ИМЕ НА КЛИЕНТА	ACES ИДЕНТИФИКАЦИОНЕН НОМЕР

Вашите права и задължения при получаване на услуги, предлагани от Администрацията за домашен и общностен живот и Администрацията за лица с интелектуални и други затруднения в развитието

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

Налични услуги

Вие имате право да избирате услугите, които имате право да получавате. Услугите са доброволни. Услугите, които Администрацията за домашен и общностен живот и Администрацията за лица с интелектуални и други затруднения в развитието могат да заплащат, може да не покриват всички Ваши нужди.

HCLA и DDA предлагат услуги в областта на:

- Дом за възрастни хора, Дом за асистиран живот, Център с разширени услуги, Център за медицински грижи, ICF/ID, Дом с придружител, Детски приемен дом, Детски лицензиран дом с персонал; Групови домове на DDA, Групови домове за обучение; ИЛИ
- Собствен дом на лицето. **Забележка:** HCLA 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.

Вашият мениджър по случай към Регионалната агенция за възрастни хора, мениджър на ресурси по случаи към DDA, медицински консултант по грижи, консултант по грижи, специалист по социални услуги към Службите за домашен и общностен живот или мениджър по случаи в болнично/социално заведение към HCS в този документ се нарича **социален работник/служител по случаите**.

Вашите права

Имате правото:

- Да бъдете третирани с достойнство, уважение и без дискриминация;
- Да се отнасят с уважение към имуществото ви;
- Да работите в партньорство с вашия служител по случая при планирането на вашите грижи;
- Да ви бъдат осигурени безплатни преводачески услуги, ако не говорите или не разбирате добре английски език;
- Информацията за вас да бъде запазена в тайна в рамките на законите и правилата на DSHS;
- Да не бъдете принуждавани да отговаряте на въпроси или да правите нещо, което не искате;
- Да ви бъде разказано за всички услуги, които можете да получите, и да направите избор относно услугите, които искате или 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;
- Откажете всички услуги;
- Да изберете, уволните или смените квалифициран доставчик;
- Да получите резултатите от проверката на биографичните данни на всеки отделен доставчик, който сте избрали;
- Да говорите с ръководител, ако вие не сте съгласни с вашия служител по случая;
- Подайте жалба или изразете загриженост по всяко време относно работата на държавния орган или доставчика по отношение на Вашия процес на планиране на грижите, плана за грижи, услугите или всичко, от което сте недоволни във Вашата общностна среда (в дома и общността). Имате право да подадете жалба без страх от отмъщение. Можете да подадете жалба или сигнал, като се обадите на 1-800-737-0617, изпратите имейл на grievances@dshs.wa.gov или се обърнете към който и да е служител на DDA или HCLA за информация как да подадете жалба;
- 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; и
- Да не бъдете малтретирани, пренебрегвани, финансово експлоатирани или изоставяни. За описание на тези термини, посетете: https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse. Ако Вие или Ваш познат сте обект на насилствено отношение, пренебрежение или експлоатация, моля, обадете се на безплатния телефон на DSHS на 1-866 (End Harm) /1-866-363-4276, за да разговаряте със сътрудник, който може да Ви помогне.

Barcode label

16172

ИМЕ НА КЛИЕНТА	ACES ИДЕНТИФИКАЦИОНЕН НОМЕР

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;
- Предоставете ни достатъчно информация, за да завършим оценката ви и да съдействаме за координирането на Вашия план за грижи;
- 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;
- Отговаряйте и комуникирайте със своя отговорник по случая своевременно;
- Да избирате сами здравните си грижи;
- Да изберете квалифициран доставчик;
- Да запазите в тайна проверките на биографичните данни на доставчика;
- Да разберете, че на вашия доставчик не може да бъде платено за услуги или работни часове, които не са одобрени;
- 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 осигурите безопасно работно място;
- Да не предприемате действия, които излагат когото и да било на опасност;
- Информирайте своя отговорник по случая, преди да заминете, ако пътувате извън щат Вашингтон заедно с личния си асистент; и
- Да уведомите вашия служител по случая, ако има промяна в:
  - ✓ Вашето здравословно състояние;
  - ✓ Помощта, която получавате от семейството, приятели или други агенции;
  - ✓ Финансовото ви състояние;
  - ✓ Къде получавате грижите си;
  - ✓ Къде живеете в щат Вашингтон; или
  - ✓ Вашето местоживеене – планирате да се преместите или вече живеете извън щат Вашингтон.

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 HCLA 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.

Barcode label

16172

ИМЕ НА КЛИЕНТА	ACES ИДЕНТИФИКАЦИОНЕН НОМЕР

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.

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 по-долу, ако разбирате своите права и отговорности, както и отговорностите на вашия отговорник по случая.

Подпис на клиента	Дата
Подпис на законен представител	Дата

Уведомление за клиенти и служители (дял VI и VII) Департаментът за социални и здравни услуги на Щата Вашингтон е равноправна 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 всякакво сетивно, умствено, физическо увреждане или използването на обучено куче-водач или служебно животно от лице с увреждане, равно заплащане или генетична информация.

Barcode label

16172

Вашите права и задължения при получаване на услуги, предлагани от Администрацията за домашен и общностен живот и Администрацията за лица с интелектуални и други затруднения в развитието

Инструкции за отговорника по случая

1. Прегледайте формуляра заедно с клиента, за да отговорите на всички въпроси относно неговите права и отговорности. Направете преглед с клиента по време на първоначалната оценка CARE (или при Съществена промяна / Годишна оценка, ако формулярът не е бил подписан). Ако съществува актуализирана версия на формуляра, накарайте клиента да я подпише. Най-новата форма за права и отговорности на клиента, представена от отговорника по случая и подписана от клиента, заменя всички предходно подписани форми.
2. Покарайте клиента или представителя на клиента да подпише две копия от формуляра, за да потвърди, че разбира правата и отговорностите на клиента, когато получава услуги, предлагани от Администрацията за домашен и общностен живот и Администрацията за лица с интелектуални и други затруднения.
3. Съхранете едно копие в електронното досие на клиента, а другото предайте на самия клиент.