Washington State Department of Social & Health Services

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПЛАНИРУЕМОМ ДЕЙСТВИИ ОТКАЗ ИЛИ ПРЕКРАЩЕНИЕ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПОСТАВЩИКОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

PLANNED ACTION NOTICE
PROVIDER DENIAL OR TERMINATION

ИМЯ И АДРЕС КЛИЕНТА

ИМЯ И АДРЕС ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ДЕЙСТВИЕ

Настоящим вы уведомляетесь о том, что начиная с _____ Отдел помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие порока развития (DDD), предпримет следующие действия в отношении вашего поставщика услуг:

- ☐ **Прекращение оплаты**
- ☐ **Прекращение контракта**
- ☐ **Отказ в заключении контракта**
- ☐ **Отказ в оплате**

Данный поставщик услуг в настоящее время предоставляет следующие услуги:

- ☐ **Личный уход по программе Medicaid**
- ☐ **Личный уход по исключительной программе (Waiver)**
- ☐ **Уход с целью предоставления отдыха обслуживающим лицам**
- ☐ **Проживание с компаньоном**
- ☐ **Альтернативное проживание**
- ☐ **Сертифицированные услуги с проживанием**
- ☐ **Другое** _____

Отдел DDD предпринимает данное действие по следующим причинам:

ПОЛНОМОЧИЯ НА ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЕ

Отдел DDD предпринимает данное действие согласно своим полномочиям, основанным на следующем:

- ☐ **Административный кодекс штата Вашингтон (WAC):**
  - ☐ **Статьи с 388-845-0300 по 2205** Требования к поставщикам услуг исключительной программы HCBS
  - ☐ **Статьи с 388-71-0500 по 05665** Требования к индивидуальным поставщикам услуг/ Поставщикам услуг агентств по уходу на дому
  - ☐ **Статьи с 388-101-1440 по 1550** Требования к поставщикам сертифицированных услуг с проживанием
  - ☐ **388-06** Проверки биографии
  - ☐ **Другое:** _____
- ☐ **Контракт: (привести текст раздела контракта):** _____

Вы сохраняете право на получение данной услуги, но вы должны выбрать другого отвечающего требованиям поставщика услуг.

Дата отправки по почте или вручения клиенту:_____ .

Копия: Супруге (у): _____
В дело клиента

ВАШИ ПРАВА НА АПЕЛЛЯЦИЮ

Для того чтобы подать запрос на проведение административного слушания для обжалования этого решения, у вас есть девяносто (90) дней после получения данного уведомления.

- Чтобы продолжить получение услуг от данного поставщика на время процедуры обжалования, вы должны подать запрос на проведение слушания до _____

Вы имеете следующие права:

1. Использовать представителя на слушании (вы можете иметь право на бесплатную юридическую помощь);
2. Запрашивать копию своих документов и всю информацию, рассматриваемую отделом DDD при вынесении решения;
3. Представлять документы в качестве доказательств;
4. Давать показания в ходе слушания и представлять свидетелей для дачи показаний от вашего имени; и
5. Подвергать перекрестному допросу свидетелей, дающих показания в пользу отдела DDD.

У ВАС ЕСТЬ ВОПРОСЫ?

Если у вас есть вопросы по данному решению или по процедуре обжалования, пожалуйста, свяжитесь с

_____ **по тел.** _____
НОМЕР ТЕЛЕФОНА

Washington State Department of Social & Health Services

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПЛАНИРУЕМОМ ДЕЙСТВИИ ОТКАЗ ИЛИ ПРЕКРАЩЕНИЕ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПОСТАВЩИКОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ОТДЕЛА DDD ЗАПРОС О ПРОВЕДЕНИИ СЛУШАНИЯ

Согласно главе 388-02 правил проведения справедливого слушания департамента DSHS.

FOR AGENCY USE ONLY ☐ **Oral request taken by:**	
NAME	TELEPHONE NUMBER
INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION	

ВЫСЛАТЬ ПОЧТОЙ: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

ПО ФАКСУ: 360-586-6463

Я подаю запрос о проведении слушания в связи с тем, что я не согласен со следующим решением Отдела помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие порока развития (Division of Developmental Disabilities, DDD) относительно поставщика услуг.

ВАШЕ ИМЯ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)	ДАТА РОЖДЕНИЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
АДРЕС ЛИЦА, ПОДАВШЕГО ХОДАТАЙСТВО О ПРОВЕДЕНИИ СЛУШАНИЯ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА	
ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (УКАЗАТЬ МЕЖДУГОРОДНЫЙ КОД) ☐ **ТЕЛЕФОН ДЛЯ СООБЩЕНИЙ**	

Меня уведомили о решении: _____ : _____
ДАТА НАЗВАНИЕ И АДРЕС ОТДЕЛА ДЕПАРТАМЕНТА DSHS

Я хочу продолжать получать помощь, если я имею на это право: ☐ Да ☐ Нет Программа: _____

Меня представляет (если вы собираетесь представлять себя сами, не заполняйте две следующие строки):

ИМЯ ВАШЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ОРГАНИЗАЦИЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
АДРЕС	ГОРОД ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

☐ **Я разрешаю предоставлять информацию о моем слушании моему представителю.**

ВАША ПОДПИСЬ	ДАТА

Требуется ли вам переводчик или другая помощь или условия во время проведения слушания? ☐ **Да** ☐ **Нет**

Если да, то переводчик какого языка или какая помощь вам требуется? _____

Судьи по административным делам (Administrative Law Judges, ALJ) могут проводить некоторые слушания по телефону. Если вы хотите, чтобы слушание было проведено в вашем личном присутствии, следуйте указаниям уведомления о слушании, которое будет направлено вам Управлением административных слушаний (OAH).

INSTRUCTIONS

Do clients have appeal rights to denial or termination of their choice of providers?
Yes, clients have appeal rights. Refer to WAC 388-825-120.

What are some reasons I might deny or terminate a provider?
Some examples might be (but not limited to):

- The provider has worked for 120 days or more and has not met the training requirements.
- Provider is not available to provide care as outlined on the client's service Plan.
- The Division does not believe this provider can meet the client's health and safety needs.
- Payment can be terminated at the request of the client or the client's representative.
- A contract can be terminated for default when the contractor has not complied with the terms of the contract.
  Refer to (WAC 388-825-375).

Who makes the decision to deny or terminate a provider payment or contract?

- The decision to deny or renew a contract is made by the Field Services Administrator (FSA).
- The decision to terminate a contract prior to the end date of the contract is made by the Office of Central Contracts Services upon the recommendation of the DDD HQ Contracts Manager.
- A regional management decision to terminate payment prior to the termination of the contract can only be made when there is substantiated abuse/neglect, the department determines client is in imminent jeopardy or there has been a failed background check on a provider with a contract.

How do I determine the effective date for terminating payment to the provider?

- When possible the termination date of payment coincides with the contract termination date, allowing at least 10 days from the date the Planned Action Notice is mailed, and extending to the end of that month.
- Termination of payment is immediate when there is substantiated abuse/neglect, or the department determines client is in imminent danger.

How do I determine the effective date for denying a current contract?
The date of contract termination is determined by the Office of Central Contracts Services.

How do I determine the effective date for denying a new/renewal contract?

- If it is a new contract the effective date is the date of denial by the FSA.
- If it is a contract renewal, the date for termination is the end date on the existing contract.

How do I ensure receipt of notification by client/client representative?
Per WAC 388-825-100 attempt at least twice to notify first by telephone then send written notification.

If my client appeals the decision to terminate their provider can they continue to use their provider during the appeals process?
The client can continue to use their provider if they request a hearing within the allotted time frame. The effective date is calculated by counting 10 days from the date the Planned Action Notice is mailed and extending to the end of that month. The request to continue services from the provider will be denied if there is substantiated abuse/neglect, the department determines client is in imminent danger, or there has been a failed background check on a provider with a contract.