Washington State Department of Social & Health Services

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

УВЕДОМЛЕНИЕ О ЗАПЛАНИРОВАННОМ ДЕЙСТВИИ
УСЛУГИ ОТДЕЛА **DDD**, ФИНАНСИРУЕМЫЕ ТОЛЬКО ИЗ СРЕДСТВ ШТАТА
PLANNED ACTION NOTICE
DDD STATE-ONLY FUNDED SERVICES

ИМЯ И АДРЕС КЛИЕНТА/ЗАЯВИТЕЛЯ

ИМЯ И АДРЕС ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Отдел **DDD** принял следующее (ие) решение (я) относительно ваших услуг или запроса об услугах.

Данное решение вступает в силу _____

РЕШЕНИЕ ОБ ОТКАЗЕ, СОКРАЩЕНИИ ОБЪЕМА ИЛИ ПРЕКРАЩЕНИИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГИ

Ниже перечислены причины с номерами для ссылки:

1. Вы не имеете права на получение данной услуги.
2. У вас отсутствует оцененная необходимость в получении данной услуги.
3. Вы не можете получать услугу или пользоваться ей так, как было указано в вашем запросе.
4. У вас отсутствует оцененная необходимость в получения услуги в запрошенном объеме или в объеме, в котором вы получали ее ранее.
5. Отсутствует субсидирование данной услуги, финансируемой только из средств штата.
6. Данная услуга может быть получена из других источников.
7. Вы или ваш представитель запросили данное решение.

РЕШЕНИЕ

УСЛУГА	РЕШЕНИЕ	ПРИЧИНА	ОБЪЕМ
	☐ Сократить объем	WAC 388-	С:
		Причина №	До:
	☐ Отказать ☐ Прекратить	WAC 388-	
		Причина №	
УСЛУГА	**РЕШЕНИЕ**	**ПРИЧИНА**	**ОБЪЕМ**
	☐ Сократить объем	WAC 388-	С:
		Причина №	До:
	☐ Отказать ☐ Прекратить	WAC 388-	
		Причина №	
УСЛУГА	**РЕШЕНИЕ**	**ПРИЧИНА**	**ОБЪЕМ**
	☐ Сократить объем	WAC 388-	С:
		Причина №	До:
	☐ Отказать ☐ Прекратить	WAC 388-	
		Причина №	

РЕШЕНИЕ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)			
УСЛУГА	РЕШЕНИЕ	ПРИЧИНА	ОБЪЕМ
	☐ Сократить объем	WAC 388-	С:
		Причина №	До:
	☐ Отказать ☐ Прекратить	WAC 388-	
		Причина №	
УСЛУГА	РЕШЕНИЕ	ПРИЧИНА	ОБЪЕМ
	☐ Сократить объем	WAC 388-	С:
		Причина №	До:
	☐ Отказать ☐ Прекратить	WAC 388-	
		Причина №	
УСЛУГА	РЕШЕНИЕ	ПРИЧИНА	ОБЪЕМ
	☐ Сократить объем	WAC 388-	С:
		Причина №	До:
	☐ Отказать ☐ Прекратить	WAC 388-	
		Причина №	
УСЛУГА	РЕШЕНИЕ	ПРИЧИНА	ОБЪЕМ
	☐ Сократить объем	WAC 388-	С:
		Причина №	До:
	☐ Отказать ☐ Прекратить	WAC 388-	
		Причина №	
УСЛУГА	РЕШЕНИЕ	ПРИЧИНА	ОБЪЕМ
	☐ Сократить объем	WAC 388-	С:
		Причина №	До:
	☐ Отказать ☐ Прекратить	WAC 388-	
		Причина №	

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ

ВАШИ ПРАВА НА АПЕЛЛЯЦИЮ

Для того чтобы подать запрос на проведение административного слушания для обжалования этого решения, у вас есть девяносто (90) дней после получения данного уведомления.

- Если вы в настоящее время получаете данную платную услугу от отдела DDD и желаете продолжить ее получение на время процедуры обжалования. вы должны подать запрос на проведение административного слушания до _____
- Если вы решите продолжить получение данной оплачиваемой услуги, а окончательное решение подтвердит решение департамента, возможно, вам придется выплатить компенсацию за получение оплачиваемых услуг за период до 60 дней.
- Если вы не хотите продолжать получение своих платных услуг, свяжитесь с:

_____ по тел. _____

МЕНЕДЖЕР ПО ДЕЛУ / РАСПОРЯДИТЕЛЬ РЕСУРСОВ — НОМЕР ТЕЛЕФОНА

Вы имеете следующие права:

1. Использовать представителя на слушании (возможно, вы имеете право на бесплатную ю ридическую помощь);
2. Запрашивать копию своих документов и всю информацию, рассматриваемую отделом DDD при вынесении решения;
3. Представлять документы в качестве доказательств;
4. Давать показания в ходе слушания и представлять свидетелей для дачи показаний от вашего имени; и
5. Подвергать перекрестному допросу свидетелей, дающих показания в пользу департамента.

Форма запроса на проведение административного слушания прилагается.

ВОПРОСЫ

Если у вас есть вопросы по данному решению или по процедуре обжалования, пожалуйста, свяжитесь с

ИМЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА	МЕСТНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Washington State Department of Social & Health Services

УВЕДОМЛЕНИЕ О ЗАПЛАНИРОВАННОМ ДЕЙСТВИИ УСЛУГИ ОТДЕЛА DDD, ФИНАНСИРУЕМЫЕ ТОЛЬКО ИЗ СРЕДСТВ ШТАТА

В соответствии с главой 388-02 правил проведения слушаний DSHS

FOR AGENCY USE ONLY ☐ **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: 360-586-6463

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) относительно услуги или права на получение услуг отдела.

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).

Ссылки на Административный кодекс штата Вашингтон (Washington Administrative Code, WAC) для уведомления о запланированном действии в отношении услуг отдела DDD, финансируемых только из средств штата

УСЛУГА	WAC	ПРИЧИНА
Все исключения из правил	388-440-0001(1)	Критерії ETR
Относится ко всем услугам, финансируемым только из средств штата	388-825-045	Установление необходимости в получении услуги
	388-825-055	Возможность финансирования и наличие прав на получение услуги
Распределение детей на проживание вне дома	388-826-0010	Право на участие в программе добровольной передачи под опеку (Voluntary Placement Program, VPP) в возрасте до 18 лет
	388-826-0015	Право на участие в VPP в возрасте от 18 до 25 лет
	388-826-0035	Решение/Утверждение VPP
	388-826-0010	Прекращение VPP
	388-826-0015	Право на сохранение участия в VPP в возрасте от 18 до 21 года
Услуги помощи в повседневной работе по дому	388-106-0610	Право на получение услуг помощи в повседневной работе по дому
	388-106-0620	Сохранение права на получение услуг путем ежегодной переоценки
Программа округа по дневному уходу и услуги трудоустройства для совершеннолетних	388-106-0130	Определение количества часов
Платные услуги отдела DDD по уходу за совершеннолетними с проживанием		
Альтернативное проживание	388-825-381	40-часовое ограничение на услугу
Проживание с привлечением дополнительной помощи (Supported Living, SL) и приюты	388-101-1210	Право на получение услуги SL
Услуги поддержки семей	388-825-248	Право на получение услуги TFS в сопоставлении с услугой FSO по дате
Традиционная поддержка семей (Traditional Family Support, TFS)	388-825-252	Право на получение услуги TFS
	388-825-253	Ограничения услуги TFS
	388-825-254	Ставки
	388-825-256	Уровни
Возможность оказания поддержки семьям (Family Support Opportunities, FSO)	388-825-205	Право на получение услуги FSO
	388-825-228	Объем услуги FSO
	388-825-230	Услуги FSO
	388-825-242	Ограничения на услугу FSO

УСЛУГА	WAC	ПРИЧИНА
Предварительная программа по оказанию поддержки семьям (Family Support Pilot, FSP)	388-825-510	Право на получение услуги
	388-825-516	Лица, не имеющие права на услугу
	388-825-532 and 540	Требования к декларации о доходах для получения права на услугу
	388-825-548	Объем помощи
	388-825-544	Право на получение услуги не гарантирует получение помощи
	388-825-554	Приоритеты для установления лиц, получающих помощь по программе FSP
	388-825-558 and 560	Услуги и ограничения FSP
	388-825-584	Условия прекращения предоставления
Медсестринский уход		
Назначение медсестры	246-840-930	Условия назначения
	246-840-960	Отмена назначения
Другие медсестринские услуги	388-825-845 or 055	См. выше информацию по всем услугам, финансируемым только из средств штата
Профессиональные услуги	388-825-045, 055	См. выше информацию по всем услугам, финансируемым только из средств штата
Дополнительные выплаты штата (State Supplement Payment, SSP)	388-827-0105	Право на получение услуг SSP
	388-827-0110	Право на получение услуг SSP, обусловленное наличием права на получение финансовой помощи
	388-827-0115	Право на получение услуг SSP, обусловленное наличием права на участие в других установленных программах
	388-827-0131	Прекращение предоставления услуг SSP
	388-827-0145	Объем услуг SSP

INSTRUCTIONS FOR STATE-ONLY FUNDED SERVICES PLANNED ACTION NOTICE

Notification Requirements

1. A Planned Action Notice with Appeal Rights and request for Hearing must be sent when a service(s) is reduced, denied, or terminated.

2. A request for a specific service can be oral or in writing. A denial of either request requires a Planned Action Notice.

3. All decisions are documented in the client's CARE Service Episode Record.

4. The Planned Action Notice must be sent within 5 working days of the decision date.

5. The Planned Action Notice is addressed to the client regardless of age and a copy sent to their representative per WAC 388-825-100. Use the following order to determine who represents the client:

    - A parent if the client is under the age of eighteen (18);
    - The guardian or other legal representative;
    - Other relative;
    - Other person identified by the client;
    - An advocacy agency.

Completing the form

1. The effective date of a **denial** is the date of the decision.

    - Provide 90 days from the date of receipt for requesting an appeal.

2. The effective date, first page, is a minimum of ten (10) days and a maximum of ninety (90) from the date the Planned Action Notice is mailed to the client.

    - Mailing date is the date the form is completed or the next business day.
    - A service termination occurs the last day of the month
    - A service reduction occurs on the first day of the month
    - Services continue if an appeal is filed in a timely manner except for circumstances listed in WAC 388-825-150.

3. Services: Choose the service from the attached list of services and WAC references.

4. Decision: Identify the appropriate decision.

5. Reason:

    - Insert the WAC number(s) that give the legal authority for the decision.
    - Insert the corresponding number of the reason(s) listed on the Planned Action Notice for the decision.

6. Amount:

    - Amount and unit of service required for Reductions.
    - Example: Reduced "From" 100 hours per month "To" 80 hours per month.

7. The second page is optional. Use if there are more than two decisions.

8. Instructions for completing a **translated form:**

- Enter the information in English.
- Identify each service with a number if there is more than one.
- Write the number next to the corresponding reference line on the Services/WAC chart and highlight the WAC reference and reason.
- Send the highlighted WAC reference page(s) with the Planned Action Notice.

Appeal Rights

1. Insert a date in the first bulleted statement ONLY if this is a reduction or termination of an existing service.

2. To calculate the date in the first bulleted statement:

   - The appeal date is 10 days from the mailing of the Planned Action Notice then extending to the end of the month of the 10th day.
   - The appeal date must be prior to or the same as the effective date.
   - The 10th day must be a work day.

   Examples:

   1. The notice is completed October 10th with anticipated mailing October 11th.
      - Ten (10) days counting October 11th is October 20th.
      - The last day of the month of the 10th day is October 31st.

   2. The notice is completed October 20th with anticipated mailing October 23rd.
      - Ten (10) days counting October 23rd is November 1st.
      - The last day of the month of the 10th day is November 30th.

3. Case/Resource Manager name for terminating paid services during an appeal is the CRM responsible for authorizing the client's paid services.

4. The name at the bottom of the form will be determined by regional authority.