

AVISO DE TRASLADO Y DADA DE ALTA DE UN HOGAR DE ANCIANOS



Consulte la sección 400.0255 de los Estatutos de la Florida. Este formulario se requiere para los traslados o dadas de alta iniciados por el hogar de ancianos, y no por el residente o el médico o el tutor o representante legal del residente.

Información sobre el Residente

Nombre: _____

No. de Id. de Medicaid (si corresponde): _____

Representante del Residente (si corresponde)

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fecha en que se dio el Aviso: _____

Fecha de Vigencia: _____

La fecha de vigencia debe ser por lo menos 30 días después de la fecha del aviso, a menos que aplique una excepción. El residente puede elegir mudarse más temprano de la fecha de vigencia.

Motivo de la dada de alta o el traslado:

- Su factura por los servicios en esta instalación no se han pagado luego del aviso de pago razonable y apropiado.
- Está instalación va a ser cerrada.

Los siguientes motivos requieren que este formulario sea firmado por un médico o que se adjunte una orden por escrito de dada de alta o traslado del médico. El médico que firma puede ser el médico de cabecera o que atiende al residente, el director médico de la instalación, o una enfermera o el asistente del médico como persona designada por el médico:

- Sus necesidades no pueden satisfacerse en esta instalación.
- Su salud ha mejorado lo suficiente de modo que ya no necesita los servicios provistos en esta instalación.
- La salud de otras personas en esta instalación está en riesgo.
- La seguridad de otras personas en esta instalación está en riesgo.

Breve explicación para apoyar esta acción (adjunte documentación adicional, de ser necesario):

Información sobre el Hogar de Ancianos

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Persona de contacto de la instalación: _____

Teléfono de la persona de contacto: _____

Lugar al cual se traslada o se da de alta el residente (requerido):

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

PARA SOLICITAR AYUDA

Si se solicita, el personal de la instalación debe proporcionar la ayuda necesaria para comunicarse con las organizaciones que se indican a continuación o para solicitar una apelación de esta decisión si usted está en desacuerdo con la dada de alta o el traslado. Véase el nombre y el número de teléfono de la persona de contacto del hogar de ancianos al frente de este formulario.

LONG-TERM CARE OMBUDSMAN LOCAL

Usted tiene el derecho de solicitar una revisión de este aviso por parte del Long-Term Care Ombudsman Council local. Ellos podrán ayudarle con cualquier pregunta sobre este aviso o sobre el proceso de apelación (véase a continuación). Si desea solicitar una revisión de este aviso o solicitar ayuda del Long-Term Care Ombudsman local, llame a la Oficina del Ombudsman sin cargo alguno al **(888) 831-0404**. También puede presentar su solicitud por escrito llenando el formulario adjunto y enviándolo a la dirección del Ombudsman local, que también se adjunta al presente.

CENTRO DE ABOGACÍA PARA PERSONAS CON IMPEDIMENTOS

Si usted ha sido diagnosticado de que padece de enfermedad mental o retraso mental, puede comunicarse con el Centro de Abogacía para Personas con Impedimentos para obtener ayuda con la apelación de esta decisión.

El número de teléfono gratis del Centro de Abogacía es el (800) 342-0823. La correspondencia por escrito puede enviarse a:

Advocacy Center for Persons with Disabilities, Inc.
2671 Executive Center Circle West
Webster Building, Suite 100
Tallahassee, Florida 32301-5024
(850) 488-9071 Fax: (850) 488-8640

PARA SOLICITAR UNA APELACIÓN DE ESTA DECISIÓN

Usted tiene el derecho de apelar si no está de acuerdo con esta decisión. Tiene hasta 90 días, luego de recibir este aviso, para solicitar una vista imparcial. Si solicita una vista imparcial dentro de un plazo de 10 días de haber recibido este aviso, no será trasladado ni dado de alta hasta que se haya tomado una decisión en la vista, a menos que las circunstancias requieran un traslado o dada de alta de emergencia. Si usted no solicita una vista imparcial dentro de los 10 días de haber recibido este aviso, será trasladado o dado de alta al terminar el período de 30 días del aviso.

Si desea apelar este aviso y solicitar una vista, puede llamar a la oficina de apelaciones o llenar el formulario adjunto y enviarlo a:

Department of Children and Families
Office of Appeal Hearings
2415 North Monroe Street, Suite I, Room 129
Tallahassee, FL 32303-4190
(850) 488 -1429 Fax: (850) 487-0662 Email: appeal.hearings@myflfamilies.com

Aviso presentado por:

Nombre del Administrador/Persona Designada del Hogar de Ancianos Firma Fecha

Nombre del Médico/Persona Designada) (cuando se requiera) Firma Fecha

Aviso recibido por:

Nombre del Residente o Representante Firma Fecha

Aviso entregado al: Residente, Tutor o Representante Legal _____ (fecha)
 Long Term Care Ombudsman Council Local _____ (fecha)
 Registro Clínico del Residente _____ (fecha)

Anexos: Solicitud de Revisión por el Ombudsman
 Solicitud de Vista Imparcial