ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ԱՆՈՒՆ	ACES ID ՀԱՄԱՐ

Ձեր իրավունքներն ու պարտականությունները, երբ ստանում եք Տնային և համայնքային կենսապահովման վարչության և Զարգացման հաշմանդամության վարչության կողմից առաջարկվող ծառայություններ

Your Rights and Responsibilities When You Receive Services Offered by Home and Community Living Administration and Developmental Disabilities Administration

Հասանելի ծառայություններ

Դուք իրավունք ունեք ընտրելու այն ծառայություններից, որոնք իրավասու եք ստանալ: Ծառայությունները կամընտրական են: Հնարավոր է, որ այն ծառայությունները, որոնց համար կարող է վճարել Տնային և համայնքային կենսապահովման վարչությունը և Զարգացման հաշմանդամության վարչությունը, չաջակցեն Ձեր բոլոր կարիքներին:

HCLA-ն և DDA-ը առաջարկում են ծառայություններ հետևյալ ոլորտներում՝

- Չափահասների ընտանեկան տուն, Օժանդակվող բնակության հաստատություն, Ընդլայնված ծառայությունների հաստատություն, Բուժքույրական խնամքի հաստատություն, ICF/ID-ներ, Ընկերակցության հաստատություն, Երեխաների խնամատար հաստատություն, Երեխաների արտոնագրված անձնակազմով բնակության հաստատություն, DDA Group տներ, Խմբային համակցության տներ, ԿԱՄ
- Անձի սեփական տուն: **Նշում.** HCLA-ն և DDA-ը անձի սեփական տանը օրական 24-ժամյա վճարովի անհատական խնամքի ծառայություններ չեն տրամադրում: Եթե անհրաժեշտ է 24-ժամյա խնամք, ապա պետք է դիտարկվեն այլ ծառայությունների տարբերակներ:

Ձեր տարածքի Տարեցների գործակալության գործի մենեջերը, DDA գործի ռեսուրսների մենեջերը, բուժքույրական խնամքի խորհրդատուն, խնամքի խորհրդատուն, Տնային և համայնքային ծառայությունների սոցիալական ծառայությունների մասնագետը կամ HCS-ի բուժքույրական հաստատության գործի մենեջերը, որն այս փաստաթղթում անվանվում է **գործի աշխատակից**:

Ձեր իրավունքները

Դուք իրավունք ունեք.

- Արժանանալ հարգալից, արժանապատիվ և առանց խտրականության վերաբերմունքի,
- Ստանալ Ձեր ունեցվածքի նկատմամբ հարգալից վերաբերմունք,
- Համագործակցել Ձեր գործի աշխատակցի հետ՝ Ձեր խնամքը պլանավորելու հարցում,
- Ստանալ անվճար թարգմանչական ծառայություններ, եթե չեք կարող լավ խոսել կամ հասկանալ անգլերեն,
- Ապահովել, որ Ձեր մասին տեղեկությունները գաղտնի պահվեն՝ օրենքների և DSHS կանոնների շրջանակներում,
- Հարկադրված չլինել պատասխանել հարցերի կամ անել որևէ գործողություն, որը չեք ցանկանում,
- Տեղեկանալ այն բոլոր ծառայությունների մասին, որոնք կարող եք ստանալ, և ընտրություն կատարել ծառայություններից, որոնք ցանկանում կամ չեք ցանկանում ստանալ,
- Գրավոր տեղեկացվել գործակալության որոշումների մասին և ստանալ Ձեր խնամքի ծրագրի կամ աջակցության ծրագրի ամփոփագրի պատճենը,
- Հրաժարվել բոլոր ծառայություններից,
- Ընտրել, ազատել կամ փոխել որակավորված մատակարարին,
- Ստանալ Ձեր ընտրած անհատ մատակարարի կենսագրական տվյալների ստուգման արդյունքները,
- Զրուցել կառավարչի հետ, եթե Ձեր և Ձեր գործի աշխատակցի միջև համաձայնություն չկա,
- Ցանկացած պահի բողոք կամ մտահոգություն ներկայացնել նահանգի կամ մատակարարի գործունեության վերաբերյալ՝ կապված Ձեր խնամքի պլանավորման գործընթացի, խնամքի ծրագրի կամ ցանկացած այլ հարցի վերաբերյալ, որից դժգոհ եք Ձեր տնային կամ համայնքային միջավայրում: Դուք իրավունք ունեք բողոք ներկայացնել՝ առանց վրեժխնդրության ենթարկվելու: Դուք կարող եք բողոք կամ մտահոգություն ներկայացնել՝ զանգահարելով՝ 1-800-737-0617, էլփոստ ուղարկելով՝ grievances@dshs.wa.gov, կամ տեղեկություններ խնդրելով DDA-ի կամ HCLA-ի ցանկացած անձնակազմի անդամից այն մասին, թե ինչպես բողոք ներկայացնել,
- Պահանջել վարչական լսում, նույնիսկ եթե բողոք եք ներկայացրել,
- Ներկայացնել բողոք՝ առանց վնաս կրելու վախի, նույնիսկ եթե վարչական լսում եք խնդրել,
- Խոսել իրավապաշտպանի հետ՝ զանգահարելով 1-888-201-1014, և
- Ձերծ մնալ բռնությունից, անտեսումից, ֆինանսական շահագործումից կամ լքվածությունից: Նշված տերմինների բացատրության համար այցելեք՝ https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse: Եթե Դուք կամ Ձեր ճանաչած որևէ անձ ենթարկվում է բռնության, անտեսման կամ շահագործման, խնդրում ենք զանգահարել DSHS-ի անվճար հեռախոսահամարով՝ 1-866 (End Harm) /1-866-363-4276՝ աշխատողի հետ զրուցելու համար, ով կարող է օգնել Ձեզ:

Barcode label

16172

ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ԱՆՈՒՆ	ACES ID ՀԱՄԱՐ

Ձեր պարտավորությունները

Դուք պարտավոր եք.

- Թույլ տալ, որ գործի աշխատակիցը կատարի Ձեր գնահատումը առնվազն տարին մեկ անգամ՝ Ձեզ համար հարմար վայրում,
- Թույլ տալ գործի աշխատակցին ստուգել Ձեր բնակության վայրը առնվազն տարին մեկ անգամ,
- Մեզ բավարար տեղեկություններ տալ՝ Ձեր գնահատումը կատարելու և խնամքի ծրագրի համակարգման հարցում աջակցելու համար,
- Հայտնել Ձեր գործի աշխատակցին, եթե մեկ այլ անձ է Ձեր փոխարեն բժշկական կամ ֆինանսական որոշումներ կայացնում,
- Մասնակցել Ձեր խնամքի կամ աջակցության ծրագրի մշակմանը և ստորագրել այն,
- Ժամանակին պատասխանել Ձեր գործի աշխատակցին և հաղորդակցվել նրա հետ,
- Ընտրել Ձեր սեփական առողջապահությունը,
- Ընտրել որակավորված մատակարար,
- Գաղտնի պահել մատակարարի կենսագրական տվյալների ստուգումները,
- Հասկանալ, որ Ձեր մատակարարը չի կարող վճարվել այն ծառայությունների կամ ժամերի համար, որոնք լիազորված չեն,
- Տեղեկացնել Ձեր գործի աշխատակցին, եթե Ձեր մատակարարի հետ կապված խնդիրներ ունեք, կամ եթե չեք ստանում Ձեր մատակարարի պահանջած ժամերը,
- Ամեն ամիս վճարել Ձեր մատակարարին, եթե մասնակցում եք Ձեր խնամքի վճարումներին,
- Ապահովել անվտանգ աշխատավայր,
- Չկատարել որևէ գործողություն, որը կարող է ինչ-որ մեկին վտանգի ենթարկել,
- Տեղեկացնել Ձեր գործի աշխատակցին նախքան մեկնելը, եթե Ձեր անձնական խնամքի մատակարարի հետ Վաշինգտոնի նահանգից դուրս եք ճամփորդում, և
- Տեղեկացնել Ձեր գործի աշխատակցին, եթե փոփոխություն կա հետևյալում.
  - ✓ Ձեր առողջական վիճակ,
  - ✓ Ընտանիքից, ընկերներից կամ այլ գործակալություններից ստացվող օգնություն,
  - ✓ Ֆինանսական դրություն,
  - ✓ Ձեր խնամք ստանալու վայրը,
  - ✓ Վաշինգտոնի նահանգում Ձեր բնակության վայրը, կամ
  - ✓ Ձեր բնակության կարգավիճակը՝ Դուք նախատեսում եք տեղափոխվել կամ այժմ բնակվում եք Վաշինգտոնի նահանգից դուրս:

Գործի աշխատակցի պարտավորությունները

Ձեր գործի աշխատակիցը պարտավոր է.

- Ձեզ հետ վարվել արժանապատվորեն և հարգալից,
- Պահպանել Ձեր գաղտնիությունը,
- Հայտնել Ձեզ, թե HCLA-ն և DDA-ը ինչ կարող են, և ինչ չեն կարող, անել Ձեզ համար,
- Ձեզնից և ուրիշներից ստանալ տեղեկատվություն՝ գնահատում կատարելու համար, որպեսզի որոշվի Ձեր աջակցության մակարդակը, և թե որ ծառայություններից կարող եք ընտրություն կատարել,
  - ✓ Գնահատման մեջ ներառված կլինեն Ձեր ուժեղ կողմերը, սահմանափակումները, նպատակները և նախասիրությունները,
  - ✓ Գնահատման մեջ ներառված կլինի այն օգնությունը, որն արդեն ստանում եք կամ կարող եք ստանալ ընտանիքից կամ այլ գործակալություններից, և ինչպես եք ցանկանում, որ տրամադրվեն ծառայությունները,
- Օգնել Ձեզ մշակել խնամքի ծրագիր կամ աջակցության ծրագիր, որը նախատեսում է Ձեր անձնական խնամքի հետ կապված աջակցությունը և ներառում է Ձեր անձնական նպատակները, նախասիրությունները և ընտրությունները,
- Ձեզնից և ուրիշներից ստանալ տեղեկատվություն՝ Ձեր խնամքի ծրագիրը կամ աջակցության ծրագիրը թարմացնելու նպատակով՝ յուրաքանչյուր տարի կամ երբ Ձեր իրավիճակը փոխվի,
- Ձեզ բավարար ժամանակ տալ՝ անհրաժեշտ տեղեկատվությունը տրամադրելու համար,
- Լուծել Ձեր խնամքի ծրագրի կամ աջակցության ծրագրի հետ կապված խնդիրները, եթե դրանք առաջանան,
- Հարգել Ձեր իրավունքները և լրացուցիչ օգնություն տրամադրել՝ ծառայություններից օգտվելու համար, եթե ունեք մտավոր, նյարդաբանական, զգայական կամ ֆիզիկական խանգարումներ,
- Օգնել Ձեզ գտնել որակավորված մատակարար, եթե Դուք չեք կարողանում:

Barcode label

16172

ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ԱՆՈՒՆ	ACES ID ՀԱՄԱՐ

Նախնական հրահանգներ

Դուք նախնական հրահանգներ տալու իրավունք ունեք: Նախնական հրահանգները կարող են ներառել Ձեր առողջապահության վերաբերյալ բժշկական կամարտահայտումը կամ երկարաժամկետ լիազորագիրը: Նախնական հրահանգներն ամփոփում են Ձեր ցանկությունները բժշկական և/կամ մտավոր առողջության պահպանման վերաբերյալ, այդ թվում՝ բժշկական, մտավոր առողջության կամ վիրաբուժական բուժումն ընդունելու կամ մերժելու իրավունքը, երբ Դուք չունենաք այդպիսի որոշումներ կայացնելու մտավոր ունակություններ: Դուք կարող եք ցանկացած ժամանակ չեղարկել Ձեր նախնական հրահանգները:

Ընտրողների գրանցման ծառայություն

1993թ. Ընտրողների գրանցման ազգային ակտը բոլոր նահանգներից պահանջում է ընտրողների գրանցման հարցում աջակցություն տրամադրել իրենց հանրային աջակցության գրասենյակների միջոցով: Քվեարկության նպատակով գրանցվելու համար դիմելը կամ գրանցվելուց հրաժարվելը չի ազդի այն ծառայությունների կամ նպաստների չափի վրա, որոնք տրամադրվում են այս գործակալության կողմից: Եթե ընտրողների գրանցման ձևաթուղթը լրացնելու հարցում աջակցության կարիք ունեք, մենք կօգնենք Ձեզ: Գրանցվելու կամ գրանցվելուց հրաժարվելու Ձեր որոշումը գաղտնի կպահվի և կօգտագործվի միայն ընտրողների գրանցման նպատակով: Եթե կարծում եք, որ ինչ-որ մեկը միջամտել է քվեարկության համար գրանցման կամ գրանցվելուց հրաժարման Ձեր իրավունքին, գրանցվելու վերաբերյալ որոշում կայացնելու կամ գրանցվելու համար դիմելու Ձեր գաղտնիության իրավունքին, կամ Ձեր սեփական քաղաքական կուսակցությանը ընտրելու կամ քաղաքական այլ նախապատվության Ձեր իրավունքին, կարող եք բողոք ներկայացնել հետևյալ հասցեով՝

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

Ձեր ստորագրությունը

Ստորագրեք ստորև, եթե հասկանում եք Ձեր իրավունքներն ու պարտավորությունները, և հասկանում եք Ձեր գործի աշխատակցի պարտավորությունները:

Հաճախորդի ստորագրություն	Ամսաթիվ
Իրավական ներկայացուցչի ստորագրություն	Ամսաթիվ

Ծանուցում հաճախորդների և աշխատակիցների համար (Վերնագիր VI և VII), Վաշինգտոն նահանգի Սոցիալական և առողջապահական ծառայությունների վարչությունը հավասար հնարավորություններ ապահովող գործատու է և խտրականություն չի կիրառում աշխատանքային որևէ ոլորտում, իր ծրագրերում կամ ծառայություններում՝ հիմնվելով տարիքի, սեռի, սեռական կողմնորոշման, գենդերի, գենդերային ինքնության/արտահայտման, ամուսնական կարգավիճակի, ռասայի, դավանանքի, մաշկի գույնի, ազգային ծագման, կրոնի կամ համոզմունքների, քաղաքական պատկանելության, զինվորական կարգավիճակի, պատվով պաշտոնաթող վետերանության, վիետնամական պատերազմի վետերանության, վերջերս ազատված կամ վետերանի այլ պաշտպանված կարգավիճակի, ինչպես նաև որևէ զգայական, մտավոր, ֆիզիկական հաշմանդամության կամ հաշմանդամություն ունեցող անձի կողմից վարժեցված շան կամ այլ սպասարկու կենդանու՝ որպես ուղեկից օգտագործման, հավասար վարձատրության կամ գենետիկ տեղեկատվության վրա:

Barcode label

16172

Ձեր իրավունքներն ու պարտականությունները, երբ ստանում եք Տնային և համայնքային կենսապահովման վարչության և Զարգացման հաշմանդամության վարչության կողմից առաջարկվող ծառայություններ

Գործի աշխատակցի ցուցումներ

1. Վերանայեք ձևաթուղթը հաճախորդի հետ՝ հաճախորդի իրավունքների և պարտավորությունների վերաբերյալ ցանկացած հարցի պատասխանելու համար: Վերանայեք հաճախորդի հետ նախնական CARE գնահատման ժամանակ (կամ Նշանակալի փոփոխության/Տարեկան գնահատման ժամանակ, եթե ձևաթուղթը չի ստորագրվել): Եթե առկա է ձևաթղթի թարմացված տարբերակը, ապա խնդրեք հաճախորդին ստորագրել այն: Գործի աշխատակցի կողմից ներկայացված և հաճախորդի կողմից ստորագրված՝ հաճախորդի իրավունքների և պարտավորությունների վերաբերյալ վերջին ձևաթուղթը փոխարինում է նախկինում ստորագրված ձևաթղթերին:
2. Խնդրեք հաճախորդին կամ հաճախորդի ներկայացուցչին ստորագրել ձևաթղթի երկու պատճենը՝ հաստատելու, որ նա հասկանում է հաճախորդի իրավունքները և պարտավորությունները՝ Տնային և համայնքային կենսապահովման վարչության և Զարգացման հաշմանդամության վարչության կողմից առաջարկվող ծառայություններ ստանալու ընթացքում:
3. Պատճեններից մեկը պահեք հաճախորդի էլեկտրոնային գործի արձանագրության մեջ, իսկ մյուս պատճենը տրամադրեք հաճախորդին: