Washington State Department of Social & Health Services
DDD Division of Developmental Disabilities

DIVISION OF DEVEOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

AVISO SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN O ENMIENDA AL PLAN DE ATENCIÓN

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

NOMBRE Y DOMICILIO DEL CLIENTE/SOLICITANTE

NOMBRE Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL

PARA:

DOBLAR AQUÍ PARA SOBRES CON VENTANA

Estimado/a :

Adjunto encontrará la Exención al Plan de Atención o Enmienda al Plan de Atención completa para su revisión.

- Si está de acuerdo con el Plan de Atención o Enmienda al Plan de Atención, favor de firmar y enviar la hoja de firmas en el sobre adjunto con antes de .
- Si no está de acuerdo con el Plan de Atención o Enmienda al Plan de Atención, debe solicitar una apelación antes del . Los servicios que recibe actualmente continuarán durante el proceso de apelación.
- Si no recibimos la hoja de firmas o la apelación antes del , DDD supondrá su consentimiento e implementará el Plan de Atención o Enmienda al Plan de Atención conforme lo estipulado en WAC 388-845-3070.

Si tiene preguntas, llame a: _____ al _____.

Cc: Adjuntar al Plan de Atención (POC) en el expediente del cliente

Washington State Department of Social & Health Services
DDD Division of Developmental Disabilities

AVISO SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN O ENMIENDA AL PLAN DE ATENCIÓN

conforme el Capítulo 388-02 de los reglamentos de audiencias imparciales 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: 360-586-6563

Solicito una audiencia debido a que no estoy de acuerdo con la siguiente decisión adoptada por el Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS):

- Explique brevemente lo que DSHS hizo u omitió hacer; y
- Adjunte una copia del aviso al que está apelando, si fuera posible.

SU NOMBRE (ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)	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)	☐ NÚMERO DE TELÉFONO PARA MENSAJES

Fui notificado de la decisión el: _____ por: _____
FECHA NOMBRE DE LA OFICINA DE DSHS Y UBICACIÓN

Quisiera asistencia continua, si fuera elegible: ☐ Sí ☐ No Programa: _____

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

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

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

SU FIRMA	FECHA

¿Necesita un intérprete o alguna otra asistencia o arreglo para la audiencia? ☐ Sí ☐ No

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

Los jueces de la ley administrativa (ALJ) podrían llevar a cabo algunas audiencias por teléfono. Si desea cambiar a una audiencia en persona, siga las instrucciones en el Aviso de Audiencia que le enviará por correo la Oficina de Audiencias Administrativas (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.