

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 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 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