**点击以输入机构名称**

**转院/出院通知**

**日期：**点击或点按以输入日期

**住院患者：**点击或点按此处以输入住院患者全名

**指定代表：**点击或点按此处以输入指定代表全名

本通知旨在向您告知，跨学科团队已确定您将于点击或点按以输入日期出院，前往：点击或点按以输入地点及地址

根据《纽约准则、规定和法规》(NYCRR) 第 10 章第 415.3 条和《联邦规则法》(CFR) 第 42 章第 483.15 条，本转院/出院通知的核发原因是：

[ ]  在机构提供合理便利安排后，住院患者的需求仍未得到满足，***证明如下：***点击或点按此处以输入文本

[ ]  住院患者的健康状况已得到充分改善，因此不再需要机构提供的服务，***证明如下****：*点击或点按此处以输入文本

[ ]  在机构内，个人安全受到威胁，***证明如下****：*点击或点按此处以输入文本

[ ]  在机构内，个人健康受到损害，***证明如下****：*点击或点按此处以输入文本

[ ]  经过合理适当的通知，住院患者未能支付（或者由 Medicare、Medicaid 或第三方保险支付）机构的住院费用，相关收费不存在争议、没有未解决的福利拒绝上诉，或者能够获得可用资金用于支付但住院患者拒绝配合机构获得资金，***证明如下：***点击或点按此处以输入文本

[ ]  机构计划中断运营，停业计划已获得 New York State Department of Health 的批准。

## 上诉与听证会权利

如果您不同意转院/出院建议，您有权对此提出上诉并要求召开证据听证会。您可以联系 New York State Department of Health (NYSDOH) 提出上诉和听证会申请，方式如下：

**电话：**拨打 NYSDOH 疗养院投诉热线 1-888-201-4563。

**网络：**访问 <https://apps.health.ny.gov/surveyd8/nursing-home-complaint-form>，填妥在线疗养院投诉表并
提交。

**邮寄：**填妥纸质疗养院投诉表，并邮寄至如下地址：

NYS DOH Centralized Complaint Intake Program

875 Central Ave,

Albany, NY 12206

**传真**：填妥疗养院投诉表，并传真至 518-408-1157。

**电子邮件：**填妥疗养院投诉表，并将扫描件发送至 nhintake@health.ny.gov。

如需疗养院投诉表，请在线访问 <https://www.health.ny.gov/forms/doh-5022.pdf>。

所有上诉申请必须于住院患者收到转院/出院通知之日起六十 (60) 天内提交。

如果在住院患者从机构转院/出院前向 NYSDOH 提出上诉申请，住院患者可以留在机构内（不包括因紧急危险而转院/出院的情况），以等待上诉听证会的决定。应当注意的是，如果住院患者选择留在机构等待上诉，一旦败诉，可能需要承担在机构等待上诉期间的费用。

如果住院患者从机构转院/出院后向 NYSDOH 提出上诉和听证会申请，将召开转院/出院后听证会。在此类个案或因紧急危险而转院/出院的个案中，如果住院患者在上诉听证会上胜诉，则有权返回机构并获得新的半私人床位。

在证据听证会上，住院患者可以代表自己，也可以使用律师、亲属、朋友或其他发言人。

在基于法律变更的诉讼个案中，住院患者将获悉在何种情况下准予上诉。

**宣导联系人**

**当地 New York State 长期护理监察员：**

**姓名：**点击或点按此处以输入当地 NYS LTC 监察员姓名

**地址：**点击或点按此处以输入当地 NYS LTC 监察员地址

**电话：**点击或点按此处以输入当地 NYS LTC 监察员电话号码

**Disability Rights New York（纽约残疾人权利中心）：**

**针对存在智力和发育障碍或相关残疾的护理机构住院患者。**

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

**电子邮件：**Mail@DRNY.org

**电话：**518-432-7861

**免费电话：**1-800-993-8982

**提供住院患者宣导服务指南的法律服务机构和社区资源：**

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

|  |
| --- |
|  |

**住院患者签名：**

|  |
| --- |
|  |

**日期：**

|  |
| --- |
|  |

**住院患者代表签名：**

|  |
| --- |
|  |

**日期：**

|  |
| --- |
|  |

**机构代表签名和职务：**

|  |
| --- |
|  |

**日期：**

|  |
| --- |
|  |

**指定代表口头通知日期：**

|  |
| --- |
|  |

**文件邮寄给指定代表的日期：**

|  |
| --- |
|  |

**文件邮寄给 NYS 监察员的日期：**

|  |
| --- |
|  |

**文件邮寄给家庭成员的日期：**