Washington State Department of Social & Health Services

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

AVISO DE ACCIÓN PLANIFICADA
NEGACIÓN O CANCELACIÓN DEL PROVEEDOR

PLANNED ACTION NOTICE
PROVIDER DENIAL OR TERMINATION

NOMBRE Y DOMICILIO DEL CLIENTE

NOMBRE Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE

ACCIÓN

Se le notifica que con fecha efectiva _____ , DDD tomará la siguiente acción en contra de su proveedor:

- ☐ **Cesación de pagos**
- ☐ **Cesación del contrato**
- ☐ **Negación del contrato**
- ☐ **Negación de pagos**

Este proveedor actualmente brinda el siguiente servicio:

- ☐ **Atención Personal de Medicaid**
- ☐ **Exención para Atención Personal**
- ☐ **Cuidado de relevo**
- ☐ **Hogar de Compañía**
- ☐ **Vivienda Alternativa**
- ☐ **Servicios Residenciales Certificados**
- ☐ **Otro** _____

DDD toma esta decisión debido a que:

AUTORIDAD DE LA DECISIÓN

La autoridad de DDD para tomar la presente acción se basa en:

☐ **El Código Administrativo de Washington (WAC):**

- ☐ **388-845-0300 al 2205** Aptitudes del Proveedor de la Exención de HCBS
- ☐ **388-71-0500 al 05665** Aptitudes del Proveedor Individual/Proveedor de la Agencia de Atención en el Hogar
- ☐ **388-101-1440 al 1550** Aptitudes del Proveedor Certificado de Servicios Residenciales
- ☐ **388-06** Averiguaciones de Antecedentes
- ☐ **Otro:** _____

☐ **Contrato: (Cite la sección del contrato)** _____

Sigue siendo elegible para este servicio; sin embargo, debe escoger a otro proveedor calificado.

Fecha en que se envió por correo o se entregó al cliente: _____

Cc: Pareja del cliente: _____
Expediente del cliente

SUS DERECHOS DE APELACIÓN

Tiene noventa (90) días a partir de la fecha en que reciba este aviso para solicitar una audiencia administrativa para apelar esta acción.

- Para continuar los servicios de este proveedor durante una apelación, deberá solicitar una audiencia antes del _____

Usted tiene los siguientes derechos:

1. A ser representado (quizás reúna los requisitos para recibir asistencia legal gratuita);
2. A solicitar una copia de su expediente y de toda la información analizada por DDD para tomar la decisión;
3. A presentar documentos como evidencia;
4. A testificar en la audiencia y a presentar testigos que atestigüen en su nombre; y
5. A contrainterrogar testigos que atestigüen para el departamento.

¿TIENE PREGUNTAS?

Si tiene preguntas con respecto a esta decisión o con respecto al proceso de apelación, comuníquese con:

_____ **al** _____

NÚMERO DE TELÉFONO

Washington State Department of Social & Health Services

SOLICITUD DE AUDIENCIA POR AVISO DE ACCIÓN PLANIFICADA DE NEGACIÓN O CANCELACIÓN DEL PROVEEDOR DE DDD

según el Capítulo 388-02 de los reglamentos de audiencia de DSHS.

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

ENVÍE POR CORREO A: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

FAX: 360-586-6463

Solicito una audiencia debido a que estoy en desacuerdo con la siguiente decisión tomada por la División Servicios para Personas con Impedimentos al Desarrollo (DDD) en cuanto al proveedor:

SU NOMBRE (ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA)	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
DOMICILIO DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA AUDIENCIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE	
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA EL CÓDIGO DE ÁREA) ☐ **TELÉFONO PARA MENSAJES**	

Se me notificó sobre la decisión el: _____ por: _____
FECHA — NOMBRE Y UBICACIÓN DE LA OFICINA DE DSHS

Si fuera elegible, quisiera asistencia continua: ☐ **Sí** ☐ **No** Programa: _____

Estoy siendo representado por (si fuera a representarse a sí mimo, no llene las próximas dos líneas):

NOMBRE DE SU REPRESENTANTE	ORGANIZACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO
DOMICILIO	CIUDAD ESTADO	CÓDIGO POSTAL

☐ **Autorizo la cesión de información sobre mi audiencia a mi representante.**

SU FIRMA	FECHA

¿Necesita un intérprete u otra asistencia o arreglos para la audiencia? ☐ **Sí** ☐ **No**

De ser sí, ¿qué idioma o qué tipo de asistencia necesita? _____

Los jueces en la ley administrativa (ALJ) pueden llevar a cabo audiencias por teléfono. Si quisiera cambiar a una audiencia en persona, siga las instrucciones en el Aviso de Audiencia que le será enviado por 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.