Washington State Department of Social & Health Services

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

계획조치 통지서
웨이버 서비스
PLANNED ACTION NOTICE
WAIVER SERVICES

수혜자의 이름과 주소

수혜자의 대변인 이름과 주소

DDD는 귀하의 서비스 혹은 서비스 요청과 관련하여 다음과 같이 결정하였습니다.

본 결정사항은 다음 날짜부터 유효합니다. _____

서비스 거부, 삭감 혹은 해제 이유

이유 내용은 다음과 같습니다.

1. 해당 서비스에 대한 수혜자격이 없음
2. 해당 서비스 혹은 서비스 기간(혹은 금액)은 수혜자의 건강과 복지에 필요한 것이 아님
3. 서비스 금액은 평가하여 결정됨
4. 해당 서비스는 다른 출처를 통해 이용할 수도 있음
5. 해당 서비스는 수혜자의 웨이버 서비스에서 이용할 수 없거나 웨이버 서비스가 아님
6. 수혜 당사자 혹은 수혜자의 대변인이 이러한 결정을 요청하였음
7. 웨이버 프로그램 예산을 초과함

결정

서비스	결정	이유	금액
	☐ 삭감	WAC 388-	현재:
		이유 #	변경:
	☐ 거절 ☐ 해제	WAC 388-	
		이유 #	
	☐ 삭감	WAC 388-	현재:
		이유 #	변경:
	☐ 거절 ☐ 해제	WAC 388-	
		이유 #	
	☐ 삭감	WAC 388-	현재:
		이유 #	변경:
	☐ 거절 ☐ 해제	WAC 388-	
		이유 #	

결정(계속)			
서비스	결정	이유	금액
	☐ 삭감	WAC 388-	현재:
		이유 #	변경:
	☐ 거절 ☐ 해제	WAC 388-	
		이유 #	
	☐ 삭감	WAC 388-	현재:
		이유 #	변경:
	☐ 거절 ☐ 해제	WAC 388-	
		이유 #	
	☐ 삭감	WAC 388-	현재:
		이유 #	변경:
	☐ 거절 ☐ 해제	WAC 388-	
		이유 #	
	☐ 삭감	WAC 388-	현재:
		이유 #	변경:
	☐ 거절 ☐ 해제	WAC 388-	
		이유 #	
	☐ 삭감	WAC 388-	현재:
		이유 #	변경:
	☐ 거절 ☐ 해제	WAC 388-	
		이유 #	

추가의견

항소권

이러한 당국의 조치에 대해 행정심의회를 요청하려면 이 통지서를 받으신 후 구십(90)일 이내에 신청하여야만 합니다.

- 현재 DDD로부터 유급서비스를 받고 있는 중이고 항소기간 동안 계속해서 해당 서비스를 받기를 원하는 사람은 _____까지 행정심의회를 신청하여야만 합니다. .
- 본 유급 서비스를 계속 받기로 선택한 후 최종 판결이 당국의 승소로 결정될 경우 유급서비스의 최대 60일분에 해당하는 금액을 귀하가 부담하게 될 것입니다.
- 유급서비스를 계속해서 받기를 원하지 않으시면 아래로 연락하십시오.

_____	_____
케이스/자원 매니저	전화번호

수혜자는 다음과 같은 권리를 행사하실 수 있습니다.

1. 대리인을 대동할 권리(무료로 법적지원을 받으실 수도 있습니다)
2. DDD에서 이러한 결정을 하는 데 검토한 수혜자의 파일이나 모든 정보 사본을 요청할 권리
3. 증빙 서류를 제출할 권리
4. 심의회 장소에서 증언할 권리 및 자신을 위해 증인을 대두할 권리
5. 당국의 증인에게 반대 심문할 권리

행정심의회 신청서는 이 서신에 동봉되어 있습니다.

질문이 있으십니까?

당국의 결정, 항소절차 등에 관해 질문이 있으시면 아래로 연락하십시오.

이름	전화번호	지역사무소

Washington State Department of Social & Health Services

계획조치 통지서
DDD 웨이버 서비스
심의회 신청서

참조: 제 388-02조에 따른 DSHS 심의회 규정

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

발송주소: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

팩스 : 360-586-6463

본인은 발달장애부(DDD)에서 결정한 다음 서비스에 동의하지 않기 때문에 심의회를 신청합니다.

이름(인쇄체로 명확히 기입)	생년월일	소셜시큐리티 번호
심의회 신청인 주소	수혜자 ID 번호	
시 주 우편번호	전화번호(지역번호 포함) ☐ **메시지 수신 전화**	

조치사항 통지 날짜와 발송처: _____ **발송처:** _____
날짜 DSHS 사무소명과 주소

자격이 될 경우 계속 지원 받길 원합니까? ☐ **예** ☐ **아니오** **프로그램** _____

본인의 대변인은 다음과 같습니다(대변인이 없을 경우 다음 두 칸은 작성하지 마십시오).

대변인	소속기관(단체)	전화번호
주소	시	주 우편번호

☐ **본인은 본인의 심의회에 관한 정보를 본인의 대변인에게 공개해도 됨을 승인합니다.**

서명	날짜

심의회 개최시 통역관이나 기타 지원이나 편의시설이 필요합니까? ☐ **예** ☐ **아니오**
예에 해당될 경우 해당 언어나 필요한 지원을 기재하십시오. _____

행정판사(ALJ)는 일부 심의회를 전화상으로 개최할 수 있습니다. 전화보다는 직접 면담하는 방식으로 심의회를 하고자 한다면 OAH에서 보내드린 심의회 통지서 지시사항을 잘 준수하시기 바랍니다.

웨이버 DDD 서비스 계획조치 통지서 참조 WAC 규정

서비스	WAC	이유
규정에 대한 모든 예외사항	388-440-0001(1)	ETR 기준
카운티 데이 프로그램 **(County Day Program)**		
커뮤니티 이용 (Community Access)	388-845-0600	서비스 정의
	388-845-0610	서비스 한도
커뮤니티 가이드 (Community Guide)	388-845-0700	서비스 정의
	388-845-0710	서비스 한도
개인 대 개인	388-845-1200	서비스 정의
	388-845-1210	서비스 한도
직업학교(Prevocational)	388-845-1400	서비스 정의
	388-845-1410	서비스 한도
취업후원 (Supported Employment)	388-845-2100	서비스 정의
	388-845-2110	서비스 한도
DDD 유급 거주시설 (Paid Residential)		
성인 패밀리 홈 (Adult Family Home)	388-845-0300 388-106-0080; 0115	서비스 정의 서비스 금액
	388-845-1310 388-106-0120	서비스 한도 지급율
성인 레지던셜 케어 (Adult Residential Care)	388-845-0400 388-106-0080; 0115	서비스 정의 서비스 금액
	388-845-0410 388-106-0120	서비스 한도 지급율
주거 교육 서비스 (Residential Habilitation Service) 자원배치프로그램(Voluntary Placement Program) 그룹홈 (Group Home) 대체 거주시설 (Alternative Living) 컴패니언 홈 (Companion Home) 후원 거주시설 (Supported Living) 위탁 가정집 (Foster Home) 주정부 운영 거주 대체시설(State Operated Living Alternative)	388-845-1500	서비스 정의
	388-845-1515	서비스 제한
간호 **(Nursing)**		
숙련 간호	388-845-1700	서비스 정의
	388-845-1710	서비스 제한

서비스	WAC	이유
퍼스널 케어(Personal Care)		
모든 수혜자	388-106-0210 388-845-1300	수혜자격
모든 수혜자	388-845-1310	퍼스널케어서비스(personal care) 한도
모든 수혜자	388-106-0220	연례 수혜자격 재결정/재평가 의무
성인 인-홈(Adult In-Home)	388-106-0130; 0135 388-106-0220 388-106-0080; 0125; 0130	서비스 금액 삭감 혹은 재평가
아동 인-홈(Child In-Home)	388-106-0130; 0135 388-106-0213	수혜자격 연령 가이드라인
전문 서비스(Professional Services)		
행동관리(Behavior Management)	388-845-0500	서비스 정의
	388-845-0510	서비스 한도
연장된 주정부 계획 서비스 (Extended State Plan Services)	388-845-1000	서비스 정의
	388-845-1015	서비스 한도
정신의학 서비스(Psychiatric Services)	388-845-1900	서비스 정의
	388-845-1910	서비스 한도
직원/가족/Cons/교육 (Staff/Family/Cons./Training)	388-845-2000	서비스 정의
	388-845-2010	서비스 한도
전문화 서비스(Specialized Services)		
전문 의료 장비/용품 (Specialized Med. Equip/Supplies)	388-845-1800	서비스 정의
	388-845-1810	서비스 한도
환경 접근성 (Environment Accessibility)	388-845-0900	서비스 정의
	388-845-0910	서비스 한도
교통서비스(Transportation Services)	388-845-2200	서비스 정의
	388-845-2210	서비스 한도

서비스	WAC	이유
임시보호서비스(Respite Care)		
웨이버 수혜자	388-845-1600	서비스 정의
	388-845-1605	임시보호서비스(respite care) 수혜자격
	388-845-1606	수혜자격요건 예외
	388-845-1610	임시보호서비스(respite care) 제공처
	388-845-1620	서비스 한도
주정부 기금으로만 제공되는 서비스 (State Only Funded Services)		
웨이버 수혜자	388-845-0115	비웨이버 서비스이용

INSTRUCTIONS FOR PLANNED ACTION NOTICE DDD WAIVER SERVICES

Notification Requirements

1. A Planned Action Notice, 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. (First page)

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

2. The effective date of a **reduction** or **termination** is a minimum of ten (10) days and a maximum of ninety (90) days from the date the Planned Action Notice is mailed to the client.

   - A service termination occurs on 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 Approvals and Reductions.
   - Example: Approved at 60 hours per month;
     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 6) 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, count 10 days from the date the notice is mailed.

   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.