क्लायंट का नाम	ACES आईडी संख्या

होम एंड कम्युनिटी लिविंग एडमिनिस्ट्रेशन (HCLA) और डेवलपमेंटल डिसेबिलिटीज़ एडमिनिस्ट्रेशन (DDA) द्वारा प्रस्तुत सेवाएँ प्राप्त करते समय आपके अधिकार और दायित्व

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

उपलब्ध सेवाएँ

आपके पास उन सेवाओं में से चुनने का अधिकार है जिन्हें प्राप्त करने के लिए आप पात्र हैं। सेवाएँ स्वैच्छिक हैं। जिन सेवाओं के लिए होम एंड कम्युनिटी लिविंग एडमिनिस्ट्रेशन और डेवलपमेंटल डिसेबिलिटीज़ एडमिनिस्ट्रेशन भुगतान कर सकते हैं, हो सकता है कि वे आपकी सभी ज़रूरतों में आपकी मदद न करें।

HCLA और DDA निम्नलिखित में सेवाएँ प्रदान करते हैं:

- एडल्ट फ़ैमिली होम, असिस्टेड लिविंग फ़ैसिलिटी, एन्हांस्ड सर्विसेज़ फ़ैसिलिटी, नर्सिंग फ़ैसिलिटी, ICF/ID, कम्पेनियन होम, बच्चों का फ़ॉस्टर होम, बच्चों का लाइसेंस्ड स्टाफ़ वाला रेजिडेंशियल होम; DDA ग्रुप होम, ग्रुप ट्रेनिंग होम; या
- व्यक्ति का अपना घर। **नोट:** HCLA और DDA किसी व्यक्ति के अपने घर में सशुल्क 24 घंटे/दिन की व्यक्तिगत देखभाल सेवाएँ प्रदान नहीं करते हैं। यदि 24 घंटे की देखभाल की आवश्यकता है, तो अन्य सेवा विकल्पों पर विचार किया जा सकता है।

आपके एरिया एजेंसी ऑन एजिंग केस मैनेजर, DDA केस रिसोर्स मैनेजर, नर्स केयर कंसल्टेंट, केयर कंसल्टेंट, होम एंड कम्युनिटी सर्विसेज़ सोशल सर्विस स्पेशलिस्ट, या HCS नर्सिंग फैसिलिटी केस मैनेजर को इस दस्तावेज़ में **केस वर्कर** कहा गया है।

आपके अधिकार

आपको निम्नलिखित अधिकार हैं:

- गरिमा, सम्मान और बिना भेदभाव के आपके साथ व्यवहार किया जाना;
- आपकी संपत्ति का सम्मान किया जाना;
- अपनी देखभाल की योजना बनाने में अपने केस वर्कर के साथ साझेदारी में काम करना;
- यदि आप अंग्रेज़ी ठीक से बोल या समझ नहीं सकते हैं, तो अपने लिए निःशुल्क दुभाषिया सेवाएँ प्राप्त करना;
- कानून और DSHS नियमों की सीमाओं के भीतर आपके बारे में जानकारी को गोपनीय रखना;
- आपको उन सवालों के जवाब देने या ऐसा कुछ भी करने के लिए मजबूर न किया जाना, जो आप नहीं करना चाहते हैं;
- उन सभी सेवाओं के बारे में बताया जाना जिन्हें आप प्राप्त कर सकते हैं और उन सेवाओं के बारे में चुनाव करना जिन्हें आप चाहते हैं या नहीं चाहते हैं;
- एजेंसी के निर्णयों के बारे में लिखित रूप से सूचित किया जाना और अपनी देखभाल योजना या सहायता योजना के सारांश की एक प्रति प्राप्त करना;
- सभी सेवाओं को अस्वीकार करना;
- एक अर्हता प्राप्त प्रदाता को चुनना, काम से हटाना, या बदलना;
- आपके द्वारा चुने गए किसी भी व्यक्तिगत प्रदाता की पृष्ठभूमि जाँच के परिणाम प्राप्त करना;
- यदि आप और आपके केस वर्कर सहमत नहीं हैं, तो एक सुपरवाइज़र से बात करना;
- अपनी देखभाल नियोजन प्रक्रिया, देखभाल योजना, सेवाओं या अपने घर और समुदाय-आधारित व्यवस्था में किसी भी चीज़ जिससे आप असंतुष्ट हैं, उस पर राज्य या प्रदाता के प्रदर्शन के बारे में किसी भी समय शिकायत या चिंता दर्ज करना आपको बिना किसी प्रतिशोध के शिकायत दर्ज करने का अधिकार है। आप 1-800-737-0617 पर कॉल करके, grievances@dshs.wa.gov पर ईमेल भेजकर या किसी DDA या HCLA स्टाफ़ सदस्य से शिकायत दर्ज करने के बारे में जानकारी मांगकर अपनी शिकायत या चिंता बता सकते हैं;
- शिकायत करने पर भी प्रशासनिक सुनवाई की माँग करना;
- यदि आपने प्रशासनिक सुनवाई की माँग की हो, तब भी नुकसान के डर के बिना शिकायत करना;
- 1-888-201-1014 पर कॉल करके किसी वकील से बात करना; और
- आपके साथ दुर्व्यवहार, उपेक्षा, वित्तीय शोषण न होना या बेसहारा न छोड़ा जाना। इन शब्दों के विवरण के लिए, यहाँ जाएँ: https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse। यदि आपके साथ या आपके किसी परिचित के साथ दुर्व्यवहार, उपेक्षा या शोषण हो रहा है, तो कृपया DSHS के टोल-फ़्री नंबर 1-866 (End Harm) /1-866-363-4276 पर कॉल करके किसी ऐसे कर्मचारी से बात करें जो आपकी मदद कर सके।

Barcode label

16172

क्लायंट का नाम	ACES आईडी संख्या

आपके दायित्व

आपके निम्नलिखित दायित्व हैं:

- अपने लिए किसी सुविधाजनक स्थान पर केस वर्कर को साल में कम से कम एक बार आपका आकलन पूरा करने दें;
- केस वर्कर को साल में कम से कम एक बार आपके रहने की जगह देखने दें;
- अपना आकलन पूरा करने और अपनी देखभाल योजना के समन्वय में सहायता करने के लिए हमें पर्याप्त जानकारी दें;
- यदि कोई अन्य व्यक्ति आपके लिए चिकित्सा या वित्तीय निर्णय लेता है, तो अपने केस वर्कर को बताएँ;
- अपनी देखभाल या सहायता योजना तैयार करने में भाग लें, और उस पर हस्ताक्षर करें;
- अपने केस वर्कर को समय पर जवाब दें और उनसे बातचीत करें;
- अपनी स्वास्थ्य देखभाल स्वयं चुनें;
- एक अर्हता प्राप्त प्रदाता चुनें;
- प्रदाता की पृष्ठभूमि जाँच को गोपनीय रखें;
- यह समझें कि आपके प्रदाता को उन सेवाओं या घंटों के लिए भुगतान नहीं किया जा सकता है जो अधिकृत नहीं हैं;
- यदि आपको अपने प्रदाता से समस्या हो रही है या यदि आपको अपने प्रदाता द्वारा बताए गए घंटे नहीं मिल रहे हैं, तो अपने केस वर्कर को बताएँ;
- यदि आप अपनी देखभाल के लिए भुगतान करने में मदद करते हैं, तो अपने प्रदाता को हर महीने भुगतान करें;
- एक सुरक्षित कार्यस्थल प्रदान करें;
- ऐसा कोई काम न करें जिससे किसी को खतरा हो;
- यदि आप अपने व्यक्तिगत देखभाल प्रदाता के साथ वाशिंगटन राज्य के बाहर यात्रा कर रहे हैं, तो जाने से पहले अपने केस वर्कर को बताएँ; और
- यदि निम्नलिखित में कोई बदलाव हो, तो अपने केस वर्कर को बताएँ:
  - ✓ अपनी चिकित्सा स्थिति;
  - ✓ परिवार, दोस्तों, या अन्य एजेंसियों से मिलने वाली मदद;
  - ✓ अपनी वित्तीय स्थिति;
  - ✓ वह स्थान जहाँ आप अपनी देखभाल प्राप्त कर रहे हैं;
  - ✓ वाशिंगटन राज्य में आप कहाँ रहते हैं; या
  - ✓ अपना निवास स्थान – आप कहीं और जाने की योजना बना रहे हैं या अब आप वाशिंगटन राज्य के बाहर रहते हैं।

केस वर्कर के दायित्व

आपके केस वर्कर की निम्नलिखित ज़िम्मेदारी है:

- आपके साथ गरिमा और सम्मान भरा व्यवहार करना;
- आपकी गोपनीयता बनाए रखना;
- आपको यह बताना कि HCLA और DDA आपके लिए क्या कर सकते हैं या क्या नहीं कर सकते हैं;
- आपकी सहायता का स्तर निर्धारित करने के लिए आकलन करने के उद्देश्य से आपसे और अन्य लोगों से जानकारी प्राप्त करना, तथा यह तय करना कि आप किन सेवाओं में से चुनाव कर सकते हैं;
  - ✓ आकलन में आपकी खूबियाँ, सीमाएँ, लक्ष्य और प्राथमिकताएँ शामिल होंगी;
  - ✓ आकलन में वह मदद शामिल होगी जो आपको पहले से ही परिवार या अन्य एजेंसियों से मिल रही है या मिल सकती है और यह भी कि आप सेवाएँ किस प्रकार प्राप्त करना चाहते हैं;
- एक ऐसी देखभाल योजना या सहायता योजना विकसित करने में आपकी सहायता करना जो आपकी व्यक्तिगत देखभाल की आवश्यकताओं को पूरा करती है और जिसमें आपके निजी लक्ष्य, पसंद और चयन शामिल हों;
- आप से और अन्य लोगों से जानकारी पा कर आपकी देखभाल योजना या सहायता योजना को हर साल या जब आपकी स्थिति में परिवर्तन हो, तब अपडेट करना;
- आवश्यक जानकारी प्रदान करने के लिए आपको पर्याप्त वक्त देना;
- आपकी देखभाल योजना या सहायता योजना में समस्याएं हों तब-तब उन्हें संबोधित करना;
- आपके अधिकारों का सम्मान करना और अगर आपको मानसिक, न्यूरोलॉजिकल, सेन्सोरी या शारीरिक अक्षमताएं हों, तो आपको सेवाओं तक पहुँच बनाने के लिए अधिक सहायता प्रदान करना; और
- यदि आप कोई अर्हता प्राप्त प्रदाता न खोज पाएँ, तो उसे खोजने में आपकी मदद करना।

Barcode label

क्लायंट का नाम	ACES आईडी संख्या

अग्रिम निर्देश

आपको अग्रिम निर्देश तैयार करने का अधिकार है। अग्रिम निर्देशों में लिविंग विल या आपकी स्वास्थ्य देखभाल के लिए ड्यूरेबल पावर ऑफ अटॉर्नी शामिल हो सकते हैं। एडवांस डायरेक्टिव्स चिकित्सकीय एवं/अथवा मानसिक स्वास्थ्य देखभाल के बारे में आपकी इच्छाओं का सार देते हैं, जिसमें जब आपके पास ऐसे निर्णय कर पाने की मानसिक क्षमता न रहे, तब चिकित्सकीय, मानसिक स्वास्थ्य संबंधी या सर्जिकल उपचार स्वीकार या अस्वीकार करने का अधिकार शामिल है। आप किसी भी समय अपने अग्रिम निर्देश रद्द कर सकते हैं।

वोटर पंजीकरण सेवा

1993 के राष्ट्रीय मतदाता पंजीकरण अधिनियम के तहत सभी राज्यों को अपने सार्वजनिक सहायता कार्यालयों के माध्यम से मतदाता पंजीकरण सहायता उपलब्ध करानी होगी। पंजीकरण करने के लिए आवेदन करने या मतदान के लिए पंजीकरण करने से इन्कार करने से आपको इस एजेन्सी द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं या मिलने वाले लाभों की मात्रा पर कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा। यदि आप वोटर पंजीकरण फॉर्म भरने में मदद चाहते हैं, तो हम आपकी मदद करेंगे। आपका पंजीकरण करने या पंजीकरण करने से इन्कार करने का निर्णय गोपनीय रखा जाएगा और इसका इस्तेमाल केवल वोटर पंजीकरण के उद्देश्यों से किया जाएगा। यदि आपको लगता है कि किसी ने मतदान के लिए पंजीकरण करने या न करने के आपके अधिकार में, पंजीकरण करने या आवेदन करने का निर्णय लेते समय आपकी गोपनीयता के अधिकार में, या अपना स्वयं का राजनीतिक दल या अन्य राजनीतिक प्राथमिकता चुनने के आपके अधिकार में हस्तक्षेप किया है, तो आप यहाँ शिकायत दर्ज कर सकते हैं:

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

आपके हस्ताक्षर

यदि आप अपने अधिकारों और दायित्वों को समझते हैं और अपने केस वर्कर के दायित्वों को समझते हैं, तो नीचे हस्ताक्षर करें।

ग्राहक के हस्ताक्षर	तिथि
कानूनी प्रतिनिधि के हस्ताक्षर	तिथि

ग्राहकों और कर्मचारियों के लिए सूचना (टाइटल VI और VII), वाशिंगटन स्टेट डिपार्टमेंट ऑफ़ सोशल एंड हेल्थ सर्विसेज़ (Washington State Department of Social and Health Services) एक समान अवसर नियोक्ता है और यह रोजगार, अपने कार्यक्रमों या सेवाओं के किसी भी क्षेत्र में आयु, लिंग, यौन रुझान, लिंग, लैंगिक पहचान/अभिव्यक्ति, वैवाहिक स्थिति, नस्ल, पंथ, रंग, राष्ट्रीय मूल, धर्म या मान्यताओं, राजनीतिक संबद्धता, सैन्य स्थिति, सम्मानपूर्वक सेवामुक्त पूर्व सैनिक, वियतनाम युद्ध काल, हाल ही में सेवानिवृत्त या अन्य संरक्षित पूर्व सैनिक स्थिति, किसी संवेदी, मानसिक, या शारीरिक विकलांगता की उपस्थिति या किसी विकलांग व्यक्ति द्वारा प्रशिक्षित डॉग गाइड या सेवा पशु के उपयोग, समान वेतन या आनुवंशिक जानकारी के आधार पर कोई भेदभाव नहीं करता है।

Barcode label

16172

होम एंड कम्युनिटी लिविंग एडमिनिस्ट्रेशन (Home and Community Living Administration, HCLA) और डेवलपमेंटल डिसेबिलिटीज़ एडमिनिस्ट्रेशन (Developmental Disabilities Administration, DDA) द्वारा प्रस्तुत सेवाएँ प्राप्त करते समय आपके अधिकार और दायित्व

केस वर्कर के लिए निर्देश

1. ग्राहक के अधिकारों और दायित्वों के बारे में किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए ग्राहक के साथ मिलकर फ़ॉर्म की समीक्षा करें। प्रारंभिक CARE आकलन के समय (या यदि फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर नहीं किए गए हैं, तो महत्वपूर्ण बदलाव/वार्षिक समीक्षा के समय) ग्राहक के साथ मिलकर इसकी समीक्षा करें। यदि फ़ॉर्म का कोई अपडेटेड संस्करण मौजूद है, तो ग्राहक से अपडेटेड फॉर्म पर हस्ताक्षर करवाएँ। केस वर्कर द्वारा प्रस्तुत और ग्राहक द्वारा हस्ताक्षरित सबसे नया ग्राहक अधिकार और दायित्व फ़ॉर्म, पहले हस्ताक्षर किए गए फ़ॉर्म का स्थान लेता है।
2. होम एंड कम्युनिटी लिविंग एडमिनिस्ट्रेशन और डेवलपमेंटल डिसेबिलिटीज़ एडमिनिस्ट्रेशन द्वारा प्रस्तुत सेवाएँ प्राप्त करते समय ग्राहक के अधिकारों और दायित्वों के प्रति उनकी समझ को दर्शाने के लिए, ग्राहक या ग्राहक के प्रतिनिधि से फ़ॉर्म की दो प्रतियों पर हस्ताक्षर करवाएँ।
3. एक प्रति ग्राहक के इलेक्ट्रॉनिक केस रिकॉर्ड में फ़ाइल करें और दूसरी प्रति ग्राहक को दें।