**انقر هنا** **لإدخال اسم المنشأة**

**إخطار النقل/التسريح**

**التاريخ:** انقر أو اضغط هنا لإدخال تاريخ

**المقيم:** انقر أو اضغط هنا لإدخال اسم المقيم بالكامل

**الممثل المعين:** انقر أو اضغط هنا لإدخال اسم الممثل المعين بالكامل

الغرض من هذا الإخطار هو إبلاغك بأن الفريق متعدد التخصصات قد قرر أنه سيتم تسريحك في انقر أو اضغط هنا لإدخال تاريخ لنقلك إلى: انقر أو اضغط هنا لإدخال موقع وعنوان

بموجب قوانين ولوائح نيويورك، الباب 10، القسم 415.3 (10 NYCRR § 415.3) وقانون اللوائح الفيدرالية، الباب 42، القسم 483.15 (CFR483.1542)، يتم إصدار إخطار النقل/التسريح هذا للأسباب التالية:

لا يمكن تلبية احتياجات المقيم بعد بذل محاولات معقولة لتوفير ترتيبات تيسيرية تناسبه في المنشأة ***كما يتضح من:*** انقر أو اضغط هنا لإدخال نص

تحسنت صحة المقيم بشكل كافٍ بحيث لم يعد بحاجة إلى الخدمات التي تقدمها المنشأة ***كما يتضح من****:* انقر أو اضغط هنا لإدخال نص

ستصبح سلامة الأفراد في المنشأة معرضة إلى الخطر، ***كما يتضح من****:* انقر أو اضغط هنا لإدخال نص

ستصبح صحة الأفراد في المنشأة معرضة إلى الخطر، ***كما يتضح من****:* انقر أو اضغط هنا لإدخال نص

بعد إخطاره بشكل معقول ومناسب، لم يدفع المقيم بنفسه (أو من خلال تغطية تأمين Medicare أو Medicaid أو تأمين من طرف ثالث) مقابل الإقامة في المنشأة، والرسوم ليست محل نزاع، ولا يوجد طعن معلق بخصوص رفض دفع المخصصات، أو تتوفر أموال للدفع ويرفض المقيم التعاون مع المنشأة في الحصول على الأموال ***كما يتضح من:*** انقر أو اضغط هنا لإدخال نص

ستتوقف المنشأة عن العمل وتلقت الموافقة على خطتها للإغلاق من New York State Department of Health.

## حقوق الطعن وعقد جلسة استماع

إذا كنت لا توافق على قرار النقل/التسريح المقترح، فيحق لك الطعن على الإجراء وطلب عقد جلسة سماع للأدلة. يمكنك تقديم طلب طعن وعقد جلسة استماع عن طريق التواصل مع إدارة New York State Department of Health (NYSDOH) بإحدى الطرق التالية:

**الهاتف:** اتصل بالخط الساخن لشكاوى دور الرعاية في إدارة NYSDOH على الرقم 1-888-201-4563.

**الإنترنت:** أكمل وقدم نموذج شكاوى دور الرعاية المتوفر عبر الإنترنت من خلال الرابط <https://apps.health.ny.gov/surveyd8/nursing-home-complaint-form>.

**البريد:** أكمل النسخة الورقية من نموذجشكاوى دور الرعاية وأرسله عبر البريد إلى العنوان التالي:

NYS DOH Centralized Complaint Intake Program

875 Central Ave,

Albany, NY 12206

**الفاكس:** أكمل نموذج شكاوى دور الرعاية وأرسله عبر الفاكس إلى الرقم 518-408-1157.

**البريد الإلكتروني:** أكمل نموذج شكاوى دور الرعاية وأرسل نسخة منه ممسوحة ضوئيًا عبر البريد الإلكتروني إلى [nhintake@health.ny.gov](mailto:nhintake@health.ny.gov).

نموذج شكاوى دور الرعاية متاح عبر الإنترنت على الرابط <https://www.health.ny.gov/forms/doh-5022.pdf>.

يجب تقديم جميع طلبات الطعن في غضون ستين (60) يومًا من تاريخ استلام المقيم لإخطار النقل/التسريح.

إذا تم تقديم طلب طعن إلى إدارة NYSDOH قبل نقل/تسريح المقيم من المنشأة، يجوز للمقيم البقاء في المنشأة (باستثناء حالات النقل/التسريح لتجنب خطر وشيك) في انتظار قرار جلسة الطعن. وتجدر الإشارة إلى أن أي مقيم يختار البقاء في المنشأة في انتظار قرار جلسة الطعن يمكن أن يكون مسؤولًا عن دفع تكلفة البقاء في المنشأة في انتظار قرار جلسة الطعن إذا رُفض طعن المقيم.

ستُعقد جلسة استماع ما بعد التسريح/النقل عند تقديم طلب طعن وعقد جلسة استماع إلى إدارة NYSDOH بعد نقل/تسريح المقيم من المنشأة. في هذه الحالات أو الحالات التي تنطوي على نقل/تسريح لتجنب خطر وشيك، يحق للمقيم العودة إلى الغرفة شبه الخاصة التالية المتاحة في المنشأة إذا ربح المقيم في جلسة الطعن/كان القرار في صالحه.

في جلسة سماع الأدلة، يجوز للمقيم تمثيل نفسه، أو الاستعانة بمستشار قانوني، أو قريب، أو صديق، أو أي متحدث آخر.

في حالة اتخاذ إجراء بناءً على تغيير في القانون، سيتم تزويد المقيم بشرح للظروف التي يمكن بموجبها منح حق الطعن.

**جهات التواصل لتوفير الدعم**

**Local New York State Long Term Care Ombudsman** (مكتب تحقيق الشكاوى المحلي في ولاية نيويورك للرعاية طويلة الأمد):

**الاسم:** انقر أو اضغط هنا لإدخال اسم مكتب NYS LTC Ombudsman المحلي

**العنوان:** انقر أو اضغط هنا لإدخال عنوان مكتب NYS LTC Ombudsman المحلي

**الهاتف:** انقر أو اضغط هنا لإدخال رقم هاتف مكتب NYS LTC Ombudsman المحلي

**Disability Rights New York (مؤسسة نيويورك لحقوق المعاقين):**

للمقيمين في دور الرعاية من ذوي الإعاقات الذهنية والنمائية أو الإعاقات ذات الصلة.

**العنوان:** 725 Broadway, Suite 450, Albany, New York 12207

**البريد الإلكتروني:** [Mail@DRNY.org](mailto:Mail@DRNY.org)

**الهاتف:** 518-432-7861

**الرقم المجاني:** 1-800-993-8982

**دليل وكالات الخدمات القانونية والموارد المجتمعية التي تقدم خدمات دعم المقيمين:**

<https://www.health.ny.gov/facilities/nursing/docs/community_resource_guide.pdf>

**توقيع المقيم:**

**التاريخ:**

**توقيع ممثل المقيم:**

**التاريخ:**

**توقيع ممثل المنشأة ومسماه الوظيفي:**

**التاريخ:**

**تم إطلاع الممثل المعين شفهيًا في:**

**تم إرسال الوثيقة بالبريد إلى الممثل المعين في:**

**تم إرسال الوثيقة بالبريد إلى مكتب NYS Ombudsman في:**

**تم إرسال الوثيقة بالبريد إلى أحد أفراد الأسرة في:**