Washington State Department of Social & Health Services

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

AVISO DE ACCIÓN PLANIFICADA
SERVICIOS DE DDD FINANCIADOS ÚNICAMENTE POR EL ESTADO

PLANNED ACTION NOTICE
DDD STATE-ONLY FUNDED SERVICES

NOMBRE Y DOMICILIO DEL CLIENTE/SOLICITANTE

NOMBRE Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE

DDD ha tomado la decisión a continuación con respecto a sus servicios o solicitud para servicios.

Esta decisión será efectiva el _____

RAZÓN DE LA NEGACIÓN, REDUCCIÓN O CANCELACIÓN DE SERVICIOS

A continuación se detalla la lista de referencia de los números de las

1. No es elegible para este servicio.
2. Usted no cuenta con una necesidad evaluada para este servicio.
3. No puede recibir ni usar los servicios en la manera que usted ha solicitado.
4. No cuenta con una necesidad evaluada para la cantidad de servicios que solicitó o que previamente tenía.
5. No se dispone de los fondos para los servicios financiados únicamente por el
6. El servicio está disponible a través de otros recursos.
7. Usted o su representante solicitó esta decisión.

DECISIÓN

SERVICIO	DECISIÓN	RAZÓN		MONTO
	☐ Reducción	WAC 388-		De:
		Razón No.		Para:
	☐ Negación ☐ Cancelación	WAC 388-		
		Razón No.		
SERVICIO	DECISIÓN	RAZÓN		MONTO
	☐ Reducción	WAC 388-		De:
		Razón No.		Para:
	☐ Negación ☐ Cancelación	WAC 388-		
		Razón No.		
SERVICIO	DECISIÓN	RAZÓN		MONTO
	☐ Reducción	WAC 388-		De:
		Razón No.		Para:
	☐ Negación ☐ Cancelación	WAC 388-		
		Razón No.		

DECISIÓN (Continuación)			
SERVICIO	DECISIÓN	RAZÓN	MONTO
	☐ Reducción	WAC 388-	De:
		Razón No.	Para:
	☐ Negación ☐ Cancelación	WAC 388-	
		Razón No.	
SERVICIO	DECISIÓN	RAZÓN	MONTO
	☐ Reducción	WAC 388-	De:
		Razón No.	Para:
	☐ Negación ☐ Cancelación	WAC 388-	
		Razón No.	
SERVICIO	DECISIÓN	RAZÓN	MONTO
	☐ Reducción	WAC 388-	De:
		Razón No.	Para:
	☐ Negación ☐ Cancelación	WAC 388-	
		Razón No.	
SERVICIO	DECISIÓN	RAZÓN	MONTO
	☐ Reducción	WAC 388-	De:
		Razón No.	Para:
	☐ Negación ☐ Cancelación	WAC 388-	
		Razón No.	
SERVICIO	DECISIÓN	RAZÓN	MONTO
	☐ Reducción	WAC 388-	De:
		Razón No.	Para:
	☐ Negación ☐ Cancelación	WAC 388-	
		Razón No.	

COMENTARIOS ADICIONALES

SUS DERECHOS DE APELACIÓN

Tiene noventa (90) días a partir de la fecha en que reciba este aviso para solicitar una audiencia administrativa para apelar esta acción.

- Si a la fecha recibe servicios pagos de DDD, y desea que sus servicios continúen durante el proceso de apelación, deberá presentar una solicitud para una audiencia administrativa antes del _____
- Si elige continuar este servicio pago y la decisión final ratifica la acción del departamento, usted será responsable de devolver hasta 60 días de servicios pagos.
- Si no desea que continúen sus servicios pagos, comuníquese con:

_____ al _____

ADMINISTRADOR DEL CASO/ RECURSOS — NÚMERO DE TELÉFONO

Tiene los siguientes derechos:

1. A ser representado (quizás sea elegible para recibir asesoría legal gratuita);
2. A solicitar copias de su expediente y de toda la información evaluada por DDD para tomar esta decisión;
3. A presentar documentación de prueba;
4. A declarar en la audiencia y a presentar testigos que testifiquen en su nombre; y
5. A contra-interrogar testigos que testifiquen para el departamento.

Se adjunta un formulario para solicitar nuevamente una audiencia administrativa.

¿TIENE PREGUNTAS?

Si tuviera alguna pregunta en cuanto a esta decisión o en cuanto a sus derechos de apelación, comuníquese con:

NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO	OFICINA LOCAL

Washington State Department of Social & Health Services

AVISO SOBRE LA ACCIÓN PLANEADA
SERVICIOS DE DDD FINANCIADOS ÚNICAMENTE POR EL ESTADO

Conforme el Capítulo 388-02 de las reglas de audiencia de DSHS.

FOR AGENCY USE ONLY ☐ **Oral request taken by:**	
NAME	TELEPHONE NUMBER
INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION	

ENVIAR POR CORREO A: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

FAX: 360-586-6463

Solicito una audiencia debido a que estoy en desacuerdo con la siguiente decisión tomada por la División Servicios para Personas con Impedimentos al Desarrollo (DDD) en cuanto al servicio:

SU NOMBRE (ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
DOMICILIO DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA AUDIENCIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE	
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO REGIONAL) ☐ **TELÉFONO PARA MENSAJES**	

Se me notificó sobre la decisión el: _____ por: _____
FECHA — NOMBRE Y UBICACIÓN DE LA OFICINA DE DSHS

Deseo recibir asistencia continua, si fuera elegible: ☐ **Sí** ☐ **No** Programa: _____

Me representa (si va a representarse a sí mismo, no llene las dos líneas siguientes):

NOMBRE DE SU REPRESENTANTE	ORGANIZACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL

☐ **Autorizo la cesión de información sobre mi audiencia a mi representante.**

SU FIRMA	FECHA

¿Necesita a un intérprete u otro tipo de asistencia o arreglo para la audiencia? ☐ **Sí** ☐ **No**

De ser así, ¿qué idioma o qué tipo de asistencia? _____

Los Jueces de la Ley Administrativa (ALJ) podrían llevar a cabo algunas audiencias por teléfono. Si desea cambiar la audiencia para que se realice en persona, siga las instrucciones en el Aviso de Audiencia que le será enviado por correo por la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH).

Referencia de WAC para el Aviso de la Acción Planeada para los Servicios de DDD Financiados Únicamente por el Estado

SERVICIO	WAC	RAZÓN
Todas las excepciones a la regla	388-440-0001(1)	Criterio de ETR
Se aplica a todos los servicios únicamente del estado	388-825-045	Se determina que el servicio es necesario
	388-825-055	Disponibilidad de fondos y elegibilidad para los servicios
El niño se encuentra bajo una colocación fuera del hogar	388-826-0010	Elegibilidad para VPP si fuera menor de 18 años de edad
	388-826-0015	Elegibilidad para VPP para las personas entre 18 y 25 años de edad
	388-826-0035	Decisión/Aprobación de VPP
	388-826-0010	Cancelación de VPP
	388-826-0015	Elegibilidad para permanecer en VPP para las personas entre 18 y 21 años de edad
Servicios de mantenimiento de vivienda	388-106-0610	Elegibilidad para los servicios de mantenimiento de vivienda
	388-106-0620	Continúa siendo elegible para la reevaluación anual
Programa diurno y servicios de empleo del condado para adultos	388-106-0130	Determinación de horas
Servicios residenciales pagos para adultos de DDD		
Vivienda alternativa	388-825-381	40 horas límites de servicios
Vivienda asistida y hogar en grupo	388-101-1210	Elegibilidad para SL
Servicios de Asistencia Familiar	388-825-248	Elegibilidad de TFS vs. FSO por fecha
Asistencia familiar tradicional	388-825-252	Elegibilidad para TFS
	388-825-253	Restricción de servicios de TFS
	388-825-254	Tarifas
	388-825-256	Niveles
Oportunidades de asistencia familiar	388-825-205	Elegibilidad para FSO
	388-825-228	Cantidad de FSO
	388-825-230	Servicios de FSO
	388-825-242	Restricciones de FSO

SERVICIO	WAC	RAZÓN
Programa Piloto de Asistencia Familiar (FSP)	388-825-510	Elegibilidad
	388-825-516	Quién no es elegible
	388-825-532 y 540	Requisito de declaración de ingresos para ser elegible
	388-825-548	Monto de la compensación
	388-825-544	La elegibilidad no garantiza compensación
	388-825-554	Prioridades para determinar quién recibe compensación de FSP
	388-825-558 y 560	Servicios y restricciones de FSP
	388-825-584	Criterio de cancelación
Enfermería		
Delegación de enfermeros	246-840-930	Criterio para la delegación
	246-840-960	Anulación de la delegación
Otros servicios de enfermería	388-825-845 ó 055	Consultar arriba para todos los servicios estatales únicamente
Servicios profesionales	388-825-045, 055	Consultar arriba para todos los servicios únicamente estatales
SSP	388-827-0105	Elegibilidad para SSP
	388-827-0110	Elegibilidad financiera para SSP
	388-827-0115	Elegibilidad programática para SSP
	388-827-0131	Cancelación a SSP
	388-827-0145	Monto de 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.