



療養護理機構 / 過渡護理單位 出院 / 轉院通知書

日期: _____

致: _____,

茲通知您, 您將於_____從 Helen Hayes 醫院的療養護理機構出院 / 轉院至_____

本通知依據《紐約州行政規則及條例》第10編第415.3條及《聯想法規》第42編第483.15條規定發出, 出院 / 轉院原因如下:

- 為符合留院者福祉, 且該機構無法滿足留院者之需求, 需安排轉院 / 出院;
- 因留院者健康情況已有明顯改善, 無需要該機構提供之服務, 轉院或出院為適當;
- 留院者之臨床或行為狀況已對該機構內其他人員的安全造成威脅;
- 若不轉院 / 出院, 將危及該機構內其他人員的健康;
- 留院者在獲得合理且適當的通知後, 仍未支付 (或未能由醫療保險Medicare或醫療補助Medicaid代為支付) 該機構費用。如果留院者未提交第三方付款所需的文件, 或第三方 (包括Medicare或Medicaid) 駁回支付申請後仍拒絕支付, 均視為未付款。對於入院後取得Medicaid資格之留院者, 該機構僅可收取Medicaid允許之費用;
- 該機構停止營運。

上訴及聽證權利

若您不同意本次出院 / 轉院決定, 您有權提出上訴並要求舉行證據聽證會。您可透過以下任一方式聯絡紐約州衛生署 (NYSDOH) 提出上訴申請:

電話: 致電 NYSDOH 療養院投訴熱線 **1-888-201-4563** 互聯網: 填寫並提交在線

療養院投訴表格:

<https://apps.health.ny.gov/surveyd8/nursing-home-complaint-form>。

郵寄: 填寫紙本療養院投訴表格, 並寄送至:

**NYS DOH Centralized Complaint Intake Program 875
Central Avenue
Albany, NY 12206**

傳真: 填寫該療養院投訴表格, 並傳真至: **518-408-1157**。

電郵: 填寫該療養院投訴表格的掃描副本並電郵至: **nhintake@health.ny.gov**。

療養院投訴表格下載連結: <https://www.health.ny.gov/forms/doh-5022.pdf>

有上訴申請務必於收到出院 / 轉院通知之日起六十 (60) 天內提出。若留院者於轉院 / 出院前即向 NYSDOH 提出上訴申請, 除非涉及緊急危險之轉院 / 出院情況, 留院者可於等待聽證裁決期間繼續留在該機構。應注意, 選擇在等待上訴期間留院之任何住客, 若最終上訴失敗, 留院者可能需負擔留院期間之相關費用。

若留院者於轉院 / 出院後才向 NYSDOH 提出上訴申請，則將進行出院後聽證會。如留院者在上訴聽證會中勝訴，則有權返回該機構下一個可用之雙人房床位。

在證據聽證會上，留院者可自行陳述，或委託律師、親屬、朋友或其他代表出席。

倘因法律變更而作出相關行動，將另行提供住客提出上訴之相關情況說明。

申訴協助聯絡資訊

三郡長期護理督導計劃 (TriCounty LTC Ombudsman Program)

紐約州長期護理督導辦公室，長期護理社區聯盟

地址：8 Marion Avenue, Cold Spring, NY 10516 電話：

914-500-3406

電郵：tricounty.ltcop@ltccc.org

紐約州殘障權益機構 (Disability Rights New York)

適用於智力及發展性障礙或相關障礙之療養院留院者地址：279 Troy Road, Suite 9, PMB 236, Rensselaer, NY 12144

電郵：Mail@DRNY.org

電話：**518-432-7861**

免費專線：**1-800-993-8982**

網站：www.drny.org

網上申訴：www.drny.org/intake.php

提供留院者申訴服務之法律服務機構及社區資源指南：

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

留院者簽署： _____

日期： _____

留院者代表簽署： _____

日期： _____

機構代表 (簽名及職稱)： _____

日期： _____

指定代表口頭通知日期： _____

文件郵寄至指定代表日期： _____

文件郵寄至州督導辦公室日期： _____

文件郵寄至家庭成員日期： _____