**CLICCA PER INSERIRE IL NOME DELLA STRUTTURA**

**AVVISO DI TRASFERIMENTO/DIMISSIONE**

**Data:** Clicca o tocca per inserire una data

**Paziente:** Clicca o tocca per inserire il nome completo del paziente

**Rappresentante designato:** Clicca o tocca per inserire il nome completo del rappresentante designato

Con la presente la informiamo che il team interdisciplinare ha deciso di dimetterla il Clicca o tocca per inserire una data a: Clicca o tocca per inserire il luogo e l'indirizzo

In conformità con 10 NYCRR § 415.3 e 42CFR483.15, questo avviso di trasferimento/dimissione viene emesso perché:

Le esigenze del paziente non possono essere soddisfatte dopo ragionevoli tentativi di sistemazione presso la struttura, ***come evidenziato da***:Clicca o tocca per inserire il testo

La salute del paziente è migliorata abbastanza da non rendere più necessari i servizi forniti presso la struttura, ***come evidenziato da***:Clicca o tocca per inserire il testo

La sicurezza delle persone nella struttura sarebbe in pericolo, ***come evidenziato da***:Clicca o tocca per inserire il testo

La salute delle persone nella struttura sarebbe in pericolo, ***come evidenziato da***:Clicca o tocca per inserire il testo

il paziente non è riuscito, dopo un preavviso ragionevole e appropriato, a pagare (o a farsi pagare da Medicare, Medicaid, o da un'assicurazione terza) un soggiorno nella struttura, le spese non sono in discussione, nessun ricorso per diniego di prestazioni in pendenza, o sono disponibili fondi per il pagamento e il paziente rifiuta di collaborare con la struttura per ottenere i fondi, ***come dimostrato da***:Clicca o tocca per inserire il testo

la struttura sta per interrompere l'attività e il suo piano di chiusura è stato approvato da New York State Department of Health.

## DIRITTO DI RICORSO E DI UDIENZA

Se il paziente non è d'accordo sulla proposta di trasferimento/dimissione, potrà inoltrare un ricorso contro l'azione e richiedere un'udienza probatoria. Potrà presentare una richiesta di ricorso e di udienza contattando il New York State Department of Health (NYSDOH) in uno dei seguenti modi:

**Telefono:** Chiamare la Nursing Home Complaint Hotline (Linea diretta per reclami delle case di cura) di NYSDOH al numero: 1-888-201-4563.

**Internet:** Compilare e inviare online il modulo di reclamo della casa di cura disponibile sul sito Web <https://apps.health.ny.gov/surveyd8/nursing-home-complaint-form>.

**Posta:** Compilare e spedire il modulo di reclamo della casa di cura su supporto cartaceo al seguente indirizzo:

NYS DOH Centralized Complaint Intake Program

875 Central Ave,

Albany, NY 12206

**Fax:** Compilare e spedire il modulo di reclamo della casa di cura via fax al numero: 518-408-1157.

**E-mail:** Compilare e spedire copia scansionata del modulo di reclamo della casa di cura all'indirizzo elettronico [nhintake@health.ny.gov](mailto:nhintake@health.ny.gov).

Il modulo di reclamo della casa di cura è disponibile al seguente indirizzo: <https://www.health.ny.gov/forms/doh-5022.pdf>.

Tutte le richieste di ricorso vanno presentate entro sessanta (60) giorni dalla data in cui un paziente riceve un avviso di trasferimento/dimissione.

Se una richiesta di ricorso viene presentata al NYSDOH prima del trasferimento/dimissione del paziente dalla struttura, il paziente potrà rimanere presso la struttura (tranne i casi di trasferimento/dimissione per pericolo imminente) in attesa della decisione afferente al ricorso. Si evidenzia che qualsiasi paziente che decidesse di rimanere presso una struttura in attesa della decisione del ricorso potrebbe doversi fare carico delle spese di soggiorno presso la medesima in attesa del ricorso se la decisione gli è sfavorevole.

Si terrà un'udienza post-dimissione/trasferimento laddove venisse inoltrata una richiesta di ricorso e di udienza al NYSDOH dopo che il paziente è stato trasferito/dimesso dalla struttura. In questi casi o nei casi riguardanti un trasferimento/dimissione a causa di un pericolo imminente, se il paziente vince all'udienza di appello, ha il diritto di occupare il prossimo letto semi privato disponibile presso la struttura.

All'udienza probatoria, il paziente potrà comparire in persona o farsi rappresentare da un avvocato, un parente, un amico o da un qualsiasi altro portavoce.

Nel caso di un'azione riconducibile a una modifica di legge, al paziente verrà fornita una spiegazione delle circostanze in base alle quali sarà concesso un ricorso.

**CONTATTI DI DIFESA**

**Local New York State Long Term Care Ombudsman (Difensore civico locale per l'assistenza a lungo termine dello Stato di New York):**

**Nome:** Clicca o tocca per inserire il nome del NYS LTC Ombudsman locale

**Indirizzo:** Clicca o tocca per inserire l'indirizzo del NYS LTC Ombudsman locale

**Telefono:** Clicca o tocca per inserire il numero di telefono del NYS LTC Ombudsman locale

**Disability Rights New York:**

**Per i pazienti delle strutture assistenziali con disabilità intellettive e dello sviluppo o disabilità correlate.**

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

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

**Telefono:** 518-432-7861

**Numero verde:** 1-800-993-8982

**Agenzie di servizi legali e risorse comunitarie che forniscono una guida ai servizi di difesa dei pazienti:**

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

|  |
| --- |
|  |

**Firma del paziente:**

|  |
| --- |
|  |

**Data:**

|  |
| --- |
|  |

**Firma del rappresentante del paziente:**

|  |
| --- |
|  |

**Data:**

|  |
| --- |
|  |

**Firma e incarico del rappresentante della struttura:**

|  |
| --- |
|  |

**Data:**

|  |
| --- |
|  |

**Il rappresentante designato è stato informato oralmente il:**

|  |
| --- |
|  |

**Il documento è stato spedito al rappresentante designato il:**

|  |
| --- |
|  |

**Il documento è stato spedito al Difensore civico di NYS il:**

|  |
| --- |
|  |

**Il documento è stato spedito ai familiari il:**