ક્લાયન્ટનું નામ	ACES ઓળખ નંબર

જ્યારે તમે હોમ એન્ડ કોમ્યુનિટી લિવિંગ એડમિનિસ્ટ્રેશન અને ડેવલપમેન્ટલ ડિસેબિલિટીઝ એડમિનિસ્ટ્રેશન દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવતી સેવાઓ મેળવો ત્યારે તમારા અધિકારો અને જવાબદારીઓ

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

ઉપલબ્ધ સેવાઓ

જે સેવાઓ મેળવવા માટે તમે પાત્રતા ધરાવતા હો તેમાંથી પસંદગી કરવાનો તમને અધિકાર છે. સેવાઓ સ્વૈચ્છિક છે. શક્ય છે કે હોમ એન્ડ કોમ્યુનિટી લિવિંગ એડમિનિસ્ટ્રેશન અને ડેવલપમેન્ટલ ડિસેબિલિટીઝ એડમિનિસ્ટ્રેશન જે સેવાઓ માટે યૂકવણી કરી શકે છે તે કદાચ તમારી બધી જરૂરિયાતોમાં તમને મદદ ન કરી શકે.

HCLA અને DDA આમાં સેવાઓ પૂરી પાડે છે:

- કોઈ એડલ્ટ ફેમિલી હોમ, આસિસ્ટેડ લિવિંગ ફેસિલિટી, એન્હાન્સ્ડ સર્વિસિસ ફેસિલિટી, નર્સિંગ ફેસિલિટી, ICF/IDs, કમ્પેનિયન હોમ, ચિલ્ડ્રન્સ ફોસ્ટર હોમ, ચિલ્ડ્રન્સ લાયસન્સ્ડ સ્ટાફ્ડ રેસિડેન્શિયલ હોમ; DDA ગ્રુપ હોમ્સ, ગ્રુપ ટ્રેનિંગ હોમ્સ; અથવા
- વ્યક્તિનું પોતાનું ઘર. **નોંધ:** HCLA અને DDA વ્યક્તિના પોતાના ઘરમાં 24 કલાક/દિવસની યુકવણી કરાતી વ્યક્તિગત સંભાળ સેવાઓ પૂરી પાડતા નથી. જો 24 કલાક સંભાળ ઇચ્છિત હોય, તો સેવાના અન્ય વિકલ્પો વિચારી શકાય છે.

આ દસ્તાવેજમાં તમારા એરિયા એજન્સી ઓન એજિંગ કેસ મેનેજર, DDA કેસ રિસોર્સ મેનેજર, નર્સ કેર કન્સલ્ટન્ટ, કેર કન્સલ્ટન્ટ, હોમ એન્ડ કોમ્યુનિટી સર્વિસિસ સોશિયલ સર્વિસ સ્પેશિયાલિસ્ટ, અથવા HCS નર્સિંગ ફેસિલિટી કેસ મેનેજરને **કેસ વર્કર** કહેવામાં આવે છે.

તમારા અધિકારો

તમને આનો અધિકાર છે:

- ગૌરવભર્યું, આદરભર્યું અને ભેદભાવરહિત વર્તન પ્રાપ્ત કરવાનો;
- તમારી વસ્તુઓ સાથે આદરપૂર્વક વ્યવહાર કરાવાનો;
- તમારી સંભાળના આયોજન માટે તમારા કેસ વર્કર સાથે ભાગીદારીમાં કામ કરવાનો;
- જો તમે અંગ્રેજી સારી રીતે બોલી કે સમજી ન શકતા હો તો તમારા માટે નિઃશુલ્ક પૂરી પાડવામાં આવતી ઇન્ટરપ્રિટર (દુભાષિયા) સેવાઓ મેળવવાનો;
- કાયદા અને DSHS ના નિયમોની મર્યાદાઓમાં રહીને તમારા વિશેની માહિતીને ખાનગી રખાવાનો;
- તમે ઇચ્છતા ન હો તેવા પ્રશ્નોના જવાબ આપવા કે એવું કંઇક કરવા માટે તમને ફરજ પાડવામાં ન આવવાનો;
- તમે મેળવી શકો છો તે બધી સેવાઓ અંગે તમને જાણ કરવામાં આવવાનો અને તમે કઇ સેવા મેળવવા ઇચ્છો છો અને કઇ નહીં તેની પસંદગી કરવાનો;
- એજન્સીના નિર્ણયોની લેખિતમાં જાણ કરાવાનો અને તમારા કેર પ્લાન કે સપોર્ટ પ્લાનના સારની એક નકલ મેળવવાનો;
- બધી જ સેવાઓનો અસ્વીકાર કરવાનો;
- લાયકાત ધરાવતા પ્રોવાઇડર પસંદ કરવાનો, તેમને છૂટા કરવાનો અથવા બદલવાનો;
- તમે પસંદ કરો તે કોઈપણ વ્યક્તિગત પ્રોવાઇડર માટે બેકગ્રાઉન્ડ ચેક (પૂર્વ ઇતિહાસની તપાસ) ના પરિણામો મેળવવાનો;
- જો તમે અને તમારા કેસ વર્કર સંમત ન થઈ શકો તો કોઈ સુપરવાઇઝર સાથે વાત કરવાનો;
- તમારી સંભાળના આયોજનની પ્રક્રિયા, સંભાળ યોજના (કેર પ્લાન), સેવાઓ અથવા તમારા ઘર અને સમુદાય આધારિત સેટિંગમાં તમે જેનાથી અસંતુષ્ટ હો તેવી કોઈપણ બાબત અંગે રાજ્ય અથવા પ્રોવાઇડરની કામગીરી વિશે કોઈપણ સમયે ફરિયાદ અથવા ચિંતા ફાઇલ કરવાનો. બદલાની કે વેરભાવની કાર્યવાહીના ડર વગર ફરિયાદ કે રજૂઆત કરવાનો તમને અધિકાર છે. તમે 1-800-737-0617 પર કૉલ કરીને, grievances@dshs.wa.gov પર ઇમેઇલ મોકલીને, અથવા ફરિયાદ કેવી રીતે દાખલ કરવી તેની માહિતી કોઈપણ DDA અથવા HCLA સ્ટાફના સભ્ય પાસેથી માંગીને ફરિયાદ અથવા ચિંતા સબમિટ કરી શકો છો;
- જો તમે ફરિયાદ કરી હોય તો પણ વહીવટી સુનાવણી (એડમિનિસ્ટ્રેટિવ હિયરિંગ) ની માંગણી કરવાનો;
- તમે વહીવટી સુનાવણી (એડમિનિસ્ટ્રેટિવ હિયરિંગ) ની માંગણી કરેલ હોય તો પણ નુકસાનના કોઈપણ ભય વિના ફરિયાદ કરવાનો;
- 1-888-201-1014 પર કૉલ કરીને કોઈ એડવોકેટ સાથે વાત કરવાનો; અને
- દુર્વ્યવહાર, ઉપેક્ષા, નાણાંકીય શોષણ ન થવાનો અથવા તરછોડી ન દેવાવાનો. આ શબ્દોના વર્ણન માટે, અહીં જાઓ: https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse. જો તમારી અથવા તમે જાણતા હો તેવી કોઈ વ્યક્તિની સાથે દુર્વ્યવહાર થઈ રહ્યો હોય, ઉપેક્ષા કરવામાં આવતી હોય અથવા શોષણ કરવામાં આવતું હોય, તો કૃપા કરીને તમને મદદ કરી શકે તેવા કાર્યકર સાથે વાત કરવા માટે 1-866 (End Harm) /1-866-363-4276 પર DSHS ને ટોલ-ફ્રી કૉલ કરો.

Barcode label

16172

ક્લાયન્ટનું નામ	ACES ઓળખ નંબર

તમારી જવાબદારીઓ

તમે આમ કરવાની જવાબદારી ધરાવો છો:

- તમને અનુકૂળ હોય તેવા કોઈ સ્થળે વર્ષમાં ઓછામાં ઓછું એક વાર કેસ વર્કરને તમારું મૂલ્યાંકન પૂરું કરવા દેવું;
- કેસ વર્કરને ઓછામાં ઓછું વર્ષમાં એક વાર તમારો રહેઠાણનો પરિવેશ જોવા દેવો;
- તમારું મૂલ્યાંકન પૂર્ણ કરવા અને તમારા કેર પ્લાનનું સંકલન કરવામાં સહાય કરવા માટે અમને પૂરતી માહિતી આપવી;
- જો તમારા માટે કોઈ બીજી વ્યક્તિ તબીબી કે આર્થિક નિર્ણયો લે તો તમારા કેસ વર્કરને જણાવવું;
- તમારી સંભાળ અથવા મદદ માટેની યોજનાના વિકાસમાં ભાગ લેવો અને તેના પર સહી કરવી;
- તમારા કેસ વર્કરને સમયસર પ્રતિસાદ આપવો અને તેમની સાથે વાતચીત કરવી;
- તમારી પોતાની આરોગ્ય સંભાળ પસંદ કરવી;
- લાયકાત પ્રાપ્ત પ્રોવાઇડર પસંદ કરવા;
- પ્રોવાઇડર બેકગ્રાઉન્ડ ચેક્સને ખાનગી રાખવા;
- સમજવું કે જે સેવાઓ કે કલાકો અધિકૃત (મંજૂર) કરવામાં આવ્યા ન હોય તે માટે તમારા પ્રોવાઇડરને ચુકવણી કરી શકાશે નહીં;
- જો તમને તમારા પ્રોવાઇડર સાથે સમસ્યાઓ હોય અથવા જો તમને તમારા પ્રોવાઇડર દ્વારા દાવો કરાયેલા કલાકો ન મળતા હોય, તો તમારા કેસ વર્કરને જાણ કરવી;
- જો તમે તમારી સંભાળ માટે ચુકવણી કરવામાં મદદ કરતા હો તો તમારા પ્રોવાઇડરને દરેક મહિને ચુકવણી કરવી;
- સુરક્ષિત કાર્યસ્થળ પૂરું પાડવું;
- કોઈને જોખમમાં મૂકે તેવું વર્તન ન કરવું;
- જો તમે તમારા પર્સનલ કેર પ્રોવાઇડર સાથે વોશિંગ્ટન રાજ્યની બહાર મુસાફરી કરી રહ્યા હો, તો તમે જાઓ તે પહેલાં તમારા કેસ વર્કરને જાણ કરવી; અને
- જો આમાંથી કોઈ બાબતમાં ફેરફાર થાય તો તમારા કેસ વર્કરને જાણ કરવી:
  - ✓ તમારી તબીબી સ્થિતિ;
  - ✓ પરિવાર, મિત્રો અથવા અન્ય સંસ્થાઓ તરફથી તમને મળતી મદદ;
  - ✓ તમારી આર્થિક સ્થિતિ;
  - ✓ જ્યાં તમે તમારી સંભાળ મેળવી રહ્યા છો તે સ્થળ;
  - ✓ તમે વોશિંગ્ટન રાજ્યમાં જ્યાં રહો છો તે સ્થળ; અથવા
  - ✓ તમારું રહેઠાણ – તમે રહેઠાણ બદલવાનું આયોજન કરી રહ્યા હો, અથવા તમે હવે વોશિંગ્ટન રાજ્યની બહાર રહેતા હો.

કેસ વર્કરની જવાબદારીઓ

તમારા કેસ વર્કર આના માટે જવાબદાર છે:

- તમારી સાથે ગૌરવ અને આદરભર્યો વ્યવહાર કરવો;
- તમારી ગુપ્તતા જાળવવી;
- HCLA અને DDA તમારા માટે શું કરી શકે છે અથવા શું નથી કરી શકતા તે તમને જણાવવું;
- તમારી સહાયનું સ્તર નક્કી કરવા માટે મૂલ્યાંકન કરવા અને તમે કઈ સેવાઓ પસંદ કરી શકો છો તે નક્કી કરવા માટે તમારી પાસેથી અને અન્ય લોકો પાસેથી માહિતી મેળવવી;
  - ✓ આ મૂલ્યાંકનમાં તમારી શક્તિઓ, મર્યાદાઓ, લક્ષ્યો અને પસંદગીઓનો સમાવેશ થશે;
  - ✓ મૂલ્યાંકનમાં તમે જે મદદ પહેલાથી મેળવી રહ્યા છો અથવા પરિવાર કે અન્ય સંસ્થાઓ પાસેથી મેળવી શકો છો અને સેવાઓ કેવી રીતે પૂરી પાડવામાં આવે તેમ તમે ઇચ્છો છો તેનો સમાવેશ થશે;
- તમને એવો કેર પ્લાન (સંભાળ યોજના) અથવા સપોર્ટ પ્લાન (મદદ માટેની યોજના) વિકસાવવામાં મદદ કરવી જે અંગત સંભાળમાં મદદને સંબોધે છે અને તમારા અંગત લક્ષ્યો, પ્રાથમિકતાઓ અને પસંદગીઓનો સમાવેશ કરે છે;
- દર વર્ષે અથવા જ્યારે તમારી સ્થિતિ બદલાય ત્યારે તમારા કેર પ્લાન કે સપોર્ટ પ્લાનને અદ્યતન કરવા માટે તમારી પાસેથી અને અન્ય લોકો પાસેથી માહિતી મેળવવી;
- જરૂરી માહિતી પૂરી પાડવા માટે તમને પૂરતો સમય આપવો;
- તમારા કેર પ્લાન કે સપોર્ટ પ્લાન અંગેની સમસ્યાઓ જ્યારે ઉદ્ભવે ત્યારે તેનો ઉકેલ લાવવો;
- જો તમે માનસિક જ્ઞાનતંતુ સંબંધિત ઇન્દ્રિયજન્ય કે શારીરિક ખામીઓ ધરાવતા હો તો તમારા હકોનો આદર કરવો અને સેવાઓનો ઉપયોગ કરવામાં વધુ મદદ પૂરી પાડવી; અને
- જો તમે લાયકાત પ્રાપ્ત પ્રોવાઇડર શોધવા સક્ષમ ન હો તો તેને શોધવામાં તમને મદદ કરવી.

Barcode label

16172

ક્લાયન્ટનું નામ	ACES ઓળખ નંબર

<u>આગોતરી માર્ગદર્શક સૂચનાઓ (એડવાન્સ ડાયરેક્ટિવ્સ)</u>

તમે આગોતરી માર્ગદર્શક સૂચનાઓ આપવાનો અધિકાર ધરાવો છો. આગોતરી માર્ગદર્શક સૂચનાઓમાં જીવવાની ઇચ્છા અથવા તમારી આરોગ્ય સંભાળ માટેના ડ્યુરેબલ પાવર ઑફ એટર્નીનો સમાવેશ થઇ શકે છે. આગોતરી માર્ગદર્શક સૂચનાઓ તબીબી અને/અથવા માનસિક આરોગ્ય સંભાળ અંગેની તમારી ઇચ્છાઓ, જેમાં જ્યારે તમે આવા નિર્ણયો કરવા માટેની માનસિક ક્ષમતા ધરાવતા ન હો ત્યારે તબીબી, માનસિક આરોગ્ય કે સર્જીકલ ઉપચાર સ્વીકારવાના કે અસ્વીકાર કરવાના હકનો સમાવેશ થાય છે, તેને ટૂંકમાં રજૂ કરે છે. તમે કોઇપણ સમયે તમારા એડવાન્સ ડાયરેક્ટિવ્સ એટલે કે આગોતરી માર્ગદર્શક સૂચનાઓને રદ કરી શકો છો.

<u>વોટર રજિસ્ટ્રેશન સેવા</u>

1993 નો રાષ્ટ્રીય વોટર રજિસ્ટ્રેશન કાયદો (નેશનલ વોટર રજિસ્ટ્રેશન એક્ટ) બધા રાજ્યોને તેમની સાર્વજનિક સહાયતા કચેરીઓ દ્વારા વોટર રજિસ્ટ્રેશન સહાયતા પૂરી પાડવાની ફરજ પાડે છે. વોટ કરવા માટે રજિસ્ટર કરવાની અરજી કરવી અથવા તેમ કરવાથી ઇન્કાર કરવાથી તમને આ એજન્સી દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવતી સેવાઓ કે ફાયદાઓની માત્રા પર કોઇ અસર થશે નહીં. જો તમને વોટર રજિસ્ટ્રેશન ફોર્મ ભરવામાં મદદ જોઇતી હોય, તો અમે તમને મદદ કરીશું. રજિસ્ટર કરવા કે રજિસ્ટર કરવાનો ઇન્કાર કરવાનો તમારો નિર્ણય ખાનગી રાખવામાં આવશે અને તેનો ઉપયોગ માત્ર વોટર રજિસ્ટ્રેશનના ઉદ્દેશ્યોથી કરવામાં આવશે. જો તમે માનતા હો કે કોઈએ તમારા વોટ કરવા માટે રજિસ્ટર કરવાના અથવા રજિસ્ટર કરવાનો અસ્વીકાર કરવાના અધિકારમાં, વોટ કરવા માટે રજિસ્ટર કરાવવાનો નિર્ણય કરવામાં કે વોટ કરવા માટે રજિસ્ટર કરવા માટે અરજી કરવી કે નહીં તે નક્કી કરવામાં કે તમારો પોતાનો રાજનીતિક પક્ષ કે બીજી કોઇ રાજનીતિક પસંદગીને ચૂંટવામાં તમારી ગોપનીયતાના અધિકાર સાથે હસ્તક્ષેપ કર્યો છે, તો તમે અહીં ફરિયાદ નોંધાવી શકો છો:

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

<u>તમારી સહી</u>

જો તમે તમારા અધિકારો અને જવાબદારીઓને સમજતા હો અને તમારા કેસ વર્કરની જવાબદારીઓને સમજતા હો તો નીચે સહી કરો.

ક્લાયન્ટની સહી	તારીખ
કાનૂની પ્રતિનિધિની સહી	તારીખ

ગ્રાહકો અને કર્મચારીઓ માટે સૂચના (ટાઇટલ VI અને VII), વોશિંગ્ટન સ્ટેટ ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ સોશિયલ એન્ડ હેલ્થ સર્વિસિસ એક સમાન તક આપનાર રોજગારદાતા છે અને રોજગારના કોઇપણ ક્ષેત્રમાં, તેના કાર્યક્રમો અથવા સેવાઓમાં ઉંમર, જાતિ, લૈંગિક અભિમુખતા, જેન્ડર (લિંગ), જેન્ડરની ઓળખ/અભિવ્યક્તિ, લગ્ન સંબંધી સ્થિતિ, વંશ, પંથ, રંગ, રાષ્ટ્રીય મૂળ, ધર્મ અથવા માન્યતાઓ, રાજકીય જોડાણ, લશ્કરી દરજ્જા, સન્માનપૂર્વક નિવૃત્ત થયેલા વેટરન, વિયેતનામ યુગના, તાજેતરમાં છૂટા થયેલા અથવા અન્ય સંરક્ષિત વેટરન દરજ્જા, કોઇપણ ઇન્દ્રિયજન્ય, માનસિક, અથવા શારીરિક અક્ષમતાની હાજરી અથવા અક્ષમતા ધરાવતી વ્યક્તિ દ્વારા પ્રશિક્ષિત માર્ગદર્શક શ્વાન (ડોગ ગાઇડ) અથવા સેવા આપતા પ્રાણી (સર્વિસ એનિમલ) નો ઉપયોગ, સમાન વેતન અથવા આનુવંશિક માહિતીના આધારે કોઇપણ ભેદભાવ કરતું નથી.

Barcode label

16172

જ્યારે તમે હોમ એન્ડ કોમ્યુનિટી લિવિંગ એડમિનિસ્ટ્રેશન અને ડેવલપમેન્ટલ ડિસેબિલિટીઝ એડમિનિસ્ટ્રેશન દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવતી સેવાઓ મેળવો ત્યારે તમારા અધિકારો અને જવાબદારીઓ

કેસ વર્કર માટે સૂચનાઓ

1. ક્લાયન્ટના અધિકારો અને જવાબદારીઓ વિશેના કોઈપણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે ક્લાયન્ટ સાથે આ ફોર્મની સમીક્ષા કરો. પ્રારંભિક CARE મૂલ્યાંકન વખતે ક્લાયન્ટ સાથે સમીક્ષા કરો (અથવા જો ફોર્મ પર સહી કરવામાં આવી ન હોય તો નોંધપાત્ર ફેરફાર/વાર્ષિક મૂલ્યાંકન વખતે). જો ફોર્મનું અદ્યતન સંસ્કરણ ઉપલબ્ધ હોય, તો ક્લાયન્ટ પાસે અદ્યતન ફોર્મ પર સહી કરાવો. કેસ વર્કર દ્વારા રજૂ કરવામાં આવેલ અને ક્લાયન્ટ દ્વારા સહી થયેલું સૌથી તાજેતરનું ક્લાયન્ટના અધિકારો અને જવાબદારીઓનું ફોર્મ અગાઉ સહી કરેલા ફોર્મ્સનું સ્થાન લે છે.
2. હોમ એન્ડ કોમ્યુનિટી લિવિંગ એડમિનિસ્ટ્રેશન અને ડેવલપમેન્ટલ ડિસેબિલિટીઝ એડમિનિસ્ટ્રેશન દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવતી સેવાઓ મેળવતી વખતે ક્લાયન્ટ પોતાના અધિકારો અને જવાબદારીઓ સમજે છે તે દર્શાવવા માટે ક્લાયન્ટ અથવા ક્લાયન્ટના પ્રતિનિધિ પાસે ફોર્મની બે નકલો પર સહી કરાવો.
3. એક નકલ ક્લાયન્ટના ઇલેક્ટ્રોનિક કેસ રેકોર્ડમાં ફાઇલ કરો અને બીજી નકલ ક્લાયન્ટને આપો.