будет закрыто.	
Приведите краткие обосновывающие разъяснения. В случае необходимости приложите дополнительные документы.	

Запрос о помощи: В ответ на соответствующий запрос учреждение должно предоставить помощь, которая необходима для того, чтобы связаться с организациями, указанными на следующей странице, и/или для подачи апелляции на решение о переводе/выписке, если вы с ним не согласны. Используйте данные контактного лица учреждения с медсестринским уходом (имя, фамилию и номер телефона).

Право на апелляцию:

- У вас есть право подать апелляцию на решение о переводе или выписке, которая оформляется в виде запроса о проведении слушания и подается в Отдел административных слушаний штата Вашингтон (Washington State Office of Administrative Hearings). Вы можете подать запрос о проведении слушания в течение 90 дней с даты получения настоящего уведомления.
- Если вы решите подать апелляцию, вы можете запросить о слушании лично, по телефону / голосовой почте или же подать ее в письменном виде. Для подачи апелляции вы можете, по желанию, воспользоваться прилагаемой формой (DSHS 10-238 Запрос о проведении административного слушания).
- **Вы имеете право оставаться в учреждении до принятия решения по апелляции, если запрос о проведении слушания получен до предварительного определенного дня или в предварительно определенный день перевода / выписки или же в день фактического перевода / выписки.** Исключение: Если отказ от перевода или выписки из учреждения подвергнет риску ваше здоровье или безопасность, или же здоровье или безопасность других лиц, пребывающих в учреждении, вы будете переведены и/или выписаны. Предварительно определенная дата вашего перевода / выписки указана на первой странице настоящего уведомления.
- Если вы не подаете апелляцию, учреждение с медсестринским уходом примет меры по вашему переводу или выписке.
- Если решение, принятое на слушании, признает обоснованным предварительное решение, принятое учреждением (вы проигрываете апелляцию), учреждение с медсестринским уходом осуществит ваш перевод или выписку через 30 дней после принятия окончательного решения в поддержку предыдущего решения.
- Если решение о переводе / выписке не признано обоснованным (вы выигрываете апелляцию), при этом, вы уже выехали из учреждения, вы имеете право повторно поступить в учреждение немедленно после того, как станет доступной койка или полуизолированная палата, при условии, что вам требуется обслуживание, предоставляемое учреждением, и вы имеете на него право.

Высылайте запросы по адресу: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489
Телефон: 1-800-583-8271
ФАКС: (360) 586-6563

Защита прав пациентов в штате Вашингтон:

Чтобы получить ответы на вопросы в отношении настоящего уведомления, а также на другие вопросы, обратитесь в Программу защиты прав получателей долгосрочного ухода в штате Вашингтон (Long-Term Care Ombudsman Program). Программа, реализуемая индивидуальным омбудсменом по вопросам долгосрочного ухода (LTC Ombuds), защищает и пропагандирует права пациентов, проживающих в учреждениях долгосрочного ухода. Программа защиты прав пациентов не связана с правительством штата, а также с учреждениями долгосрочного ухода. Если вам необходима помощь омбудсмена по вопросам долгосрочного ухода, позвоните по бесплатному номеру телефона 1-800-562-6028. Вы также можете передать запрос о помощи в письменном виде по факсу (253) 815-8173, электронной почте ltop@mschelps.org или же по почте в адрес: PO Box 23699, Federal Way, WA 98093-0699.

Disability Rights Washington:

Если у вас диагностировано психическое заболевание или умственная отсталость, вы можете обратиться в организацию Disability Rights Washington за помощью с подачей апелляции на это решение - позвоните по телефону 1-800-562-2702 (бесплатно) или по телефону (206) 324-1521. Вы также можете оформить запрос в письменном виде и направить его по факсу на номер (206) 957-0729, по электронной почте в адрес: info@dr-wa.org или по обычной почте в адрес: Disability Rights Washington, 315 5th Avenue S, Suite 850, Seattle, WA, 98104.

Уведомление предоставлено (кем):

ПОДПИСЬ АДМИНИСТРАТОРА / УПОЛНОМОЧЕННОГО ЛИЦА
УЧРЕЖДЕНИЯ С МЕДСЕСТРИНСКИМ УХОДОМ

ДАТА

ИМЯ, ФАМИЛИЯ, ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

Уведомление предоставлено (кому):

ИМЯ И ФАМИЛИЯ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ) ПАЦИЕНТА ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА

ДАТА