Washington State Department of Social & Health Services

# УВЕДОМЛЕНИЕ О ЗАПЛАНИРОВАННОМ ДЕЙСТВИИ РЕГИСТРАЦИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ УЧАСТИЯ В ИСКЛЮЧИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ

## PLANNED ACTION NOTICE WAIVER ENROLLMENT AND TERMINATION

ИМЯ И АДРЕС КЛИЕНТА

ИМЯ И АДРЕС ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Отдел DDD принял решение в отношении вашей записи в исключительную программу услуг на дому и районного обслуживания отдела DDD.

### ЗАПИСЬ В ИСКЛЮЧИТЕЛЬНУЮ ПРОГРАММУ

☐ Вы утверждены для записи в следующую исключительную программу HCBS отдела DDD:

- ☐ Basic
- ☐ Basic Plus
- ☐ CORE
- ☐ Исключительную программу общественной защиты (Community Protection Waiver)

Запись в этой исключительной программе начнет действовать с: _____ .

Вы можете позвонить своему Менеджеру по делу/распределению ресурсов (CRM) для получения дальнейшей информации и планирования.

| ИМЯ CRM | НОМЕР ТЕЛЕФОНА |
|---|---|
| | |

### ПРЕКРАЩЕНИЕ УЧАСТИЯ В ИСКЛЮЧИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ

☐ Вы больше не имеете права на участие в следующей исключительной программе услуг на дому и районного обслуживания (HCBS) отдела DDD:

☐ Basic ☐ Basic Plus ☐ CORE ☐ Исключительная программа общественной защиты (Community Protection Waiver)

Дата вступления в силу данного решения о прекращении права на участие в исключительной программе и предоставления услуг: _____ .

Причина (ы) прекращения участия:

| | |
|---|---|
| ☐ Вы не соответствуете критериям на участие в исключительной программе. | WAC 388-845-0030 |
| ☐ Вы записываетесь в другую исключительную программу HCBS отдела DDD. | WAC 388-845-0045; 0080; 3085 |
| ☐ Вы больше не нуждаетесь или не пользуетесь услугами исключительной программы. | WAC 388-824-0030(6) или 0060(2)(3) |
| ☐ Вы участвуете в исключительной программе общественной защиты (Community Protection Waiver) и отказались от обслуживания сертифицированным поставщиком услуг программы общественной защиты. | WAC 388-845-0060(4) |
| ☐ Вы решили прекратить участие в исключительной программе | WAC 388-845-0060(5) |
| ☐ Вы проживаете за пределами штата. | WAC 388-845-0060(6) |
| ☐ Вас невозможно найти или вы недоступны для ежегодной повторной оценки права участия в исключительной программе. | WAC 388-845-0060(7) |
| ☐ Вы отказываетесь участвовать в планировании вашего обслуживания, в обеспечении качества обслуживания или деятельности по контролю. | WAC 388-845-0060(b)(c) |
| ☐ Вы отказываетесь от услуг, согласованных в вашем плане по уходу, которые требуются для удовлетворения ваших медицинских потребностей и потребностей безопасности. | WAC 388-845-0060(c) |
| ☐ Вы проживаете в учреждении. | WAC 388-845-0060(9) |
| ☐ Ваши потребности выходят за пределы исключительной программы. | WAC 388-845-0000 или 3085 |



DISTRIBUTION: Regional Waiver Coordinator Client File

## ВАШИ ПРАВА НА ОБЖАЛОВАНИЕ

Вы имеете право подать запрос на проведение Административного слушания, если вы не согласны с прекращением действия вашего права на участие в исключительной программе.

Если прекращение вашего участия исключительной программе связано только с тем, что вы не соответствуете требованиям для получения услуг по программе Medicaid или помощи по нетрудоспособности в рамках программ социального обеспечения, вы не имеете права подавать апелляцию против отдела DDD. Вы имеете право подать апелляцию в организацию, принявшую решение о вашем несоответствии требованиям.

У вас есть девяносто (90) дней после получения данного уведомления, чтобы обжаловать это решение.

- Если вы в настоящее время получаете оплачиваемые услуги исключительной программы от отдела DDD и желаете сохранить право на участие в исключительной программе, а также продолжить получение услуг на время процедуры обжалования, вы должны подать ходатайство о проведении административного слушания до _____
- Если вы решите продолжить получение оплачиваемых услуг, а окончательное решение подтвердит решение департамента, вам придется возместить стоимость полученных оплачиваемых услуг за период до 60 дней.
- Если вы не хотите продолжать получение своих оплачиваемых услуг, свяжитесь с:

_____ по тел. _____

МЕНЕДЖЕР ПО ДЕЛУ / РАСПОРЯДИТЕЛЬ РЕСУРСОВ — НОМЕР ТЕЛЕФОНА

Вы имеете следующие права:

1. Быть представленным другим лицом (вы можете иметь право на бесплатную юридическую помощь);
2. Запросить копию вашего дела и всю информацию, рассмотренную отделом DDD для принятия его решения;
3. Подать документы в качестве доказательства;
4. Давать показания на слушании и представлять свидетелей для дачи показаний от вашего лица; и
5. Проводить перекрестный допрос свидетелей, дающих показания в пользу департамента.

Форма ходатайства о проведении административного слушания прилагается.

## У ВАС ИМЕЮТСЯ ВОПРОСЫ?

**Если у вас есть вопросы об этом решении в отношении права участия в программе или о правах на обжалование, свяжитесь с**

| ИМЯ | НОМЕР ТЕЛЕФОНА | МЕСТНЫЙ ОФИС |
|---|---|---|
| | | |

Washington State Department of Social & Health Services

# УВЕДОМЛЕНИЕ О ЗАПЛАНИРОВАННОМ ДЕЙСТВИИ РЕГИСТРАЦИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ УЧАСТИЯ В ИСКЛЮЧИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ОТДЕЛА DDD ХОДАТАЙСТВО О ПРОВЕДЕНИИ СЛУШАНИЯ

В соответствии с главой 388-02 правил проведения слушаний DSHS

| FOR AGENCY USE ONLY<br>☐ **Oral request taken by:** | |
|---|---|
| NAME | TELEPHONE NUMBER |
| INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION | |

**ОТПРАВЬТЕ ПО АДРЕСУ:** OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

**ФАКС:** 360-586-6563

Я подаю запрос на проведение слушания в связи с тем, что я не согласен со следующим решением Отдела помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие порока развития (Division of Developmental Disabilities, DDD), в отношении услуги:

| ВАШЕ ИМЯ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ) | ДАТА РОЖДЕНИЯ | НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ |
|---|---|---|
| АДРЕС ЛИЦА, ПОДАЮЩЕГО ЗАПРОС НА ПРОВЕДЕНИЕ СЛУШАНИЯ | ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА | |
| ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС | НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ КОД РАЙОНА) ☐ **АВТООТВЕТЧИК** | |

**Я получил уведомление о решении:** _____ от: _____
ДАТА НАЗВАНИЕ И МЕСТОПОЛОЖЕНИЕ ОФИСА DSHS

**Я желаю получать постоянную помощь, если я имею на нее право:** ☐ **Да** ☐ **Нет** Программа: _____

Меня представляет (если вы намерены представлять себя сами, не заполняйте следующие две строки):

| ИМЯ ВАШЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ | ОРГАНИЗАЦИЯ | НОМЕР ТЕЛЕФОНА |
|---|---|---|
| АДРЕС | ГОРОД | ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС |

☐ **Я разрешаю раскрывать моему представителю информацию, связанную с моим слушанием.**

| ВАША ПОДПИСЬ | ДАТА |
|---|---|

Требуются ли вам услуги переводчика или другая помощь / специальные условия для участия в слушании: ☐ **Да** ☐ **Нет**

Если да, укажите язык или необходимую помощь _____

Судьи по административным делам (Administrative Law Judge, ALJ) могут проводить некоторые слушания по телефону. Если вы предпочитаете личное слушание, следуйте инструкциям, представленным в Уведомлении о слушании (Notice of Hearing), которое будет отправлено вам Управлением административных слушаний (Office of Administrative Hearings, OAH).

# DDD WAIVER ENROLLMENT AND TERMINATION PLANNED ACTION NOTICE INSTRUCTIONS

Completing the Form

1. Waiver Enrollment:

   - The effective date of the waiver enrollment on the first page of the Planned Action Notice is the date the Case Resource Manager signs the Plan of Care (POC). Remember: All of the items must be completed on the Waiver Eligibility Determination Checklist (10-274) before you can sign the POC.

2. Waiver Termination:

   - The effective date of the termination for waiver eligibility and services on the first page of the Planned Action Notice is a minimum of 10 days from the mailing of the Planned Action Notice then extending to the end of the month of the tenth day.
   - When the client is moving from one waiver to another the termination date is the day before the waiver enrollment effective date.

3. It is preferable that any:

   - Service termination occurs the last day of the month, and
   - Service reduction occurs the first day of the month.

4. The appeal date on the second page of the Planned Action Notice is calculated by counting ten (10) days from the date of mailing - the tenth day must be a working day - and extending to the end of the month.

   - Services continue if an appeal is filed in a timely manner except for circumstances listed in WAC 388-825-150.

5. The client is instructed to return the form if they choose NOT to have services or eligibility continue during the appeal. If they choose to contact you by telephone, note that they have requested to discontinue services in the CARE SER and terminate services the same date as the termination effective date on the first page.