Washington State Department of Social & Health Services

ADSA Aging & Disability Services Administration

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

AVIZ DE MĂSURĂ PREVĂZUTĂ HCS/AAA

HCS/AAA PLANNED ACTION NOTICE

DATE OF NOTICE
PROGRAM
CLIENT ID:

Stimate(ă)

Începând de la _____ , serviciile care vi se pun la dispoziţie vor fi:

☐ Aprobate ☐ Modificate ☐ Continuate ☐ Sporite ☐ Retrase ☐ Respinse
☐ Reduse ☐ Terminate ☐ Suspendate

Această măsură a fost luată conform:

☐ WAC 388-106-
☐ Sănătate Zilnică pentru Adulţi (ADH) WAC 388-71-0702, WAC 388-71-0706, WAC 388-106-0810, WAC 388-106-0815
☐ Altele:

V-a fost evaluată eligibilitatea pentru servicii la domiciliu şi comunitare în conformitate cu Capitolul 388-106 al Codului Administrativ al Statului Washington (WAC).

☐ În urma evaluării, s-a determinat că nu sunteţi eligibil(ă) pentru aceste servicii.

☐ În urma evaluării, s-a determinat că faceţi parte din grupul de clasificare _____ şi sunteţi eligibil(ă) pentru _____ ore de îngrijire la domiciliu prin programul _____ (COPES/MNIW/MPC/Finanţat de stat).

☐ În urma evaluării, s-a determinat că faceţi parte din grupul de clasificare _____ şi sunteţi eligibil(ă) pentru un tarif rezidenţial zilnic de _____ $ prin programul _____ (COPES/MNRW/MPC/Finanţat de stat).

☐ Autorizarea Colectării/Evaluării ADH şi _____ zile/săptămâni până la 10 zile de servicii plătite pentru _____ asistenţă medicală şi/sau _____ personal de reabilitare pentru a determina dacă se poate face înscrierea la _____ centrul ADH.

☐ Autorizarea serviciilor ADH în curs _____ zile/săptămâni pentru asistenţă medicală şi/sau _____ servicii de reabilitare în funcţie de determinarea eligibilităţii făcută de administratorul cazului la _____ centrul ADH de la _____ (data) până la _____ (data)

Determinarea de mai sus se bazează pe informaţiile incluse în Sumarul Serviciilor şi Evaluarea Detaliată anexate.

☐ Alte măsuri. Conform WAC,
această măsură a fost luată deoarece:

Aveţi dreptul să solicitaţi o Audiere Imparţială dacă nu sunteţi de acord cu această măsură. Aveţi la dispoziţie 90 (nouăzeci) de zile de la data la care primiţi acest aviz pentru a solicita audierea. Pentru a solicita o Audiere Imparţială, scrieţi pe adresa OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489.

Dacă, în prezent, primiţi asistenţă prin programul amintit mai sus, **veţi fi eligibil(ă) pentru ASISTENŢĂ CONTINUĂ dacă solicitaţi o Audiere Imparţială până la data efectivă sau la sfârşitul lunii dăţii efective. Dacă măsura luată de departament este confirmată la Audierea Imparţială, aţi putea primi o sumă suplimentară pentru asistenţa primită în această perioadă, pe care va trebui să o rambursaţi. Nu va trebui să rambursaţi mai mult de 60 (şaizeci) de zile de asistenţă primită. Dacă nu doriţi să primiţi ASISTENŢĂ CONTINUĂ, trebuie să înştiinţaţi persoana care a semnat această scrisoare în scris.**

De asemenea, aveţi următoarele drepturi: 1) să fiţi reprezentat(ă) (aţi putea fi eligibil pentru asistenţă legală gratuită); 2) să cereţi o copie a dosarului dumneavoastră şi toate informaţiile pe care s-a bazat decizia departamentului privind asistenţa acordată dumneavoastră; 3) să depuneţi documente ca probe; 4) să depuneţi mărturie la audiere şi să aduceţi martori care să depună mărturie în numele dumneavoastră; şi 5) să puneţi întrebări martorilor care depun mărturie în numele departamentului. Pentru informaţii suplimentare, vă rugăm să solicitaţi broşura DSHS 22-092(X) de la persoana care a semnat această scrisoare. Dacă doriţi, telefonaţi la:

_____

Cu stimă,

_____

SEMNĂTURA FUNCŢIONARULUI PENTRU ASISTENŢĂ SOCIALĂ/ADMINISTRATORULUI CAZULUI

NUME ŞI ADRESĂ HCS/AAA