Washington State Department of Social & Health Services
ADSA Aging & Disability Services Administration

HOME AND COMMUNITY SERVICES (HCS)
AREA AGENCY ON AGING (AAA)

HCS/AAA ÉRTESÍTÉS TERVEZETT INTÉZKEDÉSRŐL

HCS/AAA PLANNED ACTION NOTICE

DATE OF NOTICE
PROGRAM
CLIENT ID:

Tisztelt:

Az Ön részére teljesített szolgáltatásokat _____ -i hatállyal:

☐ Jóváhagyjuk ☐ Módosítjuk ☐ Fenntartjuk ☐ Kibővítjük ☐ Visszavonjuk ☐ Elutasítjuk
☐ Leszűkítjük ☐ Megszüntetjük ☐ Felfüggesztjük

Az intézkedést a következők alapján foganatosítjuk:

☐ WAC 388-106-

☐ Felnőtt Nappali Egészségügyi Ellátás (Adult Day Health (ADH)) WAC 388-71-0702, WAC 388-71-0706, WAC 388-106-0810, WAC 388-106-0815

☐ Egyéb:

Az Ön házi és közösségi szolgáltatások igénybe vételére való jogosultsága a Washingtoni Közigazgatási Törvénykönyv (Washington Administrative Code (WAC)) 388-106 fejezetével összhangban került értékelésre.

☐ Az értékelés alapján megállapítást nyert, hogy Ön a szolgáltatások igénybe vételére nem jogosult.

☐ Az értékelés alapján megállapítást nyert, hogy Ön a _____ besorolási osztályba tartozik, és a _____ (COPES/MNIW/MPC/állami finanszírozású) program révén biztosított _____ óra házi gondozásra jogosult.

☐ Az értékelés alapján megállapítást nyert, hogy Ön a _____ besorolási osztályba tartozik, és a _____ (COPES/MNRW/MPC/állami finanszírozású) program révén biztosított _____ $ napi lakásdíjra jogosult.

☐ ADH felvétel/értékelés és _____ nap/hét, legfeljebb 10 fizetett szolgáltatási nap engedélyezése gondozásra, _____ nőver és/vagy _____ rehabilitációs személyzet engedélyezése annak értékelésére, hogy az _____ ADH központba felvehető-e.

☐ Folyamatos ADH szolgáltatások engedélyezése _____ nap/hét gondozásra, és/vagy _____ rehabilitációs szolgáltatásokra, _____ ADH központ ügyintézőjének jogosultsági döntése alapján _____ -tól _____ ig.
Dátum Dátum

A fenti döntés a csatolt Szolgáltatások Összesítése és Értékelés Részletei c. iratban szereplő információk alapján született.

☐ Egyéb intézkedés. A Washingtoni Közigazgatási Törvénykönyv(ek) (WAC) alapján az intézkedést a következő okok miatt foganatosítjuk:

Amennyiben az intézkedéssel nem ért egyet, Ön jogosult méltányossági tárgyalást kérni. Ön a jelen értesítés átvételétől számított kilencven (90) napon belül kérhet tárgyalást. Méltányossági tárgyalást az OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489 címre írott levélben kérhet.

Ha Ön a fenti program alapján jelenleg juttatásokban részesül, **és a hatálybalépés dátumáig, vagy a hatálybalépés napja szerinti hónap végéig méltányossági tárgyalást kér, akkor FOLYTATÓLAGOS JUTTATÁSOKRA jogosult. Ha a Hivatal eljárását a méltányossági tárgyaláson jóváhagyják, akkor a tárgyalásig eltelt időszakra túlfizetése keletkezhet, amelyet vissza kell fizetnie. Ilyen esetben legfeljebb hatvan (60) napi juttatás értékét kell visszafizetnie. Ha nem kívánja igénybe venni a FOLYTATÓLAGOS JUTTATÁSOKAT, erről írásban kell értesítenie a jelen levél aláíróját.**

Ön ugyancsak jogosult a következőkre: 1) képviseltetnie magát (jogosult lehet ingyenes jogsegélyre); 2) kikérni aktája, és az összes olyan információ másolatát, amelynek alapján a hivatal a juttatásait illető döntést meghozta; 3) bizonyító erejű dokumentumokat benyújtani; 4) a tárgyaláson tanúvallomást tenni, és tanúkat felsorakoztatni, hogy az Ön nevében tanúskodjanak; valamint 5) a hivatal által behívott tanúkat keresztkérdéseknek alávetni. További tájékoztatás végett kérjük, a jelen levél aláírójától kérjen egy DSHS 22-092(X)) jelű brosúrát. Ha telefonon szeretné felvenni a kapcsolatot, hívja:

_____

Tisztelettel:

_____

SZOCIÁLIS MUNKÁS/ÜGYINTÉZŐ ALÁÍRÁSA

HCS/AAA NÉV ÉS CÍM