Informacja o Twoich prawach w domu opieki

Płatności, przenoszenie do innego pokoju, ściąganie długów i dyskryminacja

CONNECTICUT
Aging and Disability Services

Connecticut LTCOP
Long Term Care Ombudsman Program

Przewodnik dla mieszkańców, ich rodzin i osób wspierających.

Spis treści

Prawa mieszkańców domu opieki 2

Ochrona mieszkańca domu opieki 3

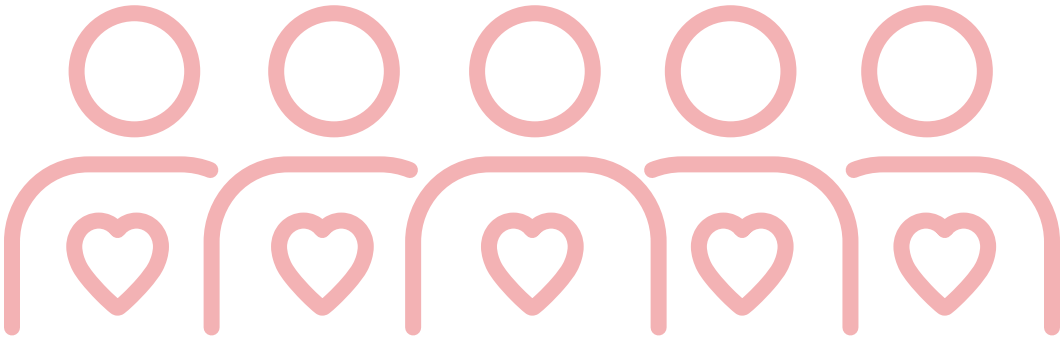
Prawa przysługujące mieszkańcom w związku z przeniesieniem do innego pokoju 8

Prawa przysługujące w razie wypisania 11

Przeniesienia i wypisy z obiektu do innego miejsca 12

Identyfikacja praktyk niestosownych lub dyskryminujących 18

Mają Państwo pytania lub potrzebują pomocy? 19



Prawa mieszkańców domu opieki

Wszystkim mieszkańcom domów opieki lub placówek opieki długoterminowej przysługują pewne prawa.

Program Rzecznika ds. opieki długoterminowej w Connecticut (LTCOP) zajmuje się ochroną i obroną praw mieszkańców domów opieki i placówek opieki długoterminowej. Rzecznik działa w imieniu i na polecenie mieszkańców. W niniejszym prz ewodniku przedstawiono informacje na temat ustawy o reformie domów opieki (NHRA), która jest jedną z najważniejszych regulacji federalnych obowiązujących w tym zakresie.

Ochrona mieszkańca domu opieki

Placówki uwzględnione w ustawie o reformie domów opieki (NHRA)

Ustawa o reformie domów opieki (ang. Nursing Home Reform Act, NHRA) obowiązuje każdy dom opieki, który posiada certyfikat uprawniający do pobierania płatności w ramach programów Medicare i/lub Medicaid, nawet jeśli dany mieszkaniec nie korzysta z płatności Medicare lub Medicaid. Medicare i Medicaid są istotnymi źródłami finansowania, dlatego niemal wszystkie domy opieki podlegają przepisom NHRA.

Umowy i odpowiedzialność finansowa

Przyjęcie do domu opieki wiąże się często z momentem kryzysowym i może przebiegać w bardzo emocjonalnej atmosferze. W tym trudnym czasie kandydaci, członkowie ich rodzin i osoby ich wspierające muszą podpisać wiele formularzy, w tym długą i zawiłą umowę dotycząca przyjęcia. Mogą zostać poproszeni o natychmiastowe złożenie podpisu bez możliwości zapoznania się z całym dokumentem.

CO WARTO WIEDZIEĆ:

- Jeśli to możliwe, należy unikać podpisywania dokumentów w domu opieki. Nie ma takiego obowiązku. Umowę należy zabrać do domu i dokładnie ją przeczytać.
- Dyskryminacja mieszkańców domów opieki ze względu na źródło płatności jest niezgodna z prawem. Do dyskryminacji może dojść, gdy poszczególne osoby są traktowane inaczej lub odmawia się im usług ze względu na źródło finansowania – ubezpieczenie prywatne, Medicare, Medicaid lub płatności z własnej kieszeni (płatność prywatna, ang. private pay).
- Przepisy NHRA zabraniają domom opieki wymagania gwarancji płatności od osób trzecich i poręczycieli jako warunku przyjęcia do domu opieki.
- Domy opieki mogą wymagać od przedstawiciela mieszkańca, który ma prawny dostęp do środków finansowych mieszkańca, podpisania umowy zobowiązującej do zapłaty na rzecz domu opieki ze środków finansowych mieszkańca. Umowa nie może nakładać na przedstawiciela mieszkańca osobistej odpowiedzialności za rachunek mieszkańca.

Informacje dla osób wspierających mieszkańców

Jeśli chodzi o odpowiedzialność finansową, w umowach przyjęcia do domu opieki często używa się terminów takich jak „strona odpowiedzialna". W umowie może zostać podjęta próba zdefiniowania „osoby odpowiedzialnej" jako kogoś, kto jest odpowiedzialny finansowo, a nie kogoś, kto jedynie wyraża chęć pomocy mieszkańcowi i podejmowania za niego decyzji.

NA CO WARTO ZWRÓCIĆ UWAGĘ:

Odpowiedzialność finansowa opiekuna. Niektóre umowy przyjęcia do domu opieki wymagają, aby członek rodziny lub osoba wspierająca mieszkańca opłacała jego rachunek, jeśli mieszkańca na to nie stać. Zgodnie z NHRA, domy opieki nie mogą wymagać od takiej osoby zapłaty rachunku za pobyt w domu opieki z własnych pieniędzy.

Odpowiedzialność za płatność. Nawet jeśli członek rodziny lub osoba wspierająca ma dostęp do pieniędzy mieszkańca jako jego pełnomocnik lub opiekun prawny, dom opieki nie może zmusić tej osoby do obietnicy, że zapłaci za opiekę nad mieszkańcem z własnych pieniędzy.

Należy zwracać uwagę na sformułowania takie jak „strona odpowiedzialna" (ang. responsible party) i „odpowiedzialność solidarna" (ang. joint and several liability). W umowach mogą znajdować się mylące postanowienia, które z jednej strony mówią, że osoba trzecia nie jest osobiście odpowiedzialna za pokrywanie kosztów opieki nad rezydentem. Jednocześnie w umowie może znaleźć się zapis, zgodnie z którym jeśli osoba wspierająca mieszkańca nie dopilnuje, by wniosek mieszkańca o przyznanie Medicaid został złożony w terminie i był kompletny oraz dokładny, będzie ona odpowiedzialna za uregulowanie płatności na rzecz domu opieki.

Prawo do odmowy podpisania. Każda osoba wspierająca mieszkańca domu opieki może odmówić podpisania umowy przyjęcia, która nakłada na nią osobistą odpowiedzialność za rachunki mieszkańca. Jeśli personel domu opieki nalega, aby mieszkaniec podpisał umowę, należy zlecić prawnikowi sprawdzenie umowy pod kątem naruszenia NHRA.

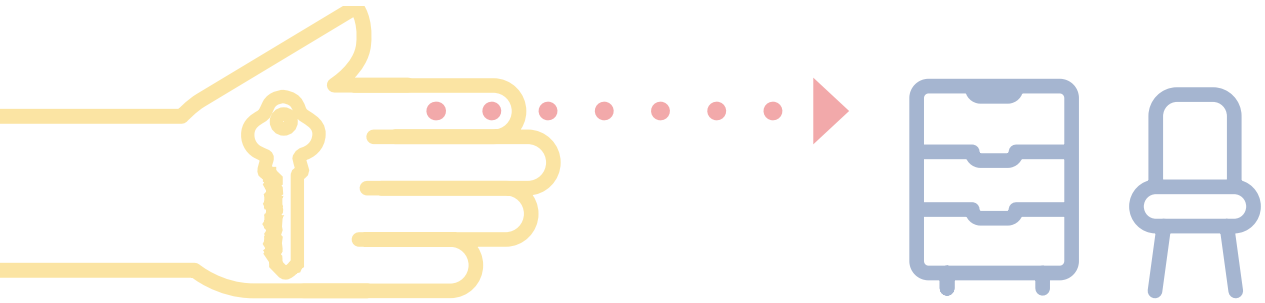
Prywatne płatności, Medicare i Medicaid

Domy opieki często wolą przyjmować najlepiej płacących klientów –płacących prywatnie, ubezpieczonych prywatnie, następnie Medicare, a na końcu Medicaid. Po otrzymaniu powiadomienia o braku pokrycia przez Medicare niektóre ośrodki mogą wprowadzać rodziny w błąd, sugerując, że Medicare

odmówiło pokrycia kosztów i że mieszkaniec musi zostać wypisany. W tym momencie system Medicare nie wydał jeszcze decyzji o pokryciu kosztów. Nie można eksmitować mieszkańca wyłącznie dlatego, że Medicare nie zapłaci.

Medicare pokrywa krótkoterminowe pobyty na ściśle określonych warunkach, podczas gdy Medicaid dotyczy długoterminowej opieki. Placówki certyfikowane przez oba te systemy (Medicare i Medicaid) nie powinny wykluczać mieszkańców na podstawie źródeł finansowania, jeśli akceptują Medicaid.

Niewłaściwą praktyką jest również proszenie mieszkańców o przejście z Managed Medicare na Traditional Medicare w celu pozostania w ośrodku. Jest to wybór mieszkańca; pracownicy obiektu nie mogą wymuszać na mieszkańcu takiej zmiany i taka opcja nie powinna być dostępna.



Prawa przysługujące mieszkańcom w związku z przeniesieniem do innego pokoju

Przeniesienie do innego pokoju w domu opieki podlega przepisom NHRA i statutów ogólnych stanu Connecticut (ang. Connecticut General Statutes, CGS) art. 19a-550(C), zgodnie z którymi przed przeniesieniem do innego pokoju lub przydzieleniem współlokatora (chyba że jest to nieprzewidziana sytuacja awaryjna) mieszkańcy muszą zostać powiadomieni i znać przyczynę przeniesienia. Mieszkańcom przysługuje prawo do odmowy przeniesienia, chyba że jest to uzasadnione względami ich zdrowia lub bezpieczeństwa. Przepisy te chronią mieszkańców przed niepotrzebnymi przenosinami do innych pokojów. Przeniesienie nie może nastąpić, jeśli jest to niebezpieczne dla mieszkańca z medycznego punktu widzenia.

MIESZKAŃCY MAJĄ PRAWO DO:

- otrzymania pisemnego powiadomienia, zawierającego powód przeniesienia przed zmianą pokoju lub współlokatora w ramach obiektu;
- odmowy przeniesienia do innego pomieszczenia w obiekcie, jeżeli celem przeniesienia jest:
  - przeniesienie mieszkańca wykwalifikowanej placówki pielęgniarskiej (SNF) z odrębnej części instytucji, która jest zaklasyfikowana jako SNF, do części instytucji, która nie ma statusu SNF;
  - przeniesienie mieszkańca placówki pielęgniarskiej (NF) z odrębnej części instytucji, która ma status NF, do odrębnej części instytucji, która ma status SNF;
  - wyłącznie ze względu na wygodę personelu;

DOM OPIEKI MOŻE PRZENIEŚĆ MIESZKAŃCA Z JEDNEGO POKOJU DO INNEGO WYŁĄCZNIE NA PROŚBĘ MIESZKAŃCA LUB Z NASTĘPUJĄCYCH POWODÓW:

1. w celu przeprowadzenia prac remontowych w obiekcie lub w celu ochrony mieszkańców w sytuacjach awaryjnych w obiekcie;
2. w celu rozwiązania konfliktu między współmieszkańcami, którego nie da się rozwiązać w inny sposób;
3. jeżeli w różnych pokojach są dwa wolne miejsca dla osób tej samej płci, żaden kandydat tej płci nie oczekuje na przyjęcie, a umieszczenie mieszkańców tej samej płci w jednym pokoju jest jedynym sposobem, aby ośrodek mógł przyjąć osobę płci przeciwnej;
4. umożliwienie korzystania ze specjalistycznego sprzętu, który nie jest już potrzebny mieszkańcowi, a jest potrzebny innemu mieszkańcowi;
5. jeśli mieszkaniec nie może już korzystać ze specjalistycznej opieki w jednostce;
6. z pokoju prywatnego do półprywatnego, jeśli pobyt mieszkańca jest objęty ubezpieczeniem Medicaid.
7. w celu ochrony mieszkańca przed obrażeniami fizycznymi, w celu kontroli rozprzestrzeniania się choroby zakaźnej, w celu zareagowania na sytuację awaryjną w obiekcie lub w środowisku, lub w celu ochrony mieszkańca przed bezpośrednim zagrożeniem śmiercią lub poważnymi obrażeniami fizycznymi.

Za każdym razem, gdy dom opieki przenosi mieszkańca, przeniesienie musi odbywać się z jak najmniejszymi zakłóceniami i należy zapewnić jego ocenę, monitorowanie i dostosowanie opieki w razie potrzeby. Jeśli przeniesienie jest inicjowane przez dom opieki, a mieszkaniec nie wyraża zgody na przeniesienie, dom opieki ma obowiązek wprowadzić procedurę konsultacyjną, która umożliwi mieszkańcowi omówienie obaw i alternatyw z zespołem klinicznym i lekarzem pierwszego kontaktu.

PROCES KONSULTACYJNY MUSI UWZGLĘDNIAĆ

- przyczynę przeniesienia;
- możliwości usunięcia przyczyny;
- czy placówka podjęła próbę przeniesienia, jeśli nie ma takiej możliwości

Mieszkaniec musi zostać poinformowany o ryzyku, korzyściach i alternatywach przeniesienia. Następnie, jeśli przeprowadzka nadal jest konieczna, mieszkaniec musi zostać o niej powiadomiony z 15- dniowym wyprzedzeniem i mieć możliwość uczestniczenia w podejmowaniu decyzji o sposobie przeprowadzki, aby zminimalizować wszelkie potencjalne szkody. Dom opieki musi powiadomić mieszkańca z co najmniej 30-dniowym wyprzedzeniem o przeprowadzce z powodu remontu/napraw. Chociaż w nagłych wypadkach nie jest wymagane wcześniejsze powiadomienie, mieszkaniec ma prawo do powrotu do swojego pokoju, jeśli sobie tego życzy, po ustaniu nagłej sytuacji.

MIMO ŻE NIE MA PRAWA DO ROZPRAWY LUB ODWOŁANIA W SPRAWIE PRZENIESIENIA DO INNEGO POKOJU, PISEMNE POWIADOMIENIE DOSTARCZONE PRZEZ OBIEKT MUSI ZAWIERAĆ:

- Powód przeniesienia
- Miejsce przeniesienia
- Nazwa, adres i numer telefonu Regionalnego rzecznika

Skorzystanie przez mieszkańca z prawa do odmowy przeniesienia nie ma wpływu na jego uprawnienia do świadczeń Medicare lub Medicaid.

Prawa przysługujące w razie wypisania

Medicare i wypisy

Domy opieki często informują beneficjentów Medicare i ich rodziny, że zamierzają „wypisać" beneficjenta Medicare, ponieważ Medicare nie zapłaci za jego pobyt. Prowadzi to do błędnego przekonania wielu osób, że system Medicare nie tylko zdecydował, że nie zapłaci za pobyt, ale także, że ośrodek może eksmitować mieszkańca, jeśli stwierdzi, że Medicare może nie zapłacić.

CO WARTO WIEDZIEĆ:

- Oświadczenie domu opieki, że Medicare nie zapłaci za pobyt beneficjenta, jest po prostu ustaleniem placówki; nie jest to decyzja Medicare. Beneficjent Medicare ma prawo do tego, aby system Medicare wydał decyzję o pokryciu kosztów.
- Nie można eksmitować mieszkańca wyłącznie dlatego, że Medicare nie zapłaci za jego pobyt.
- Mieszkaniec domu opieki ma prawo do odwołania.

Zgodnie z zasadami Medicare mieszkaniec ma prawo do odwołania się od wszelkich decyzji odmowenych, ubiegania się o Medicaid lub pozostania w placówce, płacąc prywatnie. Sam fakt wypisanie z Medicare nie oznacza, że mieszkaniec musi opuścić obiekt.

Oprócz praw mieszkańca dotyczących odmowy Medicare i pokrycia ubezpieczenia, mieszkaniec ma również określone prawa, jeśli ośrodek planuje go przenieść lub wypisać. Te prawa są opisane w następnej sekcji.

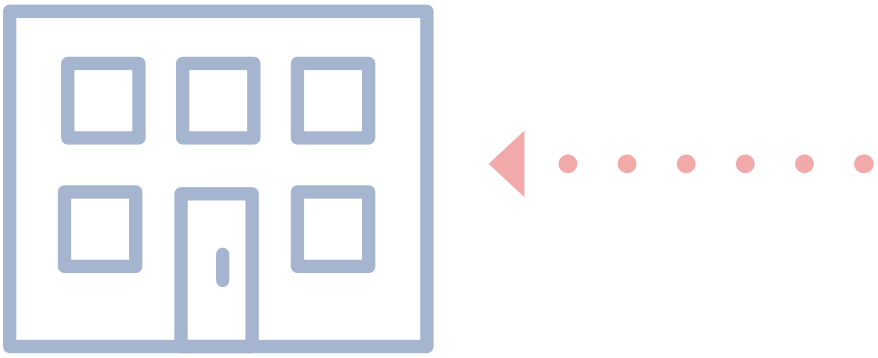
Przeniesienia i wypisy z obiektu do innego miejsca

Prawa mieszkańców dotyczące transferów i wypisów

Przepisy stanowe i federalne chronią prawa mieszkańców podczas przenosin i wypisania z budynku.

OŚRODEK MUSI ZEZWOLIĆ MIESZKAŃCOWI NA POZOSTANIE W OŚRODKU I NIE MOŻE PRZENIEŚĆ ANI WYPISAĆ MIESZKAŃCA Z OŚRODKA, CHYBA ŻE:

- przeniesienie lub wypisanie są konieczne dla dobra mieszkańca, a potrzeby mieszkańca nie mogą zostać zaspokojone w obiekcie;
- przeniesienie lub wypisanie są uzasadnione, ponieważ stan zdrowia mieszkańca poprawił się na tyle, że nie potrzebuje on już usług świadczonych przez ośrodek;
- bezpieczeństwo osób przebywających w obiekcie jest zagrożone ze względu na stan kliniczny lub zachowanie mieszkańca;
- nieprzeniesienie lub niewypisanie mieszkańca mogłoby zagrozić stanowi zdrowia osób przebywających w ośrodku; mieszkaniec nie uiścił opłaty za pobyt w ośrodku (lub nie uiścił jej w ramach Medicare lub Medicaid) po rozsądnym i odpowiednim powiadomieniu. Brak płatności dotyczy sytuacji, w której mieszkaniec nie przedłoży dokumentów niezbędnych do dokonania płatności przez osobę trzecią lub po dokonaniu płatności przez osobę trzecią, w tym Medicare lub Medicaid odrzuca roszczenie, a mieszkaniec odmawia zapłaty za swój



pobyt. W przypadku rezydenta, który kwalifikuje się do Medicaid po przyjęciu do placówki, placówka może obciążyć rezydenta tylko dopuszczalnymi opłatami w ramach Medicaid; lub

- Obiekt przestaje działać.

Dokumentacja i komunikacja

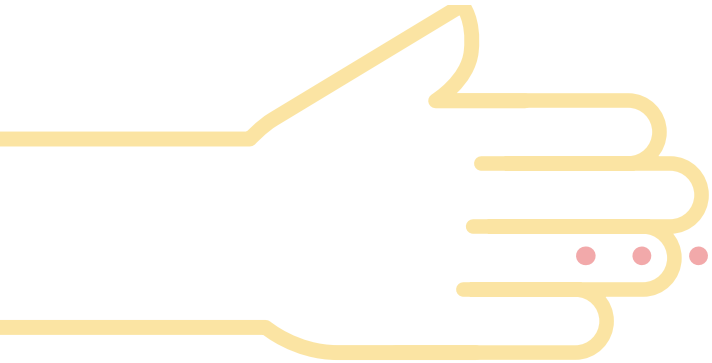
JEŚLI OŚRODEK DOKONUJE PRZENIESIENIA LUB WYPISU W TAKICH OKOLICZNOŚCIACH, ZASTOSOWANIE MAJĄ NASTĘPUJĄCE WYMAGANIA:

- Przeniesienie lub wypis muszą zostać udokumentowane w dokumentacji medycznej mieszkańca.
- Odpowiednie informacje muszą zostać przekazane przyjmującej instytucji opieki zdrowotnej lub świadczeniodawcy w celu zapewnienia

Powiadomienie przed przeniesieniem lub wypisaniem

PRZED PRZENIESIENIEM LUB WYPISANIEM MIESZKAŃCA, OŚRODEK MUSI:

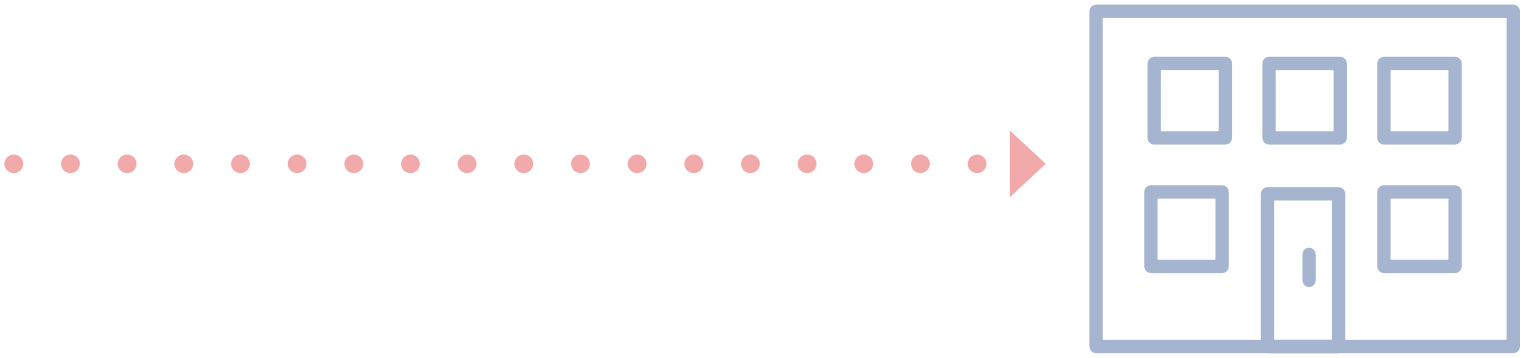
- przekazać pisemne powiadomienie mieszkańcowi i jego przedstawicielowi (przedstawicielom), wyjaśniając przeniesienie lub wypis i jego przyczyny;
- dostarczyć powiadomienie w języku i w sposób zrozumiały dla mieszkańca i jego przedstawiciela (przedstawicieli);
- przesłać egzemplarz zawiadomienia do przedstawiciela Biura Rzecznika praw ds. opieki długoterminowej;



Treść zawiadomienia

PISEMNE ZAWIADOMIENIE MUSI ZAWIERAĆ NASTĘPUJĄCE ELEMENTY:

1. powód przeniesienia lub wypisania;
2. rzeczywistą datę przeniesienia lub wypisania;
3. miejsce, do którego mieszkaniec jest przenoszony lub wypisywany;
4. informację o prawie mieszkańca do odwołania, w tym nazwę, adres (korespondencyjny i e-mail) oraz numer telefonu podmiotu, który rozpatruje takie wnioski; oraz informacje o sposobie uzyskania formularza odwołania i pomocy w wypełnieniu formularza i złożeniu wniosku o rozpatrzenie odwołania;
5. Imię i nazwisko, adres (korespondencyjny i e-mail) oraz numer telefonu Biura Rzecznika praw ds. opieki długoterminowej;
6. w przypadku mieszkańców zakładu opieki z niepełnosprawnością intelektualną i rozwojową lub niepełnosprawnością pokrewną adres pocztowy i adres poczty elektronicznej oraz numer telefonu agencji odpowiedzialnej za ochronę i rzecznictwo osób z niepełnosprawnością rozwojową ustanowionej na podstawie części C ustawy o pomocy osobom z niepełnosprawnością rozwojową i karcie praw z 2000 r. (Pub. L. 106-402, skodyfikowana w 42 U.S.C. 15001 i nast.);
7. w przypadku mieszkańców zakładu opieki z zaburzeniem psychicznym lub niepełnosprawnością pokrewną adres pocztowy



i adres poczty elektronicznej oraz numer telefonu agencji odpowiedzialnej za ochronę i rzecznictwo osób z zaburzeniem psychicznym ustanowionej na podstawie ustawy o ochronie i rzecznictwie osób chorych psychicznie.

We wszystkich przypadkach placówka musi zapewnić mieszkańcowi bezpieczny i odpowiedni plan wypisu.

Terminy zawiadomienia

W normalnych okolicznościach ośrodek musi dokonać powiadomienia co najmniej 30 dni przed przeniesieniem lub wypisaniem. Jednak w niektórych sytuacjach powiadomienie musi zostać przekazane tak szybko, jak to możliwe.

SYTUACJE TE OBEJMUJĄ:

- **Zagrożenie bezpieczeństwa:** jeśli bezpieczeństwo osób przebywających w obiekcie jest zagrożone.
- **Zagrożenia dla zdrowia:** jeśli zdrowie osób przebywających w obiekcie jest zagrożone.
- **Poprawa stanu zdrowia:** jeśli stan zdrowia mieszkańca poprawi się na tyle, aby umożliwić wcześniejsze przeniesienie lub wypisanie.
- **Pilne potrzeby medyczne:** jeśli mieszkaniec wymaga natychmiastowego przeniesienia lub wypisania z pilnych powodów medycznych.
- **Mieszkańcy krótkoterminowi:** jeśli mieszkaniec przebywa w obiekcie krócej niż 30 dni.

Powiadomienie o zasadach rezerwacji łóżka i powrotach

Powiadomienie przed przeniesieniem. Zanim placówka pielęgniarska przeniesie mieszkańca do szpitala lub mieszkaniec udaje się na leczenie, placówka musi przekazać mieszkańcowi lub przedstawicielowi mieszkańca pisemną informację, w której określi:

- Okres obowiązywania stanowych zasad w zakresie rezerwacji łóżek, jeśli takie istnieją, podczas którego mieszkaniec ma prawo do powrotu i wznowienia pobytu w placówce pielęgniarskiej;
- Zasady płatności za zarezerwowane łóżko w planie stanowym, w ramach § 447.40 Kodeksu przepisów federalnych, jeśli takie istnieją;
- Zasady placówki pielęgniarskiej dotyczące okresów rezerwacji łóżka.

Powiadomienie o rezerwacji łóżka po przeniesieniu. W momencie przeniesienia mieszkańca na hospitalizację lub leczenie placówka pielęgniarska musi przedstawić mieszkańcowi i przedstawicielowi mieszkańca pisemne powiadomienie, w którym określi czas trwania zasad rezerwacji łóżka.

Zezwolenie mieszkańcom na powrót do ośrodka. Ośrodek musi ustanowić i przestrzegać pisemnych zasad dotyczących zezwalania mieszkańcom na powrót do ośrodka po hospitalizacji lub leczeniu.

ZASADY MUSZĄ UWZGLĘDNIAĆ NASTĘPUJĄCE KWESTIE:

- Mieszkaniec, którego hospitalizacja lub pobyt na leczeniu przekracza okres rezerwacji łóżka w ramach planu stanowego, powraca do ośrodka do swojego poprzedniego pokoju, jeśli jest dostępny, lub natychmiast po udostępnieniu łóżka w pokoju półprywatnym, jeśli mieszkaniec:
  - wymaga usług świadczonych przez ośrodek;
  - kwalifikuje się do usług wykwalifikowanej placówki pielęgniarskiej Medicare lub usług placówki pielęgniarskiej Medicaid.
- Jeśli ośrodek stwierdzi, że mieszkaniec, który został przeniesiony z zamiarem powrotu do ośrodka, nie może wrócić do ośrodka, ośrodek musi spełnić wymagania określone w sekcji „Wymagania dotyczące powiadomień” niniejszego przewodnika.
- **Readmisja do określonego obszaru domu opieki.** Gdy obiekt, do którego powraca rezydent, jest uważany za „złożoną odrębną część” (zgodnie z definicją w § 483.5 Kodeksu przepisów federalnych), mieszkaniec musi mieć możliwość powrotu do dostępnego łóżka w określonej lokalizacji domu opieki, w którym wcześniej mieszkał. Jeśli łóżko nie jest dostępne w tym miejscu w momencie powrotu, mieszkaniec musi mieć możliwość powrotu do tego miejsca w momencie, gdy zwolni się tam łóżko.

Na stronie **portal.ct.gov/ltcop/regulations** można znaleźć wszystkie informacje na temat przepisów i statutów.

Identyfikacja praktyk niestosownych lub dyskryminujących

DYSKRYMINACJA MOŻE PRZYBIERAĆ RÓŻNE FORMY. OTO KRÓTKA LISTA MOŻLIWYCH RODZAJÓW DYSKRYMINACJI. JEŚLI DOM OPIEKI:

- odmawia przyjęcia wniosku o przyjęcie od beneficjenta Medicaid lub członka rodziny lub odmawia umieszczenia nazwiska wnioskodawcy na liście oczekujących;
- sugeruje, że beneficjent Medicare musi sprzedać swój dom i wykorzystać uzyskane środki na opiekę w domu opieki, zanim otrzyma świadczenia Medicaid;
- informuje rodzinę płacącą prywatnie, że po wyczerpaniu środków mieszkaniec zostanie przeniesiony do innego pokoju lub domu opieki w celu zapewnienia opieki długoterminowej;
- angażuje się w wątpliwe praktyki mające na celu odzyskanie długów, w tym:
  - próbuje doprowadzić do eksmisji mieszkańca poprzez zastosowanie procedury wypisu bez informowania go o przysługujących mu prawach do skorzystania z mechanizmu płatności Medicaid;
  - ubiega się o wyznacznenie opiekuna w celu przejęcia kontroli nad majątkiem mieszkańca bez uprzedniego udzielenia mu pomocy w kwestiach finansowych związanych z dostępnymi opcjami płatności, w tym Medicaid;
  - obiekty, które wymagają gwarancji płatności od osób trzecich i poręczycieli jako warunku przyjęcia do domu opieki.
  - Wykorzystywanie pozwu jako narzędzia nacisku na członków rodziny, którzy nie są odpowiedzialni za długi, aby je spłacili.

Mają Państwo pytania lub potrzebują pomocy?

MAJĄ PAŃSTWO OBAWY, ŻE DOM OPIEKI NARUSZA PAŃSTWA PRAWA?

Prosimy o kontakt z Programem Rzecznika ds. opieki długoterminowej.

Ogólnostanowy bezpłatny numer (866) 388-1888
(860) 424-5200

Dodatkowe materiały można znaleźć po zeskanowaniu kodu QR.

CONNECTICUT
Aging and Disability Services

Connecticut
LTCOP
Long Term Care Ombudsman Program