**PROSZĘ KLIKNĄĆ, ABY** **WPROWADZIĆ NAZWĘ OŚRODKA**

**ZAWIADOMIENIE O PRZENIESIENIU/WYPISANIU**

**Data:** Proszę kliknąć lub dotknąć, aby wprowadzić datę

**Rezydent**: Proszę kliknąć lub dotknąć tutaj, aby wprowadzić pełne imię i nazwisko rezydenta

**Upoważniony przedstawiciel**: Proszę kliknąć lub dotknąć tutaj, aby wprowadzić pełne imię i nazwisko upoważnionego przedstawiciela

Niniejszym informujemy, że zespół interdyscyplinarny postanowił, że zostanie Pan(i) wypisany(-a) w dniu Proszę kliknąć lub dotknąć tutaj, aby wprowadzić datę do: Proszę kliknąć lub dotknąć, aby wprowadzić lokalizację i adres

Zgodnie z § 10 NYCRR 415.3 oraz 42CFR483.15, to zawiadomienie o przeniesieniu/wypisaniu jest wydawane, ponieważ:

pomimo podjęcia stosownych prób potrzeby rezydenta nie mogą zostać zaspokojone w ośrodku, ***o czym świadczą:*** Proszę kliknąć tutaj, aby wprowadzić tekst

stan zdrowia rezydenta poprawił się do tego stopnia, że nie potrzebuje on już usług świadczonych przez ośrodek, ***o czym świadczą****:* Proszę kliknąć tutaj, aby wprowadzić tekst

bezpieczeństwo osób przebywających w ośrodku byłoby zagrożone, ***o czym świadczą****:* Proszę kliknąć tutaj, aby wprowadzić tekst

zdrowie osób przebywających w ośrodku byłoby zagrożone, ***o czym świadczą****:* Proszę kliknąć tutaj, aby wprowadzić tekst

pomimo otrzymania wcześniejszego i właściwego zawiadomienia rezydent nie zapłacił (lub zapłacił w ramach Medicare, Medicaid lub ubezpieczenia osób trzecich) za pobyt w ośrodku, opłaty nie są przedmiotem sporu, nie toczy się postępowanie odwoławcze w sprawie odmowy świadczeń lub fundusze na opłacenie pobytu są dostępne, a rezydent odmawia współpracy z ośrodkiem w celu uzyskania funduszy, ***o czym świadczą:*** Proszę kliknąć tutaj, aby wprowadzić tekst

ośrodek kończy działalność i uzyskał zatwierdzenie planu zamknięcia przez New York State Department of Health.

## PRAWO DO ODWOŁANIA I ZŁOŻENIA WYJAŚNIEŃ

Jeśli pacjent nie zgadza się z proponowanym przeniesieniem/wypisaniem, ma prawo odwołać się od tej decyzji i poprosić o złożenie wyjaśnień. Wniosek o odwołanie i złożenie wyjaśnień można wnieść, kontaktując się z New York State Department of Health (NYSDOH) w jeden z następujących sposobów:

**Telefonicznie**: Proszę zadzwonić na infolinię NYSDOH Domu Opieki Społecznej pod numer 1-888-201-4563.

**Przez Internet**: Proszę wypełnić i przesłać formularz skargi Domu Opieki Społecznej, który można znaleźć na stronie <https://apps.health.ny.gov/surveyd8/nursing-home-complaint-form>.

**Pocztą:** Proszę wypełnić i wysłać formularz skargiDomu Opieki Społecznej w formie papierowej na następujący adres:

NYS DOH Centralized Complaint Intake Program

875 Central Ave,

Albany, NY 12206

**Faks**: Proszę wypełnić i wysłać faksem formularz skargi Domu Opieki Społecznej na nr 518-408-1157.

**Adres e-mail:** Proszę wypełnić i wysłać pocztą elektroniczną zeskanowaną kopię formularza skargi Domu Opieki Społecznej na adres [nhintake@health.ny.gov](mailto:nhintake@health.ny.gov).

Formularz skargi Domu Opieki Społecznej dostępny jest na stronie internetowej <https://www.health.ny.gov/forms/doh-5022.pdf>.

Wszystkie wnioski o odwołanie muszą być złożone w ciągu sześćdziesięciu (60) dni od daty otrzymania przez rezydenta zawiadomienia o przeniesieniu/wypisaniu.

Jeśli odwołanie zostanie złożone w NYSDOH przed przeniesieniem/wypisaniem rezydenta z ośrodka, może on pozostać w ośrodku (z wyjątkiem przypadków przeniesienia/wypisania z powodu bezpośredniego zagrożenia) do czasu wydania decyzji w sprawie odwołania. Należy zauważyć, że każdy rezydent, który zdecyduje się pozostać w ośrodku w oczekiwaniu na rozpatrzenie decyzji o odwołaniu, może zostać obciążony kosztami pobytu w ośrodku, jeśli decyzja o odwołaniu będzie rozpatrzona negatywnie.

Złożenie wyjaśnień po wypisaniu/przeniesieniu odbędzie się, jeśli wniosek o odwołanie i złożenie wyjaśnień zostanie złożony w NYSDOH po przeniesieniu/wypisaniu rezydenta z ośrodka. W takich przypadkach lub w przypadkach przeniesienia/wypisania z powodu bezpośredniego zagrożenia pacjent ma prawo do powrotu do najbliższego dostępnego półprywatnego łóżka w ośrodku, jeśli wygra sprawę w postępowaniu odwoławczym.

Podczas przesłuchania wstępnego rezydent może sam reprezentować siebie, korzystać z pomocy prawnej, być reprezentowanym przez krewnego, przyjaciela lub jakiegokolwiek innego przedstawiciela.

W przypadku działań wynikających ze zmiany prawa rezydentowi zostanie przedstawione wyjaśnienie okoliczności, w jakich odwołanie zostanie uznane.

**KONTAKT Z RZECZNIKIEM**

**Lokalny Rzecznik ds. Opieki Długoterminowej Stanu Nowy Jork:**

**Imię i nazwisko:** Proszę kliknąć lub dotknąć tutaj, aby wpisać imię i nazwisko Lokalnego Rzecznika ds. Opieki Długoterminowej Stanu Nowy Jork

**Adres:** Proszę kliknąć lub dotknąć tutaj, aby wpisać adres Lokalnego Rzecznika ds. Opieki Długoterminowej Stanu Nowy Jork

**Nr tel.:** Proszę kliknąć lub dotknąć tutaj, aby wpisać numer telefonu Lokalnego Rzecznika ds. Opieki Długoterminowej Stanu Nowy Jork

**Disability Rights New York (Nowy Jork Prawa Osób Niepełnosprawnych):**

**Dla rezydentów domów opieki społecznej z niepełnosprawnością intelektualną i rozwojową lub pokrewną.**

**Adres:** 725 Broadway, Suite 450, Albany, Nowy Jork 12207

**Adres e-mail:** [Mail@DRNY.org](mailto:Mail@DRNY.org)

**Nr tel.:** 518-432-7861

**Nr bezpłatny:** 1-800-993-8982

**Przewodnik po Agencjach Pomocy Prawnej oraz Instytucjach Świadczących Usługi Doradztwa Na Rzecz Rezydentów:**

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

|  |
| --- |
|  |

**Podpis Rezydenta:**

|  |
| --- |
|  |

**Data:**

|  |
| --- |
|  |

**Podpis przedstawiciela rezydenta:**

|  |
| --- |
|  |

**Data:**

|  |
| --- |
|  |

**Podpis i tytuł przedstawiciela ośrodka:**

|  |
| --- |
|  |

**Data:**

|  |
| --- |
|  |

**Upoważniony przedstawiciel poinformowany ustnie w dniu:**

|  |
| --- |
|  |

**Dokument wysłany do upoważnionego przedstawiciela w dniu:**

|  |
| --- |
|  |

**Dokument wysłany do Rzecznika Praw Obywatelskich Stanu Nowy Jork w dniu:**

|  |
| --- |
|  |

**Dokument wysłany do Członka Rodziny w dniu:**