



## Aviso de Acción Planificada del Proveedor Individual Capacitación/Certificación

### Individual Provider Planned Action Notice Training / Certification

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR

#### Acción Planificada

El Código Administrativo de Washington (WAC) en su capítulo 388-71 contiene requisitos de capacitación y/o certificación necesarios para ser elegible para trabajar y ser pagado por la Servicios para la Tercera Edad y la Discapacidad (ADS) como proveedor individual/trabajador de cuidado a largo plazo.

Usted está recibiendo esta notificación debido a que no ha completado la capacitación o certificación requerida. Si no cumple con este requisito, usted no recibirá el pago por los servicios después de la fecha de esta notificación.

Efectivo \_\_\_\_\_

- ADS le está negando su pago porque determinó, en base a la información de la Sociedad de Capacitación, que usted no ha completado la capacitación requerida en el período de tiempo requerido.
  - Usted no ha completado la capacitación básica requerida.
  - Usted no ha completado la educación continua.
- ADS le está negando su pago porque determinó que usted debe estar certificado/recertificado como asistente de cuidado en el hogar u otro profesional de cuidado de la salud por el Departamento de Salud y también determinó que usted no ha sido certificado/recertificado en el período de tiempo requerido.
- ADS está rescindiendo su contrato porque determinó que usted debe estar certificado como asistente de cuidado en el hogar u otro profesional de cuidado de la salud por el Departamento de Salud y también determinó que el Departamento de Salud ha revocado su certificación como asistente de cuidado en el hogar.

#### Se toma esta acción de acuerdo con la siguiente autoridad:

Las reglas relacionadas con los requisitos para capacitación y certificación de proveedores individuales/trabajadores de cuidado a largo plazo se encuentran en WAC 388-71-0500 al 388-71-1130. Los siguientes citatorios específicos pueden ser de utilidad para usted:

**Reglas generales (que indica quién debe ser capacitado o certificado, exenciones, requerimientos de documentación, etc.):** WAC 388-71-0500; WAC 388-71-0520; WAC 388-71-0540; WAC 388-71-0551; WAC 388-71-0561; WAC 388-71-0836; WAC 388-71-0975 y WAC 388-71-0523

**Requerimientos de capacitación básica:** WAC 388-71-0870; WAC 388-71-0875; WAC 388-71-0880; WAC 388-71-0885; WAC 388-71-0890, WAC 388-71-0895, WAC 388-71-0901; WAC 388-71-0931 y WAC 388-71-0932

**Requerimientos de educación continua:** WAC 388-71-0985, WAC 388-71-0990, WAC 388-71-0991 y WAC 388-71-1001

**Requerimientos de certificación:** WAC 388-71-0973, WAC 246-12-030, y RCW 18.88B.021(1)-(2)

**Autoridad de derecho a audiencia:** WAC 388-71-0561

**WAC 388-71-0561 ¿Cuándo un proveedor individual tiene derecho a una audiencia administrativa y cómo puede solicitar una?**

- (1) Un proveedor individual tiene derecho a una audiencia administrativa cuando el departamento le niega el pago porque:
  - (a) Él o ella no a obtenido la certificación como asistente de cuidado en el hogar por parte del departamento de salud en el período de tiempo requerido; o
  - (b) Si está exento de certificación, él o ella no ha completado la capacitación requerida en el período de tiempo requerido.
- (2) Un proveedor individual tiene derecho a una audiencia administrativa cuando el departamento rescinde su contrato o toma otras medidas de ejecución contra él o ella porque:
  - (a) Él o ella no ha completado la capacitación requerida en el período de tiempo requerido.
  - (b) Su certificación como asistente de cuidado en el hogar ha sido revocada por el departamento de salud.
- (3) En una audiencia administrativa que impugna la acción de DSHS de negar el pago a un proveedor individual o de rescindir su contrato, el proveedor individual no puede impugnar la acción del departamento de salud que afecta su certificación. La acción del departamento de salud que afecta la certificación del proveedor individual debe impugnarse en una audiencia del departamento de salud, según se indica en la reglamentación del departamento de salud.
- (4) Para solicitar una audiencia administrativa, un proveedor individual debe presentar, enviar por correo o enviar por fax una solicitud a la oficina de audiencias administrativas (OAH, por sus siglas en inglés). La OAH debe recibir la solicitud por escrito dentro de los treinta (30) días calendario desde la fecha en que la carta de aviso del departamento se entregó al proveedor individual.
- (5) El proveedor individual debería conservar una copia de la solicitud.
- (6) Los capítulos 34.05 y 74.39A RCW, el capítulo 388-02 WAC y las disposiciones de este capítulo rigen para cualquier audiencia administrativa bajo esta sección. En el caso de presentarse un conflicto entre las disposiciones de este capítulo y el capítulo 388-02 WAC, prevalecerán las disposiciones de este capítulo.

**Sus derechos de apelación**

Según WAC 388-71-056, usted tiene derecho a una audiencia administrativa.

Usted tiene 30 días calendario desde la fecha de la carta de aviso del departamento para apelar esta acción.

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir copias de toda la información que usó ADS para tomar su decisión;
- Presentar documentos como evidencia;
- Para testificar en la audiencia y presentar testigos que testifiquen a su favor; y
- Interrogar a los testigos que testifiquen a favor del departamento.

Su solicitud de audiencia administrativa debe ser presentada por escrito. Se incluye un formulario para solicitar una audiencia administrativa.

**A quién puede contactar para obtener información**

NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO
OFICINA	AGENCIA <input type="checkbox"/> AAA <input type="checkbox"/> DDA <input type="checkbox"/> HCS

Copia en el expediente del proveedor.



AGING AND DISABILITY SERVICES (ADS)

**Solicitud de audiencia**

**Request for Hearing**

Según el capítulo 388-02 de la reglamentación sobre audiencias de DSHS.

Envíe su solicitud por correo a esta dirección:  
OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS (OAH)  
PO BOX 42489  
OLYMPIA WA 98504-2489

Envíe un fax a este número:  
(360) 586-6563

Estoy solicitando una audiencia porque deseo impugnar la siguiente decisión tomada por la Servicios para la Tercera Edad y la Discapacidad (ADS).

**Seleccione uno de los siguientes:**

- ADS está negando mi pago porque determinó que no he completado la capacitación requerida en el período de tiempo requerido.
- ADS está negando mi pago porque determinó que debo estar certificado como asistente de cuidado en el hogar por el Departamento de Salud (DOH) en el período de tiempo requerido.
- ADS está rescindiendo mi contrato porque determinó que el DOH revocó mi certificación como asistente de cuidado en el hogar.

ESCRIBA AQUÍ SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

SU NÚMERO DE TELÉFONO

SU NÚMERO DE PROVEEDOR

DE QUÉ OFICINA RECIBIÓ ESTE AVISO:

AAA  DDA  HCS

ESCRIBA AQUÍ SU DIRECCIÓN EN LETRA DE IMPRENTA

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

**Si tiene un representante**

Estoy representado por (si va a representarse a sí mismo, no complete las dos siguientes líneas):

ESCRIBA AQUÍ EL NOMBRE DE SU REPRESENTANTE EN LETRA DE IMPRENTA

ESCRIBA AQUÍ EL NÚMERO TELEFÓNICO DE SU REPRESENTANTE EN LETRA DE IMPRENTA

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

**Si necesita adaptaciones**

¿Necesita un intérprete u otra asistencia para la audiencia?  Sí  No

De ser así, ¿qué idioma o asistencia necesita?