

## Aviso de traslado o alta del asilo de ancianos Nursing Home Transfer or Discharge Notice

Este formulario se puede usar para cumplir con los requisitos de aviso de transferencia o alta iniciada por el centro de asilo de ancianos, y no por el residente, el médico del residente, el tutor legal del representante. Los requisitos específicos se pueden encontrar en 42 CFR §483.15(c), RCW 74.42.450, WAC 388-97-0120, y WAC 388-97-0140.

**Según 42 CFR §483.15(c)(3) DEBE enviarse una copia de un aviso de transferencia o alta iniciada por el centro a la oficina de defensores del estado de cuidado a largo plazo.**

Información del residente	
NOMBRE DEL RESIDENTE	NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYENDO EL CÓDIGO DE ÁREA)
DIRECCIÓN	
Información del asilo de ancianos	
NOMBRE DEL ASILO DE ANCIANOS	NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYENDO EL CÓDIGO DE ÁREA)
DIRECCIÓN	
NOMBRE DE LA PERSONA DE CONTACTO	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO (INCLUYA EL CÓDIGO DE ÁREA)
Fecha de notificación / Fecha de entrada en vigor	
NOTA: La fecha de entrada en vigor debe ser al menos 30 días a partir de la fecha de notificación, a menos que se aplique una excepción de acuerdo con WAC 388-97-0120. El residente puede elegir mudarse antes de la fecha de entrada en vigor.	
FECHA DE NOTIFICACIÓN	FECHA DE ENTRADA EN VIGOR (FECHA DE ALTA)
Lugar al cual el residente es transferido o dado de alta (obligatorio)	
NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYENDO EL CÓDIGO DE ÁREA)
DIRECCIÓN	
MOTIVO DE LA ALTA O TRANSFERENCIA	
<input type="checkbox"/> La transferencia o el alta son necesarios para su bienestar y sus necesidades no se pueden satisfacer en este establecimiento. <input type="checkbox"/> Su salud ha mejorado lo suficiente para que ya no necesite los servicios proporcionados por este centro. <input type="checkbox"/> La seguridad de otras personas en este centro está en peligro debido al estado del residente. <input type="checkbox"/> La salud de otras personas en este centro estaría de otra manera en peligro. <input type="checkbox"/> Usted no ha pagado después de un aviso razonable y apropiado (o no ha hecho que Medicare o Medicaid paguen) una estadía en este centro. <input type="checkbox"/> Este centro va a cerrar.	
Por favor, proporcione una breve explicación para apoyar esta acción. Adjunte documentación adicional si es necesario.	

**Cómo solicitar asistencia:** Si se solicita, el centro debe proporcionar la asistencia necesaria para comunicarse con las organizaciones en la página siguiente y/o solicitar una apelación de esta decisión si no está de acuerdo con la transferencia o el alta. Consulte el nombre y el número de teléfono de la persona de contacto del asilo de ancianos.

**Derechos de apelación:**

- Usted tiene el derecho de apelar esta alta o transferencia haciendo una solicitud de audiencia a la oficina de audiencias administrativas del estado de Washington. Su solicitud de audiencia puede realizarse en cualquier momento hasta 90 días a partir de la fecha en que reciba este aviso.
- Si decide apelar, puede solicitar una audiencia en persona, por teléfono / correo de voz o por escrito. Puede usar el formulario adjunto (DSHS 10-238, Solicitud de audiencia administrativa) para solicitar una apelación, pero no está obligado a hacerlo.
- **Tiene derecho a permanecer en el centro hasta que se decida la apelación, si la solicitud de audiencia se recibe en o antes de la fecha propuesta de transferencia / alta, o el día en que realmente se transfiere / da de alta.** Excepción: Si el no darle de alta o transferirle del centro pondría en peligro su salud o seguridad, o la salud o seguridad de otras personas en el centro, puede ser dado de alta o transferido. La fecha de alta / transferencia propuesta se encuentra en la primera página de este aviso.
- Si no apela, el centro de asilo de ancianos puede proceder con su transferencia o alta.
- Si la decisión en la audiencia apoya la decisión del centro de asilo de ancianos (usted pierde la apelación), el centro de asilo de ancianos puede proceder con su transferencia o el alta 30 días después de que se ingrese una orden final que confirme la decisión.
- Si el alta / transferencia no se sostiene (usted gana la apelación), y ya no está en el centro, tiene derecho a la readmisión en el centro inmediatamente después de la primera cama esté disponible en una habitación semiprivada, siempre que así lo requiera y sea elegible para los servicios proporcionados por el centro.

Envíe las solicitudes de audiencia a: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS  
PO BOX 42489  
OLYMPIA WA 98504-2489  
Número de teléfono: 1-800-583-8271  
FAX: (360) 586-6563

**Defensores del estado de Washington:**

El Programa de Defensores para Cuidado a Largo Plazo (por sus siglas en inglés, LTC) del Estado de Washington está disponible para contestar preguntas y brindar asistencia en referencia a este aviso y otros temas. Gracias al trabajo de defensores de LTC en lo individual, el Programa de Defensores protege y promueve los derechos legales de los residentes que viven en instituciones de LTC. El Programa de Defensores no forma parte del gobierno estatal y no está afiliado con ninguna institución de cuidado a largo plazo. Si desea solicitar asistencia del defensor de LTC, llame sin costo al 1-800-562-6028. También puede hacer su solicitud por escrito enviándola por fax al (253) 815-8173, por correo electrónico a [ltcop@mschelps.org](mailto:ltcop@mschelps.org) o por correo a PO Box 23699, Federal Way, WA 98093-0699

**Disability Rights Washington:**

Si tiene un diagnóstico de una enfermedad mental o una discapacidad intelectual, puede comunicarse con Disability Rights Washington para obtener ayuda con la apelación de esta decisión, sin cargo al 1-800-562-2702, o al (206) 324-1521. También puede hacer su solicitud por escrito por fax al (206) 957-0729, correo electrónico a [info@dr-wa.org](mailto:info@dr-wa.org) o correo a Disability Rights Washington, 315 5th Avenue S, Suite 850, Seattle, WA, 98104.

**Aviso presentado por:**

\_\_\_\_\_  
ADMINISTRADOR DE ASILO DE ANCIANOS / FIRMA DEL REPRESENTANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

**Aviso provisto a:**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL RESIDENTE O REPRESENTANTE DEL RESIDENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA