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

HSC/AAA EYLEM PLANI BİLDİRİMİ
HCS/AAA PLANNED ACTION NOTICE

DATE OF NOTICE
PROGRAM
CLIENT ID

Sayın

Yararlanacağınız hizmetler , tarihinden geçerli olmak üzere:

☐ Uygun görülmüştür ☐ Değiştirilmiştir ☐ Devam edecektir ☐ Artırılmıştır ☐ Geri çekilmiştir
☐ Reddedilmiştir ☐ Azaltılmıştır ☐ Sona erdirilmiştir ☐ Askıya alınmısştır

Bu kararımız aşağıdakilere istinaden verilmiştir:

☐ WAC (Washington Idari Yasası) 388-106-
☐ Adult Day Health (Yetişkinler Güniçi Sağlık Yasası – ADH) WAC 388-71-0702, WAC 388-71-0706, WAC 388-106-0810 WAC 388-106-0815
☐ Diğer:

Ev ve toplum hizmetleri için uygunluğunuz Washington Administrative Code (Washington İdari Yasası - WAC) Bölüm 388-106 uyarınca değerlendirilmiş bulunmaktadır.

☐ Yapılan değerlendirme bu hizmetler için uygun olmadığınızı göstermiştir.

☐ Yapiılan değerlendirme sizin _____ klasmanına girdiğinizi ve (COPES/MNIW/MPC/Eyalet Tarafıından finanse edilen) _____ programı çerçevesinde _____ saatlik ev içi bakıma uygun olduğunuzu göstermiştir.

☐ Yapılan değerlendirme sizin _____ klasmanına girdiğinizi _____ ve (COPES/MNIW/MPC Eyalet tarafından finanse edilen) MPC programı çerçevesinde tarafınıza günlük $_____ ikamet bedelinin ödenmesinin uygun olduğunu göstermiştir.

☐ ADH (Yetişkin Güniçi Hasta) Kabulünün/Değerlendirmesinin ve toplam 10 ücretli hizmet gününe kadar haftada _____ gün _____ hemşirelik hizmetinin ve/veya ADH merkezinde _____ ye kabulün mümkün olup olmayacağını değerlendirecek _____ rehabilitasyon personeli hizmetinin uygunluğu onaylanmış bulunmaktadır.

☐ Halen yürütülmekte bulunan ADH hizmetlerinin, haftada _____ gün hemşirelik hizmeti ve/veya _____ rehabilitasyon hizmetleri şeklinde vak'a yönetmeninin kararına dayalı olarak _____ tarihinden
TARIH
_____ tarihine kadar _____ ADH merkezinde
TARIH
devamının uygunluğunu onaylamış bulunmaktadır.

Yukarıdaki değerlendirme ekteki Service Summary (Hizmet Özeti) ve Assessment Details (Değerlendirme Ayrıntıları) içinde yeralan bilgilere dayanmaktadır.

☐ Diğer Karar: WAC(s) (Washington Idari Yasaları) uyarınca alınan bu diğer kararın gerekçesi şudur:

Bu kararımıza katılmamanız halinde Adil Duruşma başvurusunda bulunma hakkınız vardır. Bu başvuruyu, işbu bildirimi almanızdan doksan (90) gün içinde yapabilirsiniz. Adil Duruşma için yazıyla başvuracağınız makamın adresi şudur: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489.

Eğer yukarıda sözü edilen program üzerinden halen yardım almakta iseniz, **geçerli tarih içinde veya geçerli tarihin yeraldığı ayın son gününe kadar Adil Duruşma başvurusunda bulunmanız halinde YARDIMIN DEVAMI için uygun görüleceksiniz.** Eğer Adil Duruşma'da Dairemiz haklı bulunur ise bu süre içinde yardım için tarafınıza fazla ödeme yapılmış olabileceğinden aldığınız bu fazla miktarı iade etmek durumunda kalacaksınız. Iade etmek durumunda kalacağınız fazla ödeme, altmış (60) günlük tutarı geçemez. Eğer YARDIMIN DEVAMI'nı istemiyorsanız bu yazımızı imzalamış olan görevliye bunu bildirmelisiniz.

Ayrıca şu haklara sahipsiniz: 1) duruşmada vekaleten temsil edilme (ücretsiz vekalet için uygun görülebilirsiniz); 2) dosyanızın suretini ve alacağınız yardımın tespitinde dairemizin dayandığı tüm bilgileri talep etme; 3) elinizdeki belgeleri delil olarak sunabilme; 4) duruşmada ifade vermek ve lehinize tanıklık yapacak tanıkları önerme; 5) departmanımız lehine ifade verebilecek tanıkları duruşmada sorgulama. Daha fazla bilgi için bu yazımızı imzalayan görevliden DSHS 22-092(X) broşürünü isteyiniz. Arzu ederseniz şu telefonu da arayabilirsiniz:

Saygılarımızla,

_____

Sosyal Hizmetler Görevlisinin Vak'a Yönetmeninin Imzası

HCS/AAA Adi ve Adresi