

버지니아 주
고령화재활서비스부
성인보호서비스과

접수처 전용:
신청서 접수 날짜

LDSS _____
사례 _____
번호 _____

성인 서비스 신청

성명:

생년월일(MM/DD/YYYY):

도로명 주소:

도시, 주, 우편번호:

전화:

우편 주소(다른 경우):

집까지 가는 길(필요한 경우)

다음 서비스 또는 서비스들(모두 나열)을 신청합니다:

- 본인의 권리와 책임에 대해 설명을 들었으며 서면 사본을 받았습니다.
- 본인은 본인이 제공한 정보가 정확함을 확인합니다. 본인은 본인이 잘못된 정보를 제공할 경우 법에 따라 기소될 수 있다는 것을 알고 있습니다.
- 본인은 지역 부서에서 아래 나열된 사람 또는 기관에 연락할 수 있는 권한을 부여합니다. 본인은 이 정보가 없으면 지역 부서에서 본인의 자격 여부를 판단하지 못할 수 있음을 이해합니다.

개인/기관	이유	고객 이니셜	날짜

신청자 서명

날짜

대리인 또는 중인이 서명한 경우

작성된 신청서는 해당 성인이 거주하는 지역 사회복지부에 보내야 합니다.
지역 사회복지부를 찾으려면 www.dss.virginia.gov/localagency/index.cgi를 방문하십시오.

신청자의 권리

누구나 서비스를 신청할 수 있습니다. 해당 카운티 또는 시에 특정 기간 동안 거주하지 않아도 됩니다. 서비스 이용에 필요한 시민권 요건은 없습니다.

귀하는 인종, 피부색, 종교, 성별, 출신 국가, 장애 여부에 관계없이 동등한 대우를 받을 권리가 있습니다.

귀하는 서비스를 요청하는 당일에 신청서를 받아 작성할 권리가 있습니다. 신청서 작성에 도움이 필요하면 담당자가 도와드릴 것입니다.

자격을 결정하는 과정을 설명 드릴 것입니다.

지역 사회복지부에서 45일 이내에 신청에 대한 결정을 내립니다. 이것이 불가능하다면 그 이유를 알려 드릴 것입니다. 자격이 되지 않거나 지연이 발생하는 경우 지역 사회복지부에서 귀하게 통지해야 합니다.

자격이 있다고 결정되면 지역 사회복지부에서 신청서를 접수한 날로부터 45일 이내에 서비스를 시작하실 권리가 있습니다.

귀하는 자격 요건을 충족하는 의무 서비스를 받으실 권리가 있습니다. 선택적 서비스에 대한 귀하의 권리는 자격 요건을 충족하는지와 지역 사회복지부에서 서비스를 제공하는지 여부에 따라 달라집니다.

귀하는 지역 사회복지부가 귀하의 서비스 기록에서 가지고 있는 귀하에 대한 정보를 볼 수 있는 권리가 있습니다.

지역 사회복지부는 사회복지 프로그램 관리와 직접적으로 관련된 목적을 제외하고는 귀하의 서면 동의 없이 귀하에 관한 정보를 공개할 수 없습니다.

이러한 권리는 연방법 및 주법에 근거하지만 일부 예외가 있습니다. 궁금한 점이 있거나 기록에 있는 정보를 확인하려면 담당 직원에게 문의하십시오.

이의 제기 지침

버지니아주 법령 51.5-147조는 **제가 서비스(가정부, 가사 도우미 또는 동반자) 및 성인 위탁 보호 서비스** 신청자 또는 수혜자가 서비스 승인, 거부, 변경 또는 중단에 대한 지역 위원회의 결정에 대해서 이의를 제기할 수 있도록 허용합니다. 신청자 또는 수혜자는 지역 위원회가 합리적인 시간 내에 결정을 내리지 않는 경우 위원장의 재검토를 요청할 수 있습니다.

지역 사회복지부의 결정이 만족스럽지 않은 경우 이의를 제기할 수 있습니다. 이는 조치 통지를 받은 날로부터 30일 이내에 완료해야 합니다. 다음 주소로 직접 서면 또는 팩스로 이의를 제기할 수 있습니다:

Attn: Control
Virginia Department for Aging and Rehabilitative Services
9960 Mayland Drive, Suite 200
Richmond, Virginia 23233
804-527-4524 (팩스)

이의 제기에는 "사례 코드 35(Case Code 35)" 및 "사례 유형 APA(Case Type APA)"와 같은 정보가 반드시 기재되어야 합니다.

10일 이내에 청문회를 요청하시면 결정이 내려질 때까지 서비스 또는 서비스 결제가 계속됩니다.

차별을 받았다고 생각되면 언제든지 사회복지부 장관 또는 미국 보건복지부 민권국에 불만을 제기하실 수 있습니다. 이는 차별 행위가 의심되는 날로부터 180일 이내에 이루어져야 합니다. 추가 정보는 http://www.dss.virginia.gov/about/civil_rights/index.cgi에서 확인하실 수 있습니다.

신청자의 책임

자격을 결정하는 데 필요한 완전하고 정확한 정보를 제공해야 합니다. 지역 사회복지부에서 급여 명세서 또는 기타 유형의 문서를 요청하거나 소득 증명을 위해 기관 또는 개인에게 연락할 수 있는 권한을 요청할 수 있습니다. 부정확한 정보를 제공하시면 법에 따라 기소될 수 있습니다.

서비스 자격에 영향을 미칠 수 있는 변경 사항이 발생하면 10일 이내에 지역 사회복지부에 알리셔야 합니다.