**클릭하여** **시설 이름 입력**

**환자 이동/퇴원 통지**

**날짜:** 클릭 또는 탭하여 날짜 입력

**거주자**: 클릭 또는 탭하여 거주자의 성명 입력

**지정 대리인**: 클릭 또는 탭하여 지정 대리인의 성명 입력

통합치료팀이 다음과 같이 귀하의 퇴원을 결정하였음을 안내해 드립니다. 퇴원 날짜: 클릭 또는 탭하여 날짜 입력, 위치: 클릭 또는 탭하여 지역과 주소 입력

10 NYCRR § 415.3 및 42CFR483.15에 따라, 다음과 같은 이유로 환자 이동/퇴원 통지를 발급합니다.

시설에서 합리적인 치료 노력에도 거주자의 요구 사항을 충족할 수 없으며, ***그 증거는 다음과 같습니다.*** 클릭 또는 탭하여 텍스트 입력

거주자의 건강이 충분히 호전되어 더 이상 시설에서 제공하는 서비스가 필요하지 않고, ***그 증거는 다음과 같습니다.***클릭 또는 탭하여 텍스트 입력

시설 내 인원의 안전이 위협받을 수 있으며, ***그 증거는 다음과 같습니다.***클릭 또는 탭하여 텍스트 입력

시설 내 인원의 건강이 위협받을 수 있으며, ***그 증거는 다음과 같습니다.***클릭 또는 탭하여 텍스트 입력

거주자는 병원의 합당하며 적절한 안내에도 불구하고 직접 또는 Medicare, Medicaid 또는 제3자 보험으로 입원 비용을 지불하는 데 실패하였고, 청구된 비용에 분쟁의 여지가 없고, 혜택 거부에 관해 계류 중인 이의 제기가 없고, 제공할 수 있는 자금이나 보조금이 있으나 거주자가 협조를 거부해 자금을 받지 못하였으며, ***그 증거는 다음과 같습니다.*** 클릭 또는 탭하여 텍스트 입력

시설이 운영을 중단할 예정이며 New York State Department of Health로부터 운영 중단 계획에 대한 승인을 받았습니다.

## 심리 및 이의 제기권

제시된 환자 이동/퇴원 조치에 동의하지 않는다면 이에 대해 이의를 제기하고 심리를 요청할 권리가 있습니다. 다음과 같은 방법으로 New York State Department of Health(NYSDOH)에 연락하여 심리 및 이의 제기를 접수할 수 있습니다.

**전화:** 1-888-201-4563번으로 NYSDOH Nursing Home Complaint(요양원 민원) 핫라인에 전화합니다.

**인터넷:** <https://apps.health.ny.gov/surveyd8/nursing-home-complaint-form>에서 찾을 수 있는 요양원 민원 양식을 작성하고 접수합니다.

**우편:** 요양원민원 양식을 작성하고 다음 주소로 우편을 보냅니다.

NYS DOH Centralized Complaint Intake Program

875 Central Ave,

Albany, NY 12206

**팩스:** 요양원 민원 양식을 작성하고 (518)408-1157번으로 팩스를 송부합니다.

**이메일:** 요양원 민원 양식을 작성하고 스캔하여 이메일 주소 [nhintake@health.ny.gov](mailto:nhintake@health.ny.gov)로 첨부하여 보냅니다.

요양원 민원 양식은 <https://www.health.ny.gov/forms/doh-5022.pdf>에서 찾을 수 있습니다.

거주자는 환자 이동/퇴원 통지를 받은 날로부터 육십(60) 일 이내로 이의 제기 요청을 접수해야 합니다.

만약 거주자가 병원으로부터 환자 이동/퇴원 통지를 받기 전에 NYSDOH에 이의 제기 요청을 접수하면 심리 결정 이의 제기가 계류 중인 동안 거주자는 병원에 머무를 수 있습니다(단, 긴급한 위험으로 인한 환자 이동/퇴원 통지인 경우는 제외). 이의 제기가 계류 중인 동안 병원에 머무르기로 결정한 거주자는 이의 제기가 기각된다면 이의 제기가 계류되었던 동안 발생한 비용을 부담할 수 있음을 참고하십시오.

만약 거주자가 환자 이동/퇴원 조치를 받은 이후에 NYSDOH에 이의 제기를 접수하면 환자 이동/퇴원 후 심리가 진행됩니다. 이런 경우, 긴급한 위험으로 인해 환자 이동/퇴원 조치를 받은 경우를 포함하여, 이의 제기 심리에서 거주자가 승리하면 병원에 사용할 수 있는 준특실이 생길 때 우선적으로 재입원할 권리를 가집니다.

심리에서 거주자는 직접 변론하거나 변호사, 친척, 친구 등의 대변인을 둘 수 있습니다.

법률 개정으로 인한 조처에는 이의 제기가 가능한 상황에 관한 설명이 거주자에게 제공됩니다.

**변호인 연락처**

**Local New York State Long Term Care Ombudsman(뉴욕주 장기치료 옴부즈맨):**

**이름:** 클릭 또는 탭하여 NYS LTC 옴부즈맨의 이름 입력

**주소:** 클릭 또는 탭하여 NYS LTC 옴부즈맨의 주소 입력

**전화:** 클릭 또는 탭하여 NYS LTC 옴부즈맨의 전화번호 입력

**Disability Rights New York(뉴욕 장애인권):**

**지적 및 발달 장애 또는 관련 장애가 있는 요양원 거주자.**

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

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

**전화:** 518-432-7861

**무료 전화:** 1-800-993-8982

**거주자 변호 서비스를 제공하는 법률 서비스 에이전시 및 지역 사회 자원 안내:**

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

|  |
| --- |
|  |

**거주자 서명:**

|  |
| --- |
|  |

**날짜:**

|  |
| --- |
|  |

**거주자 대표 서명:**

|  |
| --- |
|  |

**날짜:**

|  |
| --- |
|  |

**시설 담당자 서명 및 직함:**

|  |
| --- |
|  |

**날짜:**

|  |
| --- |
|  |

**시설 대표자가 구두로 전달받은 날짜:**

|  |
| --- |
|  |

**시설 대표자에게 우편으로 문서를 발송한 날짜:**

|  |
| --- |
|  |

**NYS 옴부즈맨에게 우편으로 문서를 발송한 날짜:**

|  |
| --- |
|  |

**가족 구성원에게 우편으로 문서를 발송한 날짜:**