Washington State Department of Social & Health Services

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

THÔNG BÁO VỀ QUYẾT ĐỊNH
DỊCH VỤ MEDICAID

PLANNED ACTION NOTICE
MEDICAID SERVICES

TÊN VÀ ĐỊA CHỈ CỦA THÂN CHỦ/NGƯỜI ĐỨNG ĐƠN

TÊN VÀ ĐỊA CHỈ CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN

DDD đã có (những) quyết định sau đây liên quan đến các dịch vụ hoặc yêu cầu dịch vụ của quý vị.

Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày _____

LÝ DO TỪ KHƯỚC, GIẢM BỚT, HOẶC CHẤM DỨT DỊCH VỤ

Đây là những điều sẽ áp dụng cho phần lý do bên dưới đây:

1. Quý vị không hợp lệ hưởng dịch vụ này.
2. Quý vị không có sự thẩm định về nhu cầu cho dịch vụ này.
3. Quý vị không thể nhận hoặc sử dụng dịch vụ theo cách thức mà quý vị yêu cầu.
4. Quý vị không có sự thẩm định về nhu cầu cho số lượng dịch vụ mà quý vị yêu cầu hoặc đã có trước đây.
5. Dịch vụ được cung cấp qua chương trình khác.
6. Quý vị không còn hợp lệ trong chương trình Medicaid cho người nghèo nữa.
7. Quý vị không thể nhận hoặc sử dụng dịch vụ theo cách thức mà quý vị yêu cầu.
8. Quý vị hoặc người đại diện của quý vị đã yêu cầu quyết định này.

QUYẾT ĐỊNH

DỊCH VỤ	QUYẾT ĐỊNH	LÝ DO	SỐ LƯỢNG
	☐ Giảm bớt	WAC 388-	Từ:
		Lý do #	Còn:
	☐ Từ khước ☐ Chấm dứt	WAC 388-	
		Lý do #	
	☐ Giảm bớt	WAC 388-	Từ:
		Lý do #	Còn:
	☐ Từ khước ☐ Chấm dứt	WAC 388-	
		Lý do #	
	☐ Giảm bớt	WAC 388-	Từ:
		Lý do #	Còn:
	☐ Từ khước ☐ Chấm dứt	WAC 388-	
		Lý do #	

QUYẾT ĐỊNH (TIẾP THEO)			
DỊCH VỤ	QUYẾT ĐỊNH	LÝ DO	SỐ LƯỢNG
	☐ Giảm bớt	WAC 388-	Từ:
		Lý do #	Còn:
	☐ Từ khước ☐ Chấm dứt	WAC 388-	
		Lý do #	
	☐ Giảm bớt	WAC 388-	Từ:
		Lý do #	Còn:
	☐ Từ khước ☐ Chấm dứt	WAC 388-	
		Lý do #	
	☐ Giảm bớt	WAC 388-	Từ:
		Lý do #	Còn:
	☐ Từ khước ☐ Chấm dứt	WAC 388-	
		Lý do #	
	☐ Giảm bớt	WAC 388-	Từ:
		Lý do #	Còn:
	☐ Từ khước ☐ Chấm dứt	WAC 388-	
		Lý do #	
	☐ Giảm bớt	WAC 388-	Từ:
		Lý do #	Còn:
	☐ Từ khước ☐ Chấm dứt	WAC 388-	
		Lý do #	

CHÚ THÍCH THÊM

QUYỀN KHÁNG CÁO CỦA QUÝ VỊ

Quý vị có chín mươi (90) ngày kể từ ngày nhận được thông báo này để thỉnh cầu điều giải nhằm phản đối quyết định này.

- Nếu quý vị hiện đang nhận dịch vụ đã được DDD trả tiền và muốn dịch vụ đó tiếp tục trong lúc kháng cáo, quý vị phải nộp thỉnh cầu kháng cáo điều giải hành chánh trước ngày _____ .
- Nếu quý vị chọn tiếp tục hưởng dịch vụ đã được trả tiền này và nếu quyết định cuối cùng của bộ vẫn giữ nguyên, thì quý vị có thể phải chịu trách nhiệm trả tiền lại cho các dịch vụ lên đến 60 ngày.
- Nếu quý vị không muốn tiếp tục nhận các dịch vụ đã được trả tiền, xin liên lạc với:

_____ tại _____

NHÂN VIÊN PHỤ TRÁCH HỒ SƠ/NGUỒN TRỢ GIÚP — SỐ ĐIỆN THOẠI

Quý vị có những quyền hạn sau đây:

1. Có người đại diện cho quý vị (quý vị có thể hợp lệ để được trợ giúp pháp lý miễn phí);
2. Được yêu cầu bản sao hồ sơ của quý vị và tất cả những tin tức đã được DDD xét duyệt để quyết định;
3. Được trình những giấy tờ để làm bằng chứng;
4. Được làm chứng tại phiên điều giải và có nhân chứng hiện diện để làm chứng thay cho quý vị; và
5. Được đối chất với những nhân chứng của bộ.

Đơn thỉnh cầu điều giải hành chánh có kèm theo đây.

THẮC MẮC

Nếu quý vị có thắc mắc về quyết định này hoặc về thủ tục kháng cáo, xin liên lạc với:

TÊN	SỐ ĐIỆN THOẠI	VĂN PHÒNG ĐỊA PHƯƠNG

Washington State Department of Social & Health Services

THỈNH CẦU ĐIỀU GIẢI CHO THÔNG BÁO VỀ QUYẾT ĐỊNH DỊCH VỤ MEDICAID CỦA DDD

chiếu theo Chương 388-02 của DSHS về các điều lệ điều giải.

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

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

SỐ FAX: 360-586-6463

Tôi thỉnh cầu một buổi điều giải bởi vì tôi không đồng ý với quyết định sau đây của Bộ Xã Hội và Y Tế (DSHS):

- Giải thích vắn tắt những điều DSHS đã thực hiện hoặc không thực hiện cho quý vị (viết vào giấy khác nếu cần thêm chỗ); và
- Kèm theo bản sao của thông báo mà quý vị đang khiếu nại, nếu được

TÊN CỦA QUÝ VỊ (XIN VIẾT CHỮ IN)			NGÀY SINH	SỐ AN SINH XÃ HỘI
ĐỊA CHỈ CỦA NGƯỜI THỈNH CẦU ĐIỀU GIẢI			SỐ ID CỦA THÂN CHỦ	
THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	SỐ BƯU CHÍNH	SỐ ĐIỆN THOẠI (NHỚ GHI SỐ VÙNG) ☐ **ĐIỆN THOẠI ĐỂ NHẮN**	

Tôi đã được thông báo về sự quyết định vào ngày: _____ bởi: _____
NGÀY — TÊN VÀ ĐỊA ĐIỂM CỦA VĂN PHÒNG DSHS

Tôi muốn được tiếp tục hưởng trợ cấp, nếu hợp lệ: ☐ **Có** ☐ **Không** Chương Trình: _____

Tôi được đại diện bởi (nếu quý vị sẽ tự đại diện cho chính mình, xin đừng điền vào hai hàng kế tiếp):

TÊN NGƯỜI ĐẠI DIỆN CỦA QUÝ VỊ	CƠ QUAN	SỐ ĐIỆN THOẠI
ĐỊA CHỈ	THÀNH PHỐ / TIỂU BANG	SỐ BƯU CHÍNH

☐ **Tôi cho phép tiết lộ các chi tiết về buổi điều giải cho người đại diện của tôi.**

CHỮ KÝ CỦA QUÝ VỊ	NGÀY

Quý vị có cần thông dịch viên hoặc những trợ giúp hay phương tiện khác cho buổi điều giải của quý vị không? ☐ **Có** ☐ **Không**

Nếu có, xin cho biết ngôn ngữ hoặc loại trợ giúp gì? _____

Thẩm Phán Tòa Hành Chánh (ALJ) có thể giải quyết buổi điều giải bằng điện thoại. Nếu quý vị muốn được điều giải bằng cách đích thân đến gặp, xin làm theo những hướng dẫn trong Thông Báo Điều Giải mà OAH sẽ gởi đến cho quý vị.

Liên Quan của WAC Đối Với Thông Báo về Quyết Định Dịch Vụ Medicaid

DỊCH VỤ	WAC	LÝ DO
Tất Cả những trường hợp Ngoại Lệ về Điều Lệ	388-440-0001(1)	Tiêu Chuẩn ETR
	388-106-0815	Tình trạng hợp lệ
Dịch Vụ Medicaid trong Chương Trình của Tiểu Bang		
Chăm Sóc Người Lớn Ban Ngày	388-106-0815	Tình trạng hợp lệ
	388-106-0810	Theo như định nghĩa của ADH
Điều Dưỡng Tư	388-106-1010(d)	Dịch vụ PDN và đòi hỏi 4 tiếng điều dưỡng liên tục
	388-106-1010	Tình trạng hợp lệ
	388-106-1030	Sự giới hạn và các hạn chế
Chăm Sóc Cá Nhân Thuộc Medicaid	388-106-0210	Hợp lệ cho MPC
MPC Cho Người Lớn Tại Nhà	388-106-0130; 0135	Bị giảm bớt
	388-106-0220	Đòi hỏi phải được tái xác định/tái thẩm định hằng năm
	388-106-0080; 0125; 0130	Số lượng dịch vụ
AFH/ARC MPC	388-106-0080; 0115	Số lượng dịch vụ
	388-106-0120	Mức trả tiền cho AFH/ARC
MPC Cho Trẻ Em Tại Nhà	388-106-0120	Tình trạng hợp lệ cho MPC (Từ Khước hoặc Chấm Dứt)
	388-106-0213; 0130; 0135	Theo quy định về tuổi tác (Giảm bớt)
	388-106-0220	Đòi hỏi phải được tái xác định/tái thẩm định hằng năm

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.