Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

# Уведомление о решении
# Исключение из правила
## Notice of Action Exception to Rule

| ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА | НОМЕР ТЕЛЕФОНА СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА |
|---|---|
| ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА | ДАТА |

**См. важную информацию, приведенную в помеченных пунктах.**

---

**Информация для социального работника:** Используйте эту форму только для первоначальных или дополнительных запросов об исключении из правил на уровне тарифов по уходу по месту жительства и запросов об исключении из правил в отношении неперсонального ухода на дому / по месту жительства. По вопросам продления, изменения состояния или прекращения действия ранее утвержденных исключений из правил в отношении персонального ухода на дому и тарифов по уходу по месту жительства, используйте уведомления о запланированных мероприятиях (Planned Action Notices) в рамках отчетов о комплексном освидетельствовании (CARE).

Запрос об исключении из правил (отметьте один пункт):

☐ Дополнительный тариф за уход с проживанием, $_____.
☐ Другой вид неиндивидуального ухода: опишите вид ухода или укажите запрашиваемую сумму:

Запрос об исключении из правил Департамента, в соответствии с разделом WAC _____:

☐ **Не принят к рассмотрению.** Основание для отказа в рассмотрении данного запроса:
- ☐ WAC 388-440-0001. Ваша ситуация не отличается от большинства подобных.
- ☐ Иное, в соответствии с WAC 388-440-0001.

☐ **Принят к рассмотрению и одобрен:** Даты: _____по _____.
Дополнительный тариф одобрен: _____.
Другой вид неиндивидуального ухода или сумма одобрены:

☐ **Принят к рассмотрению и отклонен** на следующем основании:
- ☐ WAC 388-440-0001. Ваша ситуация не отличается от большинства подобных
- ☐ Иное, в соответствии с WAC 388-440-0001.

**<u>У вас нет права на проведение слушания по данному решению</u>**

A. Если вы не согласны с решением, у вас есть право подать письменную жалобу руководителю вашего социального работника или менеджера по уходу. Руководитель рассмотрит вашу жалобу и письменно уведомит вас о своём решении в течение десяти (10) дней с даты её получения.

B. Если вы не согласны с решением куратора, вы можете подать письменную жалобу региональному администратору Службы по вопросам семьи и общества (HCS) или директору или уполномоченному лицу Управления по делам престарелых (AAA), которые проведут повторное рассмотрение вашей жалобы, вынесут по ней решение и уведомят вас о нём в течение десяти (10) дней с даты получения жалобы.

C. Если тот же самый вопрос находится на административном или судебном рассмотрении, то Департамент может отреагировать на жалобу путем информирования подавшего её лица о том, что данный вопрос будет решен в ходе административного или судебного рассмотрения.

| ПОДПИСЬ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА ДАТА | | ФАМИЛИЯ, ИМЯ КУРАТОРА |
|---|---|---|
| ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА | | |
| АДРЕС HCS / AAA | | |
| ГОРОД | ШТАТ | ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС |