| 个案当事人姓名 | 个案当事人资格审定自动系统(ACES)识别号码 |
|---|---|
| | |

# 接受家庭与社区生活管理局和发育障碍人士服务管理局服务时，您的权利和责任

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

## 可享服务

您有权在您有资格获得的服务中进行选择。是否接受服务纯属自愿。家庭与社区生活管理局和发育障碍人士服务管理局可报销的服务项目，未必能覆盖您的全部需求。

HCLA 和 DDA 在以下场所提供服务：

- 成人之家、有辅助看护的养老院、高级服务机构、专业护理机构、ICF/ID、伴侣之家、儿童寄养家庭、获得许可的孤儿院；DDA 集体之家、集体训练之家；或
- 服务对象本人家中。 **注意：**HCLA 和 DDA 不提供在患者自己家里进行的已支付每天 24 小时昼夜个人照护服务。 若希望获得 24 小时昼夜照护服务，可以考虑其他服务选项。

在本文件中，您的耆英服务地区办事处个案经理、DDA 个案资源经理、护理照护顾问、照护顾问、家庭与社区服务社会服务专员、HCS 护理机构个案经理，统称为**个案工作者**。

## 您的权利

您享有以下权利：

- 受到尊重、礼待，且不受歧视；
- 使您的财产受到尊重；
- 与您的个案工作者共同制定您的照护计划；
- 如果您不会讲英语或不太懂英语，请求为您免费提供口译服务；
- 使您的个人情况在法律允许的限度内以及社会福利服务部(DSHS)规则允许的限度内受到隐私保护；
- 免在他人强制下回答问题或者从事您不情愿的事情；
- 获知您可得到的所有各项服务选择，并就您希望获得或不希望获得的服务做出选择；
- 以书面方式获知本机构的决定，并获得您的照护计划或支持计划概要之副本；
- 拒绝接受所有服务；
- 选择、解雇或更换符合资格的提供者；
- 获得对您选择的任何个人服务提供者之背景调查的结果；
- 如果您与您的个案工作者意见不一致，可与主管沟通；
- 针对州政府或服务提供者在您的照护规划流程、照护计划、服务中的表现，或您对家庭与社区服务场景下任何事项不满，可随时提出申诉或反馈意见。您享有提出申诉而不受报复的权利。您可通过致电 1-800-737-0617、发送电子邮件至 grievances@dshs.wa.gov，或向任何 DDA 或 HCLA 工作人员咨询申诉方式，提交申诉或反馈意见；
- 即使您已经提出投诉，仍可提请举行一次行政听证会；
- 即使您已经提请举行一次行政听证会，仍可提出投诉，而不必担心自己会受到伤害；
- 致电 1-888-201-1014 联系维权律师进行沟通；以及
- 免受虐待、忽视、经济剥削或遗弃。有关这些术语的描述，请访问：https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse。如果您或您认识的人受到虐待、忽视或剥削，请致电 DSHS 免费电话 1-866 (End Harm) /1-866-363-4276 与能够帮助您的员工交谈。



Barcode label

16172

| 个案当事人姓名 | 个案当事人资格审定自动系统(ACES)识别号码 |
|---|---|

## 您的责任

您有如下责任：

- 让个案工作人员在对您方便的地点完成您的评估，每年至少一次；
- 让个案工作者查看您的生活环境，每年至少一次；
- 向我们提供充足信息，以便完成您的评估并协助协调您的照护计划；
- 如果您请其他人代您做出医疗或财务决定，应告诉您的个案工作者；
- 参与制定您的照护或支持计划，并签署；
- 及时与您的个案工作者回应沟通；
- 选择您的医疗保健服务；
- 选择一位符合资格的服务提供者；
- 对服务提供者之背景调查结果加以保密；
- 明白提供者无法支付未授权的服务或服务小时；
- 如果您与您的服务提供者之间发生问题，或者您并未获得您的服务提供者所申报的服务小时，应告诉您的个案工作者；
- 如果您协助支付您的照护服务费用，则应每月向您的服务提供者支付报酬；
- 提供安全的工作场所；
- 不得做出危及他人安全的行为；
- 若您将与个人护理服务提供者一同前往华盛顿州以外地区旅行，请在出发前告知您的个案工作者；以及
- 如果以下任何情况发生变化，应告诉您的个案工作者：
  - ✓ 您的健康状况；
  - ✓ 您从家人、朋友或其他机构获得的协助；
  - ✓ 您的财务状况；
  - ✓ 您接受照护服务的地点；
  - ✓ 您在华盛顿州的居住地址；或
  - ✓ 您的居住状态 - 您计划搬迁，或您现居住于华盛顿州以外地区。

## 个案工作者职责

您的个案工作者负责：

- 以尊重和礼遇对待您；
- 保护您的隐私权；
- 告诉您 HCLA 和 DDA 可以，或不可以，为您提供的服务；
- 向您与其他人收集情况，用以确定您需要协助的程度，并决定您可以选择哪些服务；
  - ✓ 此类评估包括您的优势、局限性、目标及偏好；
  - ✓ 评估内容将涉及您已经或者能够从家庭成员或其它机构获得的协助，以及您希望如何提供这些服务；
- 帮助您制定一项照护计划或支持计划，用以解决个人照护协助，并包括您的个人目标、偏好和选择；
- 向您与其他人收集情况，用以对您的照护计划或支持计划进行年度更新，或者当您的情况发生变化时进行更新；
- 给您充分时间提供所需的情况；
- 在您的照护计划或支持计划出现问题时，随时加以解决；
- 尊重您的权利，并为有心理障碍、神经功能缺损、感官障碍或身体残障的人士提供更多的服务便利；而且
- 在您无法找到合格服务提供者的情况下给予有关协助。



Barcode label

16172

| 个案当事人姓名 | 个案当事人资格审定自动系统(ACES)识别号码 |
|---|---|

## 预先立嘱

您有权作出预先立嘱。预先立嘱可包括生前遗嘱，或者您的医疗保健所永久委托授权书。预先立嘱用于概述您对个人医疗和（或）心理健康服务之愿望，其中包括接受或拒绝医疗、心理健康治疗或手术治疗的权利，以防您日后不具备做出此类决定的必要心理能力。您可以随时取消预先立嘱。

## 选民登记服务

1993 年通过的全国选民登记法案要求各州通过其公共补助部门为选民提供投票登记协助。无论您申请或谢绝参加投票登记，都不会影响本机构将为您提供的服务或者福利金额。您在填写选民登记表格时若需要帮助，我们可协助您。无论您决定参加或谢绝投票登记，您的决定都将受到保密，并且仅用于选民登记目的。如果您认为有人干涉您行使或不行使选民登记的权利，并干涉您决定是否登记或申请登记投票的隐私权，或者干涉您选择政党或其它政治倾向的权利，您可向以下机构提出投诉：

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

## 您的签名

如果您明白自己的权利与责任，并且明白您的个案工作人员之责任，请在下方签名。

| 服务对象签名 | 日期 |
|---|---|
| 法定代表人签名 | 日期 |

服务对象和雇员须知（第 VI 和 VII 章）华盛顿州社会福利服务部是提供平等机会的雇主，在任何就业领域、其计划或服务中皆不存在基于年龄、性别、性取向、性别认同/表达、婚姻状况、种族、信仰、肤色、国家起源、宗教或信仰、政治派别、军人身份、光荣退伍老兵、越战老兵，最近离职或其他受保护的老兵身份，存在任何感官、精神、身体残障，残障人士使用训练有素的导盲犬或服务动物，同工同酬或遗传信息的歧视行为。



Barcode label

16172

# 接受家庭与社区生活管理局和发育障碍人士服务管理局服务时，您的权利和责任

## 个案工作者操作指南

1. 与服务对象共同审阅此表格，并解答有关服务对象权利与责任的问题。首次 CARE 评估时需与服务对象共同审阅本表（若本表尚未签署，则在重大变更评估/年度评估时完成此项工作）。如果存在更新版本的表格，须安排服务对象签署新版表格。个案工作者向服务对象出示、且经服务对象签署的最新版服务对象权利与责任表，将替代此前所有已签署的旧版表格。
2. 须安排服务对象或其法定代表人签署两份表格，以确认其已理解接受家庭与社区生活管理局和发育障碍人士服务管理局服务时自身的权利与责任。
3. 一份存入服务对象的电子个案档案，另一份交予服务对象留存。