

**Вашите права и отговорности, когато получавате услуги, предлагани от Администрацията за дългосрочна подкрепа и помощ на възрастни хора и Администрацията за развитие на хората с увреждания**  
**Your Rights and Responsibilities When You Receive Services Offered by Aging and Long-Term Support Administration and Developmental Disabilities Administration**

ИМЕ НА КЛИЕНТА
ACES ИДЕНТИФИКАЦИОНЕН HOMEP

### Налични услуги

Вие имате право да избирате услугите, които имате право да получавате. Услугите са доброволни. Услугите, за които могат да платят Администрацията за дългосрочна подкрепа и помощ на възрастни хора (AL TSA) и Администрацията за развитие на хората с увреждания (DDA) може би няма да могат да задоволят всички ваши нужди.

AL TSA и DDA предлагат услуги в областта на:

- Дом за възрастни хора, Дом за асистиран живот, Център с разширени услуги, Център за медицински грижи, Дом с придружител, Детски приеман дом, Детски лицензиран дом с персонал; Групови домове на DDA, Групови домове за обучение, ICF/ID; ИЛИ
- Собствен дом на лицето. **Забележка:** AL TSA и DDA не осигуряват 24 часови услуги на ден за лична грижа в собствения дом на клиента. Ако е необходима 24 часова грижа, то трябва да се вземат в предвид други възможности.

Агентът по вашия случай от AAA, ресурсният мениджър по вашия случай от DDA или специалистът по социални услуги от HCS в този документ се наричат **служител по вашия случай**.

### Вашите права

Имате правото:

- Да бъдете третирани с достойнство, уважение и без дискриминация;
- Информацията за вас да бъде запазена в тайна в рамките на законите и правилата на DSHS;
- Да не бъдете малтретирани, пренебрегвани, финансово експлоатирани или изоставяни. За описание на тези условия посетете: <https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse>. Ако вие или някой, когото познавате, е малтретиран, изоставен или експлоатиран, моля, обадете се на безплатния телефон на DSHS 1-866-(End Harm) / 1-866-363-4276, за да разговаряте със служител, който може да ви помогне;
- Да се отнасят с уважение към имуществото ви;
- Да ви бъде разказано за всички услуги, които можете да получите, и да направите избор относно услугите, които искате или не искате;
- Да работите в партньорство с вашия служител по случая при планирането на вашите грижи;
- Да не бъдете принуждавани да отговаряте на въпроси или да правите нещо, което не искате;
- Да бъдете информирани писмено за решенията на агенцията и да получавате копие от вашия план за грижи или резюме на плана за подкрепа;
- Да говорите с ръководител, ако вие не сте съгласни с вашия служител по случая;
- Да поискате административно изслушване, дори ако сте подали жалба;

- Подайте жалба без никакво притеснение за вреда, дори ако сте поискали административно изслушване;
- Консултирайте се с адвокат като позвъните на 1-888-201-1014;
- Откажете всички услуги;
- Да ви бъдат осигурени безплатни преводачески услуги, ако не говорите или не разбирате добре английски език;
- Да изберете, уволните или смените квалифициран доставчик; и
- Да получите резултатите от проверката на биографичните данни на всеки отделен доставчик, който сте избрали.

### Вашите отговорности

Вие сте отговорен:

- Да позволите на служителя по вашия случай да извърши оценката ви поне веднъж годишно на удобно за вас място;
- Да позволите на служителя по вашия случай да преглежда средата ви на живот поне веднъж годишно;
- Да ни предоставите достатъчно информация, за да извършим вашата оценка;
- Да информирате служителя по случая, ако някой друг взема медицински или финансови решения вместо вас;
- Да участвате в изготвянето на вашия план за грижи или подкрепа и да го подпишете;
- Да разберете, че на вашия доставчик не може да бъде платено за услуги или работни часове, които не са одобрени;
- Да избирате сами здравните си грижи;
- Да изберете квалифициран доставчик;
- Да осигурите безопасно работно място;
- Да запазите в тайна проверките на биографичните данни на доставчика;
- Да уведомите вашия служител по случая, ако имате проблеми с вашия доставчик или ако не получавате заявените от него часове;
- Да плащате на доставчика си всеки месец, ако вие имате участие в заплащането на грижите;
- Да не действате по начин, който излага някого на опасност; и
- Да уведомите вашия служител по случая, ако има промяна в:
  - ✓ Вашето здравословно състояние;
  - ✓ Помощта, която получавате от семейството си или от други институции;
  - ✓ Мястото където живеете; или
  - ✓ Финансовото ви състояние.



## Отговорности на служителя по вашия случай

Служителят по вашия случай е отговорен за:

- Да се отнася към вас с достойнство и уважение;
- Да не нарушава вашата поверителност;
- Да ви каже какво AL TSA и DDA могат или не могат да направят за вас;
- Да получи информация от вас и други хора с цел да изготви оценка, която да определи нивото на помощта, както и услугите, които можете да изберете.
  - ✓ Оценката ще включва вашите силни страни, ограничения, цели и предпочитания.
  - ✓ Оценката ще включва помощта, която вече получавате или можете да получите от семейството си или от други агенции, както и начина, по който искате същите услуги да се извършват;
- Да ви помогне да разработите план за грижи или план за подкрепа, който се отнася до помощта за лични грижи и включва вашите лични цели, предпочитания и избор;
- Да получи информация от вас и от други лица, за да актуализира плана за грижи или плана за подкрепа всяка година или при промяна на вашето състояние;
- Да ви даде достатъчно време, за да предоставите необходимата информация;
- Да решава проблемите, свързани с вашия план за грижи или план за подкрепа, когато възникнат;
- Да зачита вашите права и да ви осигури повече помощ при достъпа до услуги, ако имате психични, неврологични, сетивни или физически увреждания; и
- Да ви помогне в намирането на квалифициран доставчик, ако не сте в състояние да намерите такъв.

## Право на изразяване воля

Имате право да изготвите изразяване на вашата воля. Изразяването на вашата воля може да включва биологичен атестат или дългосрочно пълномощно за вашата здравна грижа. Изразяването на вашата воля обхваща вашите желания по отношение на здравеопазването и/или психологична грижа, включително правото да приемете или да откажете здравна, психологична грижа или хирургично лечение, когато нямате умствените способности да взимате такива решения. По всяко време можете да откажете изразяване на волята си.

Уведомление за клиенти и служители (дясн VI и VII) Департаментът за социални и здравни услуги на Щата Вашингтон е равнопоставена възможност за всеки и служителят няма право на дискриминация, в която и да е област на наемане на работа, в своите програми или услуги, въз основа на възраст, пол, сексуална ориентация, полова идентичност/изразяване, семейно положение, раса, вероизповедание, цвят, национален произход, религия или убеждения, политическа принадлежност, военен статут, почтено освободен ветеран, ветеран от ерата на Виетнам, наскоро освободен от служба или друг защитен статут на ветеран, наличието на всякаква сетивно, умствено, физическо увреждане или използването на обучено куче-водач или служебно животно от лице с увреждане, равно заплащане или генетична информация.

## Служба по регистрация на гласоподавател

Националният закон за регистрация на гласоподавателите от 1993 г. изисква от всички щати да предоставят помощ за регистрация на гласоподавателите чрез своите служби за обществено подпомагане. Подаването на молба за регистрация или отказът да се регистрирате за гласуване няма да повлияе на услугите или размера на помощите, които ще ви бъдат предоставени от тази агенция. Ако имате нужда от помощ при попълването на формуляра за регистрация за гласоподавател, ние ще ви помогнем. Вашето решение за регистрация или отказ на регистрация е поверително и ще се използва единствено за целите на регистрацията на гласоподавател. Ако смятате, че някой е нарушил вашето право да се регистрирате за гласоподавател, да се откажете да се регистрирате за гласоподавател, нарушил е вашето право за конфиденциалност при вземането на решение дали да се регистрирате или не или вашето право да изберете своя политическа партия или други политически предпочитания, подайте жалба към:

Washington State Elections Office  
PO Box 40229  
Olympia WA 98504-0229  
1-800-448-4881

## Вашият подпис

Подпишете се върху долната линия, ако разбирате Вашите права и отговорности и разбирате отговорностите на служителя, отговорен за Вашия случай.

---

ПОДПИС НА КЛИЕНТА

---

ДАТА

---

ПОДПИС НА ЗАКОНЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ

---

ДАТА

**Вашите права и отговорности, когато получавате услуги, предлагани от Администрацията за дългосрочна подкрепа и помощ на възрастни хора и Администрацията за развитие на хората с увреждания**

**ИНСТРУКЦИИ**

1. Представете този формуляр на клиента, когато завършите първоначалната оценка на CARE и прегледате плана за грижи или плана за подкрепа. Ако клиентът вече получава услуги и преди това не е подписал тази версия на формуляра, представете го на клиента при следващата оценка. Прегледайте формуляра заедно с клиента, за да отговорите на всички въпроси относно неговите права и отговорности.
2. Клиентът или представителят на клиента трябва да подпишат два екземпляра от формуляра, за да потвърдят разбирането си за правата и отговорностите на клиента, когато получават услуги, предлагани от Администрацията за дългосрочна подкрепа и помощ на възрастни хора и Администрацията за развитие на хората с увреждания.
3. Изпратете едно копие във файла или в Системата за управление на документи (DMS) и дайте другото копие на клиента.