Washington State Department of Social & Health Services

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

УВЕДОМЛЕНИЕ О ЗАПЛАНИРОВАННОМ ДЕЙСТВИИ УСЛУГИ ПО ПРОГРАММЕ **MEDICAID**

PLANNED ACTION NOTICE MEDICAID SERVICES

ИМЯ И АДРЕС КЛИЕНТА/ЗАЯВИТЕЛЯ

ИМЯ И АДРЕС ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Отдел DDD принял следующее (ие) решение (я) относительно получаемых вами услуг или вашего запроса об услугах.

Данное решение вступает в силу _____

ПРИЧИНА ОТКАЗА, СОКРАЩЕНИЯ ОБЪЕМА ИЛИ ПРЕКРАЩЕНИЯ УСЛУГИ

Ниже перечислены причины с номерами ссылок:

1. Вы не имеете права на получение данной услуги.
2. У вас отсутствует оцененная необходимость в получении данной услуги.
3. Вы не можете получать данную услугу или пользоваться ей так, как было указано в вашем запросе.
4. У вас отсутствует оцененная необходимость в получении услуги в запрошенном объеме или в объеме, в котором вы получали ее ранее.
5. Данная услуга может быть получена из других источников.
6. Вы больше не имеете права на участие в программе Medicaid для категорически нуждающихся (categorically needy Medicaid program).
7. Вы не можете получать данную услугу или пользоваться ей так, как было указано в вашем запросе.
8. Вы или ваш представитель запросили данное решение.

РЕШЕНИЕ

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

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ

ВАШИ ПРАВА НА ОБЖАЛОВАНИЕ

Для того чтобы подать ходатайство о проведении административного слушания для обжалования этого решения у вас есть девяносто (90) дней после получения данного уведомления.

- Если вы в настоящее время получаете данную оплачиваемую услугу от отдела DDD и желаете продолжить ее получение на время процедуры обжалования, вы должны подать ходатайство о проведении 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 оплачиваемых услуг, свяжитесь с:

_____ по тел. _____

МЕНЕДЖЕР ПО ДЕЛУ / РАСПОРЯДИТЕЛЬ РЕСУРСОВ — НОМЕР ТЕЛЕФОНА

Вы имеете следующие права:

1. Использовать представителя на слушании (вы можете иметь право на бесплатную юридическую помощь);
2. Запросить копию своего дела и всю информацию, рассмотренную отделом DDD при вынесении решения;
3. Представлять документы в качестве доказательств;
4. Давать показания в ходе слушания и представлять свидетелей для дачи показаний в ваших инстересах; и
5. Подвергать перекрестному допросу свидетелей, дающих показания в пользу департамента.

Форма ходатайства о проведении административного слушания прилагается.

ВОПРОСЫ

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

ИМЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА	МЕСТНЫЙ ОФИС

Washington State Department of Social & Health Services

УВЕДОМЛЕНИЕ О ЗАПЛАНИРОВАННОМ ДЕЙСТВИИ УСЛУГИ ОТДЕЛА DDD ПО ПРОГРАММЕ **MEDICAID** ХОДАТАЙСТВО О ПРОВЕДЕНИИ СЛУШАНИЯ

В соответствии с главой 388-02 правил проведения слушаний DSHS

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

Почтовый адрес: 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 Департамента социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services, DSHS):

- Вкратце объясните, что было сделано или не сделано департаментом DSHS (добавьте страницы, если не хватает места); и
- По возможности приложите копию уведомления, которое вы обжалуете

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, другая помощь или специальные условия при проведении слушания: ☐ **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 по программе Medicaid

УСЛУГА	WAC	ПРИЧИНА
Все исключения из правил	388-440-0001(1)	Критерии ETR
	388-106-0815	Наличие права
Услуги программы Medicaid по плану штата		
Дневное медицинское обслуживание совершеннолетних (Adult Day Health, ADH)	388-106-0815	Право на получение услуги
	388-106-0810	Определение услуги ADH
Персональный медсестринский уход (Private Duty Nursing, PDN)	388-106-1010(d)	Услуга PDN и требование о 4-часовом непрерывном медсестринском уходе
	388-106-1010	Право на получение услуги
	388-106-1030	Ограничения и пределы
Программа личного ухода Medicaid (Medicaid Personal Care, MPC)	388-106-0210	Право на получение услуги MPC
Уход за совершеннолетними на дому по программе MPC	388-106-0130; 0135	Сокращение объема
	388-106-0220	Требование о прохождении ежегодного повторного определения/оценки
	388-106-0080; 0125; 0130	Объем услуг
Семейный приют для совершеннолетних / Уход за совершеннолетними с проживанием (AFH/ARC) по программе MPC	388-106-0080; 0115	Объем услуг
	388-106-0120	Ставка оплаты за услуги AFH/ARC
Уход за детьми на дому по программе MPC	388-106-0120	Право на получение услуги MPC (отказ или прекращение)
	388-106-0213; 0130; 0135	Возрастные инструкции (сокращение объема)
	388-106-0220	Требование о прохождении ежегодного повторного определения/оценки

INSTRUCTIONS FOR MEDICAID SERVICES PLANNED ACTION NOTICE

Notification Requirements

1. A Planned Action Notice 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

    - The effective date of a reduction or termination is always the last day of the month. It is a minimum of 10 working days and a maximum of 90 days from the date the Planned Action Notice is mailed to the client.

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

3. Decision: Identify the appropriate decision.

4. 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.

5. Amount:

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

6. Page two is optional. Use if there are more than two decisions.

7. 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.

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. The 10th day must be a working day.
   - Extend to the end of that month.

   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.