



Residential Care Services (RCS)

Adult Family Home (AFH) • Assisted Living Facility (ALF) • Enhanced Services Facilities (ESF)

ໃບແຈ້ງການຂອງການໂອນໄປຢູ່ບ່ອນໃໝ່ ຫລື ການປ່ອຍຕົວອອກໄປ
Notice of Transfer or Discharge

ໃບຟອມໃບນີ້ຈະຖືກໃຊ້ເພື່ອຈະສອດຄ່ອງນຳກົດກຳນົດຂອງໃບແຈ້ງການຂອງການໂອນໄປຢູ່ບ່ອນໃໝ່ຫລືການປ່ອຍຕົວອອກໄປທີ່ຖືກເຮັດຂຶ້ນມາໂດຍ AFH, ALF, ຫລື ESF ໂດຍການສອດຄ່ອງນຳ RCW 70.129.110 ແລະ WACS 388-76-10616, 388-76-10617, 388-78A-2660, 388-78A-2661, 388-107-0280, ແລະ 388-107-0281. ແລະ ວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ໄດ້ຂອງໃບແຈ້ງການໃບນີ້ຕ້ອງ ແມ່ນຢ່າງຫນ້ອຍ 30 ວັນຈາກວັນທີ່ໃບແຈ້ງການຖືກເອົາໃຫ້, ນອກຈາກວ່າການຍົກເວັ້ນຈະຖືກວາງໃຊ້ພາຍໃຕ້ RCW 70.129.110(4).

ໃບແຈ້ງການຂອງ: ການໂອນໄປຢູ່ບ່ອນໃໝ່ ການປ່ອຍຕົວອອກໄປ

ຊື່ຂອງຜູ້ອາໄສຢູ່	ຊື່ຂອງ AFH / ALF / ESF
ໃບແຈ້ງການໃບນີ້ແມ່ນເພື່ອຈະແຈ້ງບອກທ່ານວ່າ AFH / ALF / ESF ມີຈຸດປະສົງທີ່ຈະໂອນທ່ານໄປຢູ່ບ່ອນໃໝ່ຫລືການປ່ອຍຕົວທ່ານອອກໄປ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ເຂົ້າໃຈໃບຟອມໃບນີ້, ສອບຖາມນຳສະຖາບັນການປົນປົວຫລືຍາດພີ່ນ້ອງຫລືຫມູ່ເພື່ອນໃຫ້ອະທິບາຍໃຫ້ຝັງ. ກະຮຸນາອ່ານຮາຍຮະອຽດພາຍໃຕ້ "ສິດທິແລະຊັບພະຍາກອນຂອງທ່ານ" ຢູ່ຫນ້າທີສອງ.	
ທີ່ຢູ່ຂອງ AFH / ALF / ESF ຂອງການໂອນໄປຢູ່ບ່ອນໃໝ່ຫລືການປ່ອຍຕົວອອກໄປຈາກ:	ວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຂອງການໂອນໄປ
ສະຖານທີ່ຂອງການໂອນໄປຫາ: ຊື່ແລະທີ່ຢູ່	ການໂອນໄປຫາ: ໂທຣະສັບ
<p>ເຫດຜົນຂອງການໂອນໄປຫລືການປ່ອຍຕົວອອກໄປ (ຖ້າຕ້ອງການ, ຄັດເຊິ່ງຕ່າງໆຫາກມານຳເພື່ອຈະຕື່ມຮາຍຮະອຽດເພີ່ມເຕີມ):</p> <p><input type="checkbox"/> ການໂອນໄປຢູ່ບ່ອນໃໝ່ຫລືການປ່ອຍຕົວອອກໄປແມ່ນຈຳເປັນສຳລັບຄວາມສຸກທຸກຂອງຜູ້ອາໄສຢູ່ແລະຄວາມຕ້ອງການຂອງຜູ້ອາໄສຢູ່ບໍ່ສາມາດຖືກຕອບສະນອງໄດ້ຢູ່ໃນສະຖາບັນປົນປົວ.</p> <p><input type="checkbox"/> ຄວາມປອດພັຍຂອງບຸກຄົນຢູ່ໃນສະຖາບັນການປົນປົວຕົກຢູ່ໃນອັນຕະຮາຍ.</p> <p><input type="checkbox"/> ສຸຂະພາບຂອງບຸກຄົນຢູ່ໃນສະຖາບັນການປົນປົວບໍ່ດັ່ງນັ້ນຈະຕົກຢູ່ໃນອັນຕະຮາຍ.</p> <p><input type="checkbox"/> ຜູ້ອາໄສຢູ່ໄດ້ຜິດພາດທີ່ຈະທຳການຈ່າຍເງິນຕາມທີ່ຕ້ອງຈ່າຍສຳລັບການອາໄສຢູ່ຂອງເຂົາເຈົ້າ.</p> <p><input type="checkbox"/> ສະຖາບັນການປົນປົວຢຸດທີ່ຈະດຳເນີນການ.</p> <p>ກ່າວຄຳອະທິບາຍໂດຍຫຍິບທີ່ຜູ້ມອຸການກະທຳຂອງການໂອນໄປຫລືການປ່ອຍຕົວອອກໄປ:</p>	

ໃບແຈ້ງການຖືກເອົາໃຫ້ໂດຍ:	ໃບແຈ້ງການຖືກຮັບເອົາໂດຍ (ຕາມສະມັກໃຈ):
ຊື່ຂອງຜູ້ໃຫ້ການປົນປົວ/ຜູ້ບໍຣິຫານ	ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ອາໄສຢູ່/ຜູ້ຕາງໜ້າ
ວັນທີ	ວັນທີ

ໃບແຈ້ງການແຈກຢາຍ

ສະຖາບັນການປົນປົວຕ້ອງເອົາໃບໂກປີຂອງໃບແຈ້ງການໃບນີ້ໃຫ້ຜູ້ອາໄສຢູ່ແລະຜູ້ຕາງໜ້າຂອງຜູ້ອາໄສຢູ່, ຖ້າຫາກວ່າຜູ້ອາໄສຢູ່ມີຄົນນຶ່ງ. ສຳລັບຜູ້ອາໄສຢູ່ທີ່ມີ Medicaid, ສະຖາບັນການປົນປົວຍັງຈະຕ້ອງເອົາໃບໂກປີຂອງໃບແຈ້ງການໃບນີ້ໃຫ້ພາຍໃນສາມວັນຕາມປະຕິທິນໃຫ້:

- Long-Term Care Ombudsman Program: ອີແມລ໌: Discharges@mschelps.org ຫລື e-fax (253) 216-3699
- DSHS ຜູ້ຈັດການເອກສານ

ອ່ານຮາຍຮະອຽດຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ເພື່ອສິດທິແລະແຫ່ງຊ່ວຍເຫຼືອສໍາຄັນ.

ສິດທິແລະແຫ່ງຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ: ຜູ້ອາໄສຢູ່ທຸກໆຄົນ

Washington State Ombuds:

ເພື່ອຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບໃບແຈ້ງການໃບນີ້ກະຮຸນາຕິດຕໍ່ຫາເລກໂທຟຣີຂອງຜູ້ຊ່ວຍປະຊາຊົນນໍາການປົນປົວຮະຍະຍາວຂອງທ່ານໄດ້ທີ່ເລກ **1-800-562-6028** ຫລືໂດຍທາງອີເມລ໌ ltcop@mschelps.org. ໂຄງການ **Washington Long-Term Care Ombudsman Program** ຕັ້ງຢູ່ທີ່ **1200 S. 336th Street Federal Way, WA 98003**. ທ່ານສາມາດຊອກຫາຜູ້ຊ່ວຍປະຊາຊົນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານໂດຍຜ່ານແວບໄຊທ໌ຂອງໂຄງການຂອງເວົ້າເຈົ້າ: www.waombudsman.org, ພາຍໃຕ້ "Find an Ombuds".

Disability Rights Washington:

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

DSHS Home and Community Living Administration (HCLA):

ທ່ານມີສິດທິທີ່ຈະທໍາການຮ້ອງທຸກໄປຫາຫນ່ວຍ **complaint resolution unit (CRU)** ໄດ້ທີ່ **1-800-562-6078** ຫລືທາງອອນລາຍນີ້ໄດ້ທີ່ <https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/report-concerns-involving-vulnerable-adults>.

ໃບແຈ້ງການຕໍ່ລົງໄປນີ້ກ່ຽວກັບຜູ້ອາໄສຢູ່ເທົ່ານັ້ນຜູ້ທີ່ການປົນປົວຖືກຈ່າຍເງິນໃຫ້ຜ່ານ **Medicaid:**

ຜູ້ອາໄສຢູ່ທີ່ມີ **Medicaid** ເທົ່ານັ້ນ

ຜູ້ປຶກສາກິດຫມາຍ:

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານໄດ້ຮັບ **Medicaid**, ທ່ານມີສິດໃນທະນາຍຄວາມຟຣີເພື່ອຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານຕອບໃບແຈ້ງການການໂອນໄປຫລືການປ່ອຍຕົວອອກໄປ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການທະນາຍຄວາມຟຣີເພື່ອຈະຊ່ວຍທ່ານ, ກະຮຸນາໂທຫາສາຍໂທກັນການປ້ອງກັນການປົນປົວຮະຍະຍາວໄດ້ທີ່ເລກ **888-437-0017**. ກະຮຸນາຮັບຮູ້ວ່າສິດທິໃນທະນາຍຄວາມແມ່ນຖືກອົງໃສ່ການມີຢູ່ໃນເງິນຫີນ.

DSHS ຜູ້ຈັດການເອກສານ:

ທ່ານຈະຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ຈັດການເອກສານ **DSHS** ຂອງທ່ານເພື່ອຖາມຄໍາຖາມກ່ຽວກັບໃບແຈ້ງການໃບນີ້ຫລືເພື່ອຈະຮຽນຮູ້ກ່ຽວກັບທາງເລືອກການອາໄສຢູ່ອື່ນໆ. ຜູ້ຈັດການເອກສານ **DSHS** ຂອງທ່ານແມ່ນ:

ຊື່ຂອງ DSHS ຜູ້ຈັດການເອກສານ	ຮາຍຮະອຽດການຕິດຕໍ່ຫາຂອງ DSHS ຜູ້ຈັດການເອກສານ (ໂທຣະສັບແລະອີເມລ໌)
------------------------------------	---