

## تدريب / شهادة إشعار الإجراء المُخطَّط الخاص بمقدم الرعاية الفردي (IP)

اسم مقدم الرعاية وعنوانه

### الإجراء المُخطَّط

يحتوي الفصل 71-388 من قانون واشنطن الإداري (WAC) على متطلبات التدريب و/أو الشهادة اللازمة لتكون مؤهلاً للعمل وتلقي راتباً من AL TSA أو DDA كمقدم رعاية فردي (IP) / عامل رعاية طويلة الأمد.

هذا لإبلاغك بأنه في تاريخ ، قررت (DSHS) Department of Social and Health Services أو (AAA) Area Agency on Aging ما يلي:

- رفض / إنهاء دفع راتبك بصفتك مقدم رعاية فردي؛  
 اتخاذ إجراءات لإنهاء عقد خدمة العملاء الخاص بك كمقدم رعاية فردي.

لا يُسمح لك بالعمل كمقدم رعاية فردي ولن يدفع DSHS لك مقابل أي ساعات عمل أثناء تاريخ السريان أعلاه أو بعده إذا كنت:

- لم تستكمل التدريب خلال الإطار الزمني المطلوب بناءً على المعلومات المقدمة من Training Partnership. التدريب المطلوب هو:

**Basic Training** من WAC 388-71-0870 حتى WAC 388-71-0932؛

**Continuing Education** من WAC 388-71-0985 حتى WAC 388-71-1006.

لم يتم اعتمادك من **Department of Health (DOH)** كمساعد رعاية منزلي خلال الإطار الزمني المطلوب. WAC 388-71-0975، الفصل RCW 18.88B.021(1-)(2) و WAC 980-246

لم يعد لديك مساعد رعاية منزلي أو أي بيانات اعتماد مؤهلة صادرة من DOH تكون سارية المفعول وفي وضع جيد. WAC 388-71-0975، الفصل RCW 18.88B.021(1-)(2) و WAC 980-246

لا يجوز لك الحصول على راتب من DSHS مرة أخرى حتى تستكمل المتطلبات ويُصرح لك بذلك من قبل DSHS أو (AAA) Area Agency on Aging.

يجري اتخاذ هذا الإجراء وفقاً لسلطات WAC الواردة أعلاه أو بموجب القوانين التالية:

WAC 388-71-0520؛ WAC 388-71-0523؛ WAC 388-71-0540؛ WAC 388-71-0551؛ WAC 388-71-0836؛ WAC 388-71-0975؛

سيتم إخطار عميل (عملاء) DSHS الذي تعمل لصالحه بأنه إذا لم تكمل التدريب/الشهادة المطلوبة بحلول الموعد النهائي، فلن يدفع DSHS مقابل خدماتك خلال تاريخ السريان المذكور أعلاه أو بعده وسيتمتع عليه إيجاد مقدم رعاية آخر.

## حقوق الاستئناف الخاصة بك

لديك الحق في جلسة استماع إدارية بمقتضى WAC 388-71-0561. لا يجوز لك الطعن على إجراء صادر من DOH والذي يؤثر على شهادتك. يجب الطعن على إجراءات DOH من خلال استئناف يُقدم لـ DOH.

لديك الحقوق التالية:

- تلقي نسخ من كافة المعلومات المستخدمة من AL TSA أو DDA في اتخاذ قراراته؛
- تقديم الوثائق كدليل؛
- الإدلاء بالشهادة في جلسة الاستماع وتقديم الشهود للإدلاء بشهادتهم بالنيابة عنك؛
- استجواب الشهود الذين يدلون بشهادتهم في الوزارة.

لديك 30 يومًا تقويميًا من تاريخ سريان هذا الإشعار حتى يتلقى مكتب Office of Administrative Hearings (OAH) طلبك للاستئناف. لطلب جلسة استماع إدارية، يتوجب عليك إرسال أو تقديم طلب كتابي أو إرساله عن طريق الفاكس إلى OAH. ويتم إدراج استمارة لطلب جلسة استماع إدارية.

## من الذي يمكنك التواصل معه للحصول على المعلومات

الاسم	رقم الهاتف
المكتب	الوكالة
	<input type="checkbox"/> AAA <input type="checkbox"/> DDA <input type="checkbox"/> HCS

نسخة في ملف مقدم الرعاية.

## بموجب الفصل 526-388 لقوانين جلسات الاستماع في DSHS

أرسل طلبك لهذا العنوان:	أو	أرسله عن طريق الفاكس إلى هذا الرقم:
(360) 586-6563		OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS (OAH) PO BOX 42489 OLYMPIA WA 98504-2489
<p>أطالب بجلسة استماع لأنني أريد الطعن على القرار التالي المُتخذ من قبل Aging and Long Care Support Administration (AL TSA) أو Developmental Disabilities Administration (DDA).</p> <p><b>اختر أحد الاختيارات التالية:</b></p> <p>تقوم ALTSA أو DDA بما يلي:</p> <p><input type="checkbox"/> رفض / إنهاء دفع راتبي بصفتي مقدم رعاية فردي؛</p> <p><input type="checkbox"/> اتخاذ إجراءات لإنهاء عقد خدمة العملاء الخاص بي كمقدم رعاية فردي.</p> <p>حددت DSHS أنني:</p> <p><input type="checkbox"/> لم يتم اعتمادي من قبل DOH كمساعد رعاية منزلي خلال الإطار الزمني المطلوب؛</p> <p><input type="checkbox"/> لم يعد لدي مساعد رعاية منزلي أو أي بيانات اعتماد مؤهلة صادرة من DOH تكون سارية المفعول وفي وضع جيد.</p> <p><input type="checkbox"/> لم استكمل التدريب خلال الإطار الزمني المطلوب بناءً على المعلومات المقدمة من Training Partnership.</p>		
اكتب اسمك هنا بخط واضح		
رقم الهاتف الخاص بك	رقم مقدم الرعاية الخاص بك	المكتب الذي تلقيت منه هذا الإشعار:
		<input type="checkbox"/> AAA <input type="checkbox"/> DDA <input type="checkbox"/> HCS
اطبع عنوانك	المدينة	الولاية <input type="checkbox"/> الرمز البريدي
<b>إذا كان لديك من ينوب عنك</b>		
ينوب عني (إذا كنت ستمثل نفسك، فلا تملأ السطرين التاليين):		
اكتب اسم من ينوب عنك هنا	اكتب رقم هاتف من ينوب عنك هنا	
العنوان	المدينة	الولاية <input type="checkbox"/> الرمز البريدي
<b>إذا كنت بحاجة إلى ترتيبات تيسيرية</b>		
هل أنت بحاجة إلى مترجم أو مساعدة أخرى لجلسة الاستماع؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
إذا كانت إجابتك بنعم، فما اللغة أو المساعدة التي تحتاجها؟		