DIVISION OF DEVEOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

ແຈ້ງການນຳໃຊ້ແຜນການດູແລຫລື ການປ່ຽນແປງແຜນການດູແລ

NOTICE OF IMPLEMENTATION OF PLAN OF CARE OR PLAN OF CARE AMENDMENT

ຊື່ແລະບ່ອນຢູ່ຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ

ຊື່ແລະບ່ອນຢູ່ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍ

ເຖິງ:

ໃຫ້ພັບຢູ່ນີ້ ເພື່ອປ່ອງສ່ອງຊອງຈົດໝາຍ.

ທ່ານ/ຍານາງ ທີ່ຮັກແພງ:

ທີ່ໄດ້ສອດມາພ້ອມນີ້ ເປັນແຜນການຍົກເລີກສິດທິຂອງການດູແລ ຫລືການປ່ຽນແປງແຜນການດູແລທີ່ໄດ້ຕື່ມແລ້ວຢ່າງຄົບຖ້ວນ ເພື່ອໃຫ້ທ່ານໄດ້ອ່ານທົບທວນເບິ່ງຄືນ.

- ຖ້າທ່ານເຫັນພ້ອມກັບແຜນການດູແລ ຫລືການປ່ຽນແປງແຜນການດູແລນີ້, ກະຣຸນາເຊັນຊື່ ແລະສິ່ງໜ້າທີ່ມີລາຍເຊັນນັ້ນກັບຄືນຕາມຊອງທີ່ມີບ່ອນຢູ່ທີ່ສອດມາໃຫ້ພ້ອມນີ້ ກ່ອນມື້ວັນທີ .
- ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນພ້ອມກັບແຜນການດູແລ ຫລືການປ່ຽນແປງແຜນການດູແລນີ້, ທ່ານຕ້ອງຂໍການອຸທອນພາຍໃນມື້ . ການບໍຣິການປະຈຸບັນກໍ່ຈະສືບຕໍ່ໄປໃນຊ່ວງເວລາຂອງການອຸທອນເຣື່ອງນີ້.
- ຖ້າໜ້າທີ່ມີລາຍເຊັນຫລືການຂໍອຸທອນເຣື່ອງຫາກບໍ່ໄດ້ຮັບພາຍໃນ , ພະແນກ DDD ກໍ່ຈະຖືວ່າທ່ານໃຫ້ອະນຸຍາດນຳໃຊ້ແຜນການດູແລ ຫລືການປ່ຽນແປງແຜນດູແລທີ່ໄດ້ຂຽນໄວ້ຕາມກົດມາດຕຣາ WAC 388-845-3070.

ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມໃດໆ, ຫລືຢາກຖາມ ກະຣຸນາໂທຫາ: _____ ທີ່ _____.

ສິ່ງສະເໜີ: ຕິດຂັດໄວ້ກັບສຳນວນເອກະສານ POC ຂອງລູກສຳນວນ.

ແຈ້ງການນຳໃຊ້ແຜນການດູແລຫລື ການປ່ຽນແປງແຜນການດູແລ

ອີງຕາມກົດໝາຍໝວດ 388-02
ສຳຮັບກົດລະບຽບຂອງການຟັງເຣື່ອງຕ່າງໆຂອງກົມ DSHS.

FOR AGENCY USE ONLY

☐ **Oral request taken by:**

NAME | TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

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

ທາງແຟັກສ: 360-586-6563

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຟັງຄວາມເປັນທັມຍ້ອນว่า ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຕົກລົງກັບຄຳຕັດສິນຂອງກົມສັງຄົມສົງເຄາະແລະສາທາຣະນະສຸກ DSHS ຢູ່ລຸ່ມນີ້:

- ໃຫ້ອະທິບາຍໂດຍຫຍໍ້ว่าເປັນຫຍັງກົມ DSHS ເຮັດຫລືບໍ່ໄດ້ເຮັດ; ແລະ
- ຕິດຂັດສຳເນົາທີ່ທ່ານອຸທອນຕໍ່ว่า, ຖ້າເປັນໄປໄດ້.

ຊື່ຂອງທ່ານ (ກະຣຸນາພິມ)	ເດືອນວັນປີເກີດ	ເລກປະກັນສັງຄົມ
ບ່ອນຢູ່ຂອງຜູ້ຂໍຮ້ອງການຟັງເຣື່ອງ	ເລກປະຈຳຕົວລູກຄ້າ	
ເມືອງ ຣັດ ເລກຊິບໂຄດ	ເລກໂທຣະສັບ (ພ້ອມເຂດຣັດໂຄດ) ☐ ເລກຝາກຄວາມໄວ້	

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບແຈ້ງຄຳຕັດສິນ ໃນ: _____ ໂດຍ: _____
ວັນທີ ຊື່ແລະສະຖານທີ່ຂອງກົມ DSHS

ຂ້າພະເຈົ້າປາກສຶບຕໍ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ, ຖ້າຍັງມີເງື່ອນໄຂ: ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ໂຄງການ: _____

ຂ້າພະເຈົ້າຖືກແທນຕົວໂດຍ (ຖ້າທ່ານຫາກແທນຕົນເອງ ບໍ່ຕ້ອງຕົ້ມໃນສອງແຖວຕໍ່ໄປ):

ຊື່ຂອງຜູ້ເປັນຕົວແທນໃຫ້ທ່ານ	ອົງການ	ເລກໂທຣະສັບ
ບ່ອນຢູ່ ຖນົນ	ເມືອງ ຣັດ	ຊິບໂຄດ

☐ ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ເຜີຍຂໍ້ມູນການອຸທອນແກ່ຜູ້ເປັນຕົວແທນຂ້າພະເຈົ້າ.

ລາຍເຊັນຂອງທ່ານ	ວັນທີ

ທ່ານຕ້ອງການນາຍພາສາຫລືການຊ່ວຍພິເສດຢ່າງອື່ນໃນການຟັງເຣື່ອງນີ້ບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ພາສາໃດ ຫລືການຊ່ວຍພິເສດແນວໃດ? _____

ຜູ້ພິພາກສາອຳນາດການປົກຄອງຟັງເຣື່ອງ (ALJ) ອາດຈັດການຟັງເຣື່ອງທາງໂທຣະສັບ. ຖ້າທ່ານປາກປ່ຽນການຟັງເຣື່ອງເປັນແບບປາກົດຕົວຊ່ອງໜ້າ, ໃຫ້ປະຕິບັດຕາມ ຄຳແນະນຳທີ່ທາງຫ້ອງການຟັງເຣື່ອງຈະສົ່ງມາໃຫ້ພ້ອມໃບແຈ້ງການຟັງເຣື່ອງນັ້ນໂດຍ OAH.

INSTRUCTIONS

What is the legal authority for this action?

The legal authority for this action is WAC 388-845-3020: What happens if I do not sign my plan of care? If DDD is unable to obtain the necessary signature on the plan of care from you or your legal representative, DDD will take one or more of the following actions:

(1) DDD will continue providing services as identified in your prior POC for up to thirty days after completion of your new POC.
(2) DDD will attempt to contact you or your legal representative by phone or mail.
(3) After thirty days, if DDD has not heard from you or your legal representative, DDD will assume consent and implement the new POC with or without your signature or the signature of your legal representative.
(4) You will be provided written notification and appeal rights to this action to implement the new POC.
(5) Your appeal rights are in WAC 388-825-0120 through 388-825-0165.

When would I use this notification?

This notification is necessary when the legal representative is required to sign the POC but has not responded with either agreement or disagreement to the POC.

What is the case manager expectation for attempted communication with this person?

This notice is sent only after other reasonable but unsuccessful attempts to communicate with the person before and during the POC process.

- Use available methods such as the telephone book to get a current telephone number.
- Attempt to call the person before sending this notice to explain the intent of the notification and implementation.
- Document all of these attempts and contacts in the SER.

Is the notice sent with the POC/POC Amendment?

Yes, Both the POC and POC Amendment include the appeal rights. Enclose a stamped self-addressed return envelope.

Is the notice to be sent by certified mail?

Send the notification and POC by standard delivery and allow 5 days for receipt of mailing.

How do I calculate the due dates?

- DDD must provide 30 days advance notice of any change so allow 30 days + 5 days for mailing, based on the estimated mailing date.
- Appeal timeline is 28 days from receipt of notice so allow 28 days +5 days for mailing and receipt.
- Implementation date is same date used for the due date of the signature date in the first bullet.

What if the person makes an oral request to appeal the POC?

If the person makes an oral request to appeal the POC, the case manager will complete the request for appeal from the POC and refer the request onto the Office of Administrative Hearings.

How do I proceed if an appeal to the POC is filed?

The filing of an appeal stops the implementation of the new POC. Services continue per the previous POC until the final decision is issued in the appeal.