JMÉNO KLIENTA	PŘÍSTUPOVÉ IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO ACES

Vaše práva a povinnosti při využívání služeb poskytovaných Úřadem pro domácí a komunitní bydlení a Úřadem pro osoby s vývojovými poruchami

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

Dostupné služby

Máte právo vybrat si ze služeb, na které máte nárok. Poskytování služeb je dobrovolné. Služby, které hradí Úřad pro domácí a komunitní bydlení (Home and Community Living Administration) a Úřad pro osoby s vývojovými poruchami (Developmental Disabilities Administration), vám nemusí pomoci se všemi vašimi potřebami.

HCLA a DDA nabízejí služby v těchto oblastech:

- Rodinný domov pro dospělé, zařízení pro osoby se zdravotním postižením, zařízení s rozšířenými službami, pečovatelské zařízení, ICF/IDs, domov pro osoby se zdravotním postižením, pěstounská péče, dětský domov s licencovaným personálem; skupinové domovy DDA, skupinové vzdělávací domovy; NEBO
- Vlastní domov. **Poznámka:** HCLA a DDA neposkytují placené služby osobní péče 24 hodin denně ve vlastní domácnosti. Pokud klient požaduje 24-hodinovou péči, lze zvážit využití jiných služeb.

Váš oblastní manažer případů agentury pro seniory, manažer zdrojů případů DDA, konzultant péče o sestry, konzultant péče, specialista na sociální služby pro domácí a komunitní služby nebo manažer případů pečovatelských zařízení HCS je v tomto dokumentu nazýván **případovým pracovníkem.**

Vaše práva

Máte právo:

- Na důstojné zacházení, s respektem a bez diskriminace;
- Aby s vaším majetkem bylo zacházeno s úctou;
- Při plánování péče spolupracovat se svým případovým pracovníkem;
- Využít bezplatné tlumočnické služby, pokud nemluvíte nebo nerozumíte dobře anglicky.
- Na zachování důvěrnosti informací o sobě v rámci zákonů a pravidel DSHS;
- Nebýt nucen odpovídat na otázky nebo dělat něco, co nechcete;
- Být informován o všech službách, které vám mohou být poskytnuty, abyste si mohl/a vybrat služby, které chcete nebo nechcete;
- Být písemně informován o rozhodnutích úřadu a obdržet kopii plánu péče nebo přehled plánu podpory;
- Odmítnout veškeré služby;
- Vybrat si kvalifikovaného poskytovatele, nebo ho propustit či vyměnit;
- Obdržet výsledky prověrky jednotlivých poskytovatelů, které si vyberete;
- Pokud se s případovým pracovníkem neshodnete, poradit se s nadřízeným;
- Kdykoli můžete podat stížnost nebo vyjádřit své obavy ohledně postupu státu či poskytovatele při plánování vaší péče, ohledně plánu péče, služeb nebo čehokoli, s čím nejste spokojeni v rámci domácí a komunitní péče. Máte právo podat stížnost, aniž byste se museli obávat odvetných opatření. Stížnost nebo připomínku můžete podat tak, že zavoláte na číslo 1-800-737-0617, zašlete e-mail na adresu grievances@dshs.wa.gov, nebo se obrátíte na kteréhokoli zaměstnance DDA či HCLA s žádostí o informace o tom, jak stížnost podat;
- Požádat o správní slyšení, i když jste podali stížnost;
- Podat stížnost bez obav z újmy, i když jste požádali o správní slyšení;
- Zavolat na číslo 1-888-201-1014 a promluvit si s advokátem; a
- Nebýt zneužíván, zanedbáván, finančně vykořisťován nebo opuštěn. Popis těchto pojmů naleznete na adrese: https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse. Pokud jste vy nebo někdo, koho znáte, zneužíváni, zanedbáváni nebo vykořisťováni, zavolejte na bezplatnou linku DSHS 1-866 (End Harm) /1-866-363-4276 a promluvte si s pracovníkem, který vám může pomoci.

Barcode label

16172

JMÉNO KLIENTA	PŘÍSTUPOVÉ IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO ACES

Vaše povinnosti

Vaší povinností je:

- Umožnit osobě, která na případu pracuje, provést alespoň jednou ročně posudek na místě, které vám vyhovuje;
- Umožnit případovému pracovníkovi alespoň jednou ročně prohlédnout si místo, kde žijete;
- Poskytnout nám dostatek informací k dokončení vašeho posudku a pomoci s koordinací vašeho plánu péče;
- Informovat případového pracovníka, pokud za vás někdo jiný rozhoduje o zdravotních nebo finančních záležitostech;
- Podílet se na vypracování plánu péče nebo podpory a podepsat jej;
- Včas reagovat a komunikovat se svým případovým pracovníkem;
- Zvolit si vlastní zdravotní péči;
- Zvolit si kvalifikovaného poskytovatele;
- Udržet v tajnosti prověrky poskytovatelů;
- Vzít na vědomí, že vašemu poskytovateli nelze zaplatit za služby nebo hodiny, které nejsou autorizovány;
- Informovat svého případového pracovníka, pokud máte problémy s poskytovatelem nebo pokud váš poskytovatel neplní počet hodin, které vykazuje;
- Platit svému poskytovateli každý měsíc, pokud se podílíte na platbě za péči;
- Zajistit bezpečné pracovní prostředí;
- Nejednat způsobem, který někoho vystavuje nebezpečí;
- Pokud cestujete se svým poskytovatelem osobní péče mimo stát Washington, informovat o tom před odjezdem svého případového pracovníka; a
- Informovat případového pracovníka, pokud dojde ke změně v jednom z níže uvedených:
  - ✓ Zdravotní stav;
  - ✓ Pomoc, kterou dostáváte od rodiny, přátel nebo jiných organizací;
  - ✓ Vaše finanční situace;
  - ✓ Kde vám je poskytována péče;
  - ✓ Kde ve státě Washington bydlíte; nebo
  - ✓ Vaše bydliště – plánujete se přestěhovat nebo v současné době bydlíte mimo stát Washington.

Povinnosti případového pracovníka

Váš případový pracovník je povinen:

- Jednat s vámi s úctou a respektem;
- Respektovat vaše soukromí;
- Říci vám, co pro vás HCLA a DDA mohou nebo nemohou udělat;
- Získat od vás a dalších osob informace, na jejichž základě provede posudek, aby určil míru podpory a rozhodl, z jakých služeb si můžete vybírat;
  - ✓ Posudek bude zahrnovat vaše silné stránky, omezení, cíle a preference;
  - ✓ Posudek bude zahrnovat míru pomoci, kterou již dostáváte nebo můžete dostat od rodiny nebo jiných úřadů, a způsob, jakým chcete, aby byly služby poskytovány;
- Pomoci vám vypracovat plán péče nebo plán podpory, který se týká pomoci při osobní péči a zahrnuje vaše osobní cíle, preference a volby;
- Získat informace od vás a dalších osob a aktualizovat váš plán péče nebo plán podpory každý rok nebo při změně vašeho zdravotního stavu;
- Dát vám dostatek času na poskytnutí potřebných informací;
- Vyřešit problémy týkající se plánu péče nebo plánu podpory, a to jakmile se objeví;
- Respektovat vaše práva a poskytovat větší pomoc pokud jde o přístup ke službám, v případě, že máte mentální, neurologické, smyslové nebo fyzické postižení; a
- Pomoci vám najít kvalifikovaného poskytovatele, pokud ho nemůžete najít.

Barcode label

16172

JMÉNO KLIENTA	PŘÍSTUPOVÉ IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO ACES

Dříve vyslovená přání

Máte právo připravit si dříve vyslovená přání. Mezi tato přání může patřit závěť nebo trvalá plná moc pro zdravotní péči. Dříve vyslovená přání shrnují, co si přejete v oblastech lékařské a/nebo psychiatrické péče, včetně práva přijmout nebo odmítnout lékařskou, psychiatrickou nebo chirurgickou léčbu, až nebudete mít duševní schopnost učinit tato rozhodnutí. Dříve vyslovená přání můžete kdykoli odvolat.

Služba registrace voličů

Národní zákon o registraci voličů z roku 1993 vyžaduje, aby všechny státy poskytovaly pomoc při registraci voličů prostřednictvím svých úřadů veřejné podpory. Podání žádosti o registraci nebo odmítnutí registrace k volbám nemá vliv na služby nebo výši dávek, které vám tato agentura poskytne. Pokud chcete pomoci s vyplněním registračního formuláře, pomůžeme vám. Vaše rozhodnutí o registraci nebo odmítnutí registrace bude považováno za důvěrné a bude použito pouze pro účely registrace voličů. Pokud se domníváte, že někdo zasáhl do vašeho práva na registraci nebo odmítnutí registrace k volbám, do vašeho práva na soukromí při rozhodování o registraci nebo při podání žádosti o registraci k volbám nebo do vašeho práva na volbu politické strany nebo jiné politické preference, můžete podat stížnost u:

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

Váš podpis

Podepište se na níže uvedený řádek, pokud rozumíte svým právům a povinnostem a chápete i povinnosti svého případového pracovníka.

Podpis klienta	Datum
Podpis zákonného zástupce	Datum

Upozornění pro zákazníky a zaměstnance (Hlava VI a VII) Ministerstvo zdravotnictví a sociálních věcí státu Washington je zaměstnavatel poskytující rovné příležitosti a odmítající diskriminaci v jakékoliv oblasti zaměstnání, svých programů nebo služeb a ta ať na základě věku, pohlaví, sexuální orientace, rodu, rodové identity/vyjádření, rodinného stavu, rasy, vyznání, barvy pleti, národnostního původu, náboženského vyznání nebo přesvědčení, politické příslušnosti, vojenského statusu, čestně vysloužilého veterána, veterána z Vietnam éry, nedávno vysloužilého veterána nebo veterána jiného chráněného stavu, jakéhokoli smyslového, mentálního nebo fyzického postižení nebo používání vycvičeného vodicího psa nebo služebního zvířete osobou s postižením, rovnosti odměňování nebo genetických informací.

Barcode label

16172

Vaše práva a povinnosti při využívání služeb poskytovaných Úřadem pro domácí a komunitní bydlení (Home and Community Living Administration) a Úřadem pro osoby s vývojovými poruchami (Developmental Disabilities Administration)

Pokyny případového pracovníka

1. Projděte si s klientem formulář a zodpovězte případné dotazy týkající se jeho práv a povinností. Projděte si s klientem při úvodním posouzení CARE (nebo při významné změně/výročním posouzení, pokud formulář dosud nebyl podepsán). Pokud existuje aktualizovaná verze formuláře, nechte klienta podepsat tento aktualizovaný formulář. Nejnovější formulář o právech a povinnostech klienta, který předložil případový pracovník a který klient podepsal, nahrazuje dříve podepsané formuláře.
2. Nechte klienta nebo jeho zástupce podepsat dva výtisky tohoto formuláře, čímž potvrdí, že rozumí právům a povinnostem klienta při využívání služeb poskytovaných Úřadem pro domácí a komunitní bydlení (Home and Community Living Administration) a Úřadem pro osoby s vývojovými poruchami (Developmental Disabilities Administration).
3. Jednu kopii uložte do elektronického spisu klienta a druhou kopii předejte klientovi.