**HAGA CLIC PARA ESCRIBIR EL NOMBRE DEL CENTRO**

**AVISO DE TRASLADO/ALTA**

**Fecha:** Haga clic o pulse aquí para escribir una fecha

**Residente:** Haga clic o pulse aquí para escribir el nombre completo del residente

**Representante designado:** Haga clic o pulse aquí para escribir el nombre completo del representante designado

Esta nota es para avisarle que el equipo interdisciplinario ha determinado que se le dará el alta el Haga clic o pulse aquí para escribir una fecha hacia: Haga clic o pulse aquí para escribir el lugar y dirección

Según 10 NYCRR § 415.3 y 42CFR483.15, este aviso de traslado/alta se está emitiendo porque:

Las necesidades del residente no se pueden atender después de hacer intentos razonables durante la estancia en el centro, ***según se comprueba mediante:*** Haga clic o pulse aquí para escribir texto

La salud del residente mejoró suficientemente, por lo que ya no necesita los servicios que presta el centro, ***según se comprueba mediante:***Haga clic o pulse aquí para escribir texto

La seguridad de las personas en el centro estaría en peligro, ***según se comprueba mediante:***Haga clic o pulse aquí para escribir texto

La salud de las personas en el centro estaría en peligro, ***según se comprueba mediante:***Haga clic o pulse aquí para escribir texto

El residente no ha pagado (ni a través de Medicare, Medicaid o un seguro de terceros) una estancia en el centro después de un aviso razonable y apropiado; los cargos no están en disputa, no hay pendiente una apelación de la denegación de los beneficios, o los fondos para el pago están disponibles y el residente se niega a cooperar con el centro para obtener los fondos, ***según se comprueba mediante:*** Haga clic o pulse aquí para escribir texto

el centro está descontinuando la operación y ha recibido la aprobación de su plan para el cierre del Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

## DERECHOS DE APELACIÓN Y AUDIENCIA

Si no está de acuerdo con el traslado/alta propuesto, tiene derecho a apelar la acción y pedir una audiencia probatoria. Puede presentar una solicitud de apelación y una audiencia comunicándose con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (NYSDOH) de una de las siguientes maneras:

**Teléfono:** llame a la línea directa de Quejas de un centro de atención residencial de NYSDOH al 1-888-201-4563.

**Internet:** complete y presente el formulario de Quejas de un centro de atención residencial, que está disponible en línea en <https://apps.health.ny.gov/surveyd8/nursing-home-complaint-form>.

**Correo:** complete y envíe por correo un formulario de Quejas de un centro de atención residencial a la siguiente dirección:

NYS DOH Centralized Complaint Intake Program

875 Central Ave,

Albany, NY 12206

**Fax:** complete y envíe por fax un formulario de Quejas de un centro de atención residencial al 518-408-1157.

**Correo electrónico:** complete y envíe por correo electrónico una copia escaneada del formulario de Quejas de un centro de atención residencial a [nhintake@health.ny.gov](mailto:nhintake@health.ny.gov).

El formulario de Quejas de un centro de atención residencial está disponible en línea en <https://www.health.ny.gov/forms/doh-5022.pdf>.

Todas las solicitudes de apelación se deben presentar en un plazo de sesenta (60) días a partir de la fecha en la que un residente recibe un aviso de traslado/alta.

Si una solicitud de apelación se presenta ante el NYSDOH antes del traslado/alta del residente del centro, el residente puede permanecer en el centro (excluyendo casos de traslado/alta debido a un peligro inminente) pendiente la decisión de una audiencia de apelación. Se debe tener en cuenta que cualquier residente que elija permanecer en un centro, esperando el resultado de una apelación, podría ser responsable del costo de permanecer en el centro si el residente pierde la apelación.

Habrá una audiencia después del alta/traslado cuando se presente una solicitud de apelación y audiencia ante el NYSDOH después de que el residente sea trasladado/dado de alta del centro. En estos casos o en los casos que impliquen un traslado/alta debido a un peligro inminente, el residente tiene derecho a regresar a la siguiente cama semiprivada disponible en el centro si el residente prevalece/gana en la audiencia de apelación.

En la audiencia probatoria, el residente puede representarse a sí mismo o usar un abogado, un familiar, un amigo o cualquier otro vocero.

En los casos de una acción basada en un cambio en la ley, se le dará al residente una explicación de las circunstancias bajo las cuales se concederá la apelación.

**CONTACTOS DE DEFENSORÍA**

**Defensor** **de la atención de largo plazo del estado de Nueva York:**

**Nombre:** Haga clic o pulse aquí para escribir el nombre del Defensor de atención de largo plazo del NYS

**Dirección:** Haga clic o pulse aquí para escribir la dirección del Defensor de atención de largo plazo del NYS

**Teléfono:** Haga clic o pulse aquí para escribir el teléfono del Defensor de atención de largo plazo del NYS

**Derechos por discapacidad en Nueva York:**

**Para los residentes con discapacidades intelectuales y de desarrollo o discapacidades relacionadas que están en un centro de enfermería.**

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

**Correo electrónico:** [Mail@DRNY.org](mailto:Mail@DRNY.org)

**Teléfono:** 518-432-7861

**Llamada sin costo:** 1-800-993-8982

**Guía de agencias de servicios legales y recursos de la comunidad que prestan servicios de defensoría para residentes:**

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

|  |
| --- |
|  |

**Firma del residente:**

|  |
| --- |
|  |

**Fecha:**

|  |
| --- |
|  |

**Firma del representante del residente:**

|  |
| --- |
|  |

**Fecha:**

|  |
| --- |
|  |

**Firma y título del representante del centro:**

|  |
| --- |
|  |

**Fecha:**

|  |
| --- |
|  |

**Se informó verbalmente al representante designado el:**

|  |
| --- |
|  |

**Se envió el documento por correo al representante designado el:**

|  |
| --- |
|  |

**Se envió el documento por correo al defensor de NYS el:**

|  |
| --- |
|  |

**Se envió el documento por correo al familiar el:**