

Послуги з догляду за місцем проживання (RCS)

Пансіонат сімейного типу для дорослих (AFH) • Пансіонат із доглядом за мешканцями (ALF) •  
Заклади розширеного обслуговування (ESF)

## Повідомлення про переведення або виписку

### Notice of Transfer or Discharge

Цю форму можна використовувати для виконання вимоги щодо повідомлення про переведення або виписку, ініційованого AFH, ALF або ESF відповідно до RCW [70.129.110](#) та WAC [388-76-10616](#), [388-76-10617](#), [388-78A-2660](#), [388-78A-2661](#), [388-107-0280](#) та [388-107-0281](#). Дата набрання чинності цим повідомленням має бути не раніше ніж через 30 днів із дати його надання, якщо не застосовується виняток згідно з RCW [70.129.110](#)(4).

**Повідомлення про:**  **Переведення**  **Виписку**

ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ МЕШКАНЦЯ	Назва AFH / ALF / ESF
Цим повідомленням вас інформують, що AFH / ALF / ESF має намір вас перевести або виписати. Якщо вам незрозуміла ця форма, зверніться до адміністрації закладу або попросіть родича чи друга пояснити її зміст. Будь ласка, ознайомтеся з інформацією в розділі «Ваші права та ресурси» на другій сторінці.	
Адреса AFH / ALF / ESF, з якого здійснюється переведення або виписка:	Дата набрання чинності переведення
Місце, до якого здійснюється переведення: назва та адреса	Телефон місця, до якого здійснюється переведення:
<p><b>Причина(и) переведення або виписки</b> (за потреби додайте окремий аркуш, щоб додати більше інформації):</p> <p><input type="checkbox"/> Переведення або виписка необхідні для благополуччя мешканця, і потреби мешканця не можуть бути задоволені в закладі.</p> <p><input type="checkbox"/> Безпека осіб, що перебувають у закладі, знаходиться під загрозою.</p> <p><input type="checkbox"/> В іншому випадку стан здоров'я осіб у закладі може бути поставлений під загрозу.</p> <p><input type="checkbox"/> Мешканець не здійснив необхідну оплату за своє перебування.</p> <p><input type="checkbox"/> Заклад припиняє свою діяльність.</p> <p>Коротке обґрунтування переведення або виписки:</p>	
<b>Ким надано повідомлення:</b>	<b>Ким отримано повідомлення (необов'язково):</b>
Назва(ім'я) Постачальника послуг / Адміністратора <span style="float: right;">Дата</span>	Підпис Мешканця / Представника <span style="float: right;">Дата</span>

### Розповсюдження повідомлення

Заклад повинен надати копію цього повідомлення мешканцю та представнику мешканця, якщо такий є у мешканця.

Для мешканців, які отримують Medicaid, заклад також повинен протягом трьох календарних днів надати копію повідомлення:

- Програмі омбудсмена з питань довгострокового догляду (Long-Term Care Ombudsman Program): email: [Discharges@mschelps.org](mailto:Discharges@mschelps.org) або електронний факс (253) 216-3699
- Кейс-менеджеру DSHS

**Ознайомтеся з інформацією нижче щодо важливих прав та ресурсів.**

**Ваші права та ресурси: для всіх мешканців**

Омбудсмен штату Вашингтон:

Щоб отримати допомогу та інформацію щодо цього повідомлення, зверніться до свого омбудсмена з питань довгострокового догляду за безкоштовним номером 1-800-562-6028 або електронною поштою [ltcop@mschelps.org](mailto:ltcop@mschelps.org). Програма омбудсмена з питань довгострокового догляду штату Вашингтон розташована за адресою 1200 S. 336<sup>th</sup> Street Federal Way, WA 98003. Знайти місцевого омбудсмена можна на веб-сайті програми: [www.waombudsman.org](http://www.waombudsman.org), у розділі «Знайти омбудсмена».

Організація Disability Rights Washington:

Якщо у вас діагностовано психічне захворювання або інтелектуальну недостатність, ви можете звернутися до Disability Rights Washington за номером 1-800-562-2702 або (206) 324-1521. Ви також можете подати свій запит у письмовій формі факсом за номером (206) 957-0729, електронною поштою за адресою [info@dr-wa.org](mailto:info@dr-wa.org) або звичайною поштою за адресою Disability Rights Washington, 315 5th Ave S, Suite 850, Seattle WA, 98104.

Адміністрація DSHS з питань проживання вдома та в громаді (HCLA):

Ви маєте право подати скаргу до відділу розгляду скарг (CRU) за номером 1-800-562-6078 або онлайн за адресою <https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/report-concerns-involving-vulnerable-adults>.

**Наступне повідомлення стосується лише мешканців, догляд за якими оплачується через Medicaid:**

**ТІЛЬКИ для мешканців з Medicaid**

Правова допомога:

Якщо ви отримуєте Medicaid, ви маєте право на безкоштовного юриста для допомоги у відповіді на повідомлення про переведення або виписку. Якщо вам потрібна безкоштовна допомога юриста, зателефонуйте на гарячу лінію захисту від виписки з установи довгострокового догляду за номером 888-437-0017. Зверніть увагу, що право на юриста залежить від наявності фінансування.

Кейс-менеджер DSHS:

Ви можете звернутися до свого кейс-менеджера DSHS, якщо у вас є запитання щодо цього повідомлення або ви хочете дізнатися про інші варіанти проживання. Ваш кейс-менеджер DSHS:

Ім'я та прізвище кейс-менеджера DSHS

Контактна інформація кейс-менеджера DSHS (телефон та електронна пошта)