**НАЖМИТЕ,** **ЧТОБЫ УКАЗАТЬ НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ**

**УВЕДОМЛЕНИЕ О ПЕРЕВОДЕ/ВЫПИСКЕ**

**Дата:** Нажмите, чтобы указать дату

**Пациент:** Нажмите здесь, чтобы указать имя и фамилию пациента

**Уполномоченный представитель:** Нажмите здесь, чтобы указать имя и фамилию уполномоченного представителя

Настоящим информируем вас, что по решению многопрофильной команды вас выпишут Нажмите, чтобы указать дату в: Нажмите, чтобы указать место и адрес

В соответствии с § 415.3 статьи 10 NYCRR (Сборника законодательных и нормативных актов штата Нью-Йорк) и § 483.15 статьи 42 CFR (Свода федеральных нормативных актов) это уведомление о переводе/выписке выдается по указанным ниже причинам.

[ ]  Жизненные потребности пациента невозможно удовлетворить после предпринятых разумных попыток размещения в учреждении, ***о чем свидетельствует:*** Нажмите здесь, чтобы указать текст

[ ]  Здоровье пациента значительно улучшилось, поэтому он больше не нуждается в получении услуг, предоставляемых учреждением, ***о чем свидетельствует****:* Нажмите здесь, чтобы указать текст

[ ]  Безопасность находящихся в учреждении лиц под угрозой, ***о чем свидетельствует****:* Нажмите здесь, чтобы указать текст

[ ]  Здоровье находящихся в учреждении лиц под угрозой, ***о чем свидетельствует****:* Нажмите здесь, чтобы указать текст

[ ]  После получения соответствующего уведомления пациент не оплатил (или оплатил за счет медицинской страховки Medicare, Medicaid или сторонней страховки) за пребывание в учреждении. Несмотря на то, что плата не оспаривается, апелляция на отказ в выплате пособия не находится на рассмотрении, финансирование для оплаты услуг предоставляется, пациент отказывается выполнить требования учреждения в осуществлении оплаты, ***о чем свидетельствует:*** Нажмите здесь, чтобы указать текст

[ ]  Учреждение прекращает предоставление услуг и получило на это одобрение от New York State Department of Health.

## ПРАВО НА СЛУШАНИЕ И ПОДАЧУ АПЕЛЛЯЦИИ

Если вы не согласны с этим уведомлением о переводе/выписке, у вас есть право обжаловать это решение и потребовать проведения слушания с целью представления доказательств. Вы можете подать требование об апелляции и слушании, связавшись с сотрудниками New York State Department of Health (NYSDOH) одним из следующих способов:

**По телефону:** Позвоните на телефонную линию для подачи жалоб на NYSDOH Nursing Home (учреждения NYSDOH, осуществляющие уход за престарелыми) по номеру 1-888-201-4563.

**В Интернете:** Заполните и отправьте онлайн-форму для подачи жалоб на Nursing Home на веб-странице <https://apps.health.ny.gov/surveyd8/nursing-home-complaint-form>.

**По почте:** Заполните форму для подачи жалоб наNursing Home в бумажном виде и отправьте ее по почте по указанному ниже адресу:

NYS DOH Centralized Complaint Intake Program

875 Central Ave,

Albany, NY 12206

**По факсу**: Заполните и отправьте форму для подачи жалоб на Nursing Home на следующий номер факса: 518-408-1157.

**По электронной почте:** Заполните и отправьте сканированную копию формы для подачи жалоб на Nursing Home по адресу электронной почты nhintake@health.ny.gov.

Форма для подачи жалоб на Nursing Home доступна в Интернете на веб-странице <https://www.health.ny.gov/forms/doh-5022.pdf>.

Все запросы на апелляцию необходимо подать в течение 60 дней с момента получения пациентом уведомления о переводе/выписке.

Если запрос на апелляцию подается в NYSDOH до того, как пациента переводят/выписывают из учреждения, он может остаться там до принятия решения о рассмотрении апелляции (за исключением случаев, когда перевод/выписка осуществляются из-за подвержения других лиц непосредственной опасности). Следует отметить, что если пациент остается в учреждении до принятия решения о рассмотрении апелляции и проигрывает ее, он должен будет оплатить стоимость пребывания в учреждении в этот период.

Слушание после перевода/выписки будет проводиться после подачи запроса на апелляцию и слушание в NYSDOH, а также осуществления перевода/выписки пациента. В этих случаях или случаях, когда перевод/выписка осуществляются из-за подвержения других лиц непосредственной опасности, у пациента есть право вернуться и занять следующее доступное место в двухместной палате в учреждении, если он выиграет слушание по апелляции.

На слушании с целью представления доказательств пациент может представлять себя самостоятельно. Кроме того, его интересы могут представлять юрисконсульты, родственники, друзья и т. д.

В случае изменений в законодательстве пациенту будет предоставлено разъяснение того, при каких обстоятельствах апелляция будет удовлетворена.

**КОНТАКТЫ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ ПО ЗАЩИТЕ ИНТЕРЕСОВ**

**Local New York State Long Term Care Ombudsman (Уполномоченный штата Нью-Йорк по вопросам долговременного ухода):**

**Имя:** Нажмите здесь, чтобы указать имя NYS LTC Ombudsman

**Адрес:** Нажмите здесь, чтобы указать адрес NYS LTC Ombudsman

**Телефон:** Нажмите здесь, чтобы указать номер телефона NYS LTC Ombudsman

**Disability Rights New York (Центр по защите прав людей с ограниченными возможностями в Нью-Йорке):**

**Для пациентов учреждений, осуществляющих уход за престарелыми, с задержкой умственного развития и нарушениями развития.**

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

**Адрес электронной почты:** Mail@DRNY.org

**Телефон:** 518-432-7861

**Номер для бесплатных звонков:** 1-800-993-8982

**Бюро юридических услуг и общественные ресурсы, предоставляющие юридические консультации для пациентов:** <https://www.health.ny.gov/facilities/nursing/docs/community_resource_guide.pdf>

|  |
| --- |
|  |

**Подпись пациента:**

|  |
| --- |
|  |

**Дата:**

|  |
| --- |
|  |

**Подпись представителя пациента:**

|  |
| --- |
|  |

**Дата:**

|  |
| --- |
|  |

**Подпись и должность представителя учреждения:**

|  |
| --- |
|  |

**Дата:**

|  |
| --- |
|  |

**Уполномоченный представитель был уведомлен в устной форме (дата):**

|  |
| --- |
|  |

**Документ был отправлен уполномоченному представителю (дата):**

|  |
| --- |
|  |

**Документ был отправлен NYS Ombudsman (дата):**

|  |
| --- |
|  |

**Документ был отправлен члену семьи (дата):**