AGING AND LONG-TERM SUPPORT ADMINISTRATION (ALTSA)
DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)

주간 근로 한계 시간 확대 요청에 관한 통지

Notification Regarding Request to Increase Work Week Limit

일자에, 다음 사람에 대한 주간 근로 한계 시간을 확대시켜달라는 요청이 들어왔습니다.

_____ - 다음 대상을 위한 서비스 제공: _____

개별 의료인의 이름 의뢰인 이름

추가 정보는 WAC 388-114-0020, 0030, 0070 및 0080 을 참조하십시오.

본 통지서는 귀하에게 보건사회부의 검토 결과를 알리기 위하여 작성되었습니다. 본 결정으로 인해 의뢰인의 월간 재택 간병 혜택은 변경되지 않습니다. 본 통지에 대한 질문이 있으시면 사례 관리자에게 문의해주십시오.

본 통지서는 귀하에게 보건사회부의 결정을 알리기 위하여 작성되었습니다.

☐ 요청의 **승인 / 부분적 승인**

개별 의료인의 상시주간 근로 한계 시간: _____
승인 받은 추가 근로 시간 수: _____
새로운 임시 주간 근로 한계 시간: _____

이 승인은 다음 기간에만 유효합니다.

주간 근로 시간 시작일: 일요일, _____
주간 근로 시간 종료일: 토요일, _____

본 승인은 위 기간에만 유효합니다. 위에 명시된 근무 주 종료일 이후의 일요일에 개별 의료인의 근무 주 제한에는 해당 의료인의 상시 근무 주 한도가 다시 적용됩니다. _____.

IP 는 임시 주간 근로 한계 시간 또는 의뢰인에게 할당된 월간 수당 시간 수를 초과해서는 안 됩니다.

☐ 요청 **거부** 사유 (해당 사항을 모두 선택):

- ☐ 의뢰인이 이용 가능한 모든 의료인 자원을 소진하지 않음.
- ☐ 의뢰인이 이용 가능한 유자격 의료인을 선택하지 않음.
- ☐ 의뢰인이 추가 의료인 찾기를 선택하지 않음
- ☐ WAC 388-114-0080(1)(d) 기준 충족되지 않음

또는

☐ WAC 388-114-0080(b) 기준이 충족되지 않아 귀하의 긴급/소급 요청이 **거부되었습니다**.*

* IP 는 긴급/소급 요청이 거부되어도 지급을 받을 자격이 유지됩니다.

본 결정은 WAC 388-02-0085 를 근거로 한 행정 심의회 권한을 부여하지 않습니다.

사례 / 자원 관리자의 이름	날짜
사례 관리자의 전화번호	사례 관리자의 이메일