NAMA KLIEN	NOMOR ID ACES

Hak dan Tanggung Jawab Anda Ketika Menerima Layanan yang Ditawarkan oleh Home and Community Living Administration dan Developmental Disabilities Administration

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

Layanan Tersedia

Anda memiliki hak untuk memilih layanan yang berhak Anda terima. Layanan bersifat sukarela. Layanan yang dapat dibayar oleh Home and Community Living Administration dan Developmental Disabilities Administration mungkin tidak dapat memenuhi seluruh kebutuhan Anda. HCLA dan DDA menawarkan layanan seputar:

- Rumah Keluarga Dewasa, Fasilitas Hidup Berbantuan, Fasilitas Layanan yang Disempurnakan, Fasilitas Perawatan, ICF/ID, Rumah Pendamping, Panti Asuhan Anak-anak, Rumah Tinggal Staf Berlisensi Anak-anak; Rumah Kelompok DDA, Rumah Pelatihan Kelompok; ATAU
- Rumah milik pribadi. **Catatan:** HCLA dan DDA tidak menyediakan layanan perawatan pribadi berbayar selama 24 jam sehari di rumah klien. Jika menginginkan perawatan 24 jam, pertimbangkan opsi layanan lain.

Manajer Kasus dari Badan Layanan Lansia Daerah Anda, Manajer Sumber Daya Kasus DDA, Konsultan Perawatan Keperawatan, Konsultan Perawatan, Spesialis Layanan Sosial Layanan Rumah dan Komunitas, atau Manajer Kasus Fasilitas Perawatan HCS disebut sebagai **pekerja sosial** dalam dokumen ini.

Hak-hak Anda

Anda memiliki hak untuk:

- Diperlakukan dengan hormat, bermartabat dan tanpa diskriminasi;
- Meminta agar properti Anda diperlakukan dengan hormat;
- Bekerja dengan bermitra dengan pekerja sosial Anda dalam merencanakan perawatan Anda;
- Menyediakan layanan juru bahasa untuk Anda secara gratis jika Anda tidak dapat berbicara atau mengerti bahasa Inggris dengan baik;
- Meminta agar informasi tentang Anda tetap dirahasiakan dalam batasan hukum dan peraturan DSHS;
- Tidak dipaksa untuk menjawab pertanyaan atau melakukan sesuatu yang tidak Anda inginkan;
- Diberitahu tentang semua layanan yang dapat Anda terima dan membuat pilihan tentang layanan yang Anda inginkan atau tidak inginkan;
- Diberitahu secara tertulis tentang keputusan lembaga dan menerima salinan rencana perawatan Anda atau ringkasan rencana dukungan;
- Menolak semua layanan;
- Pilih, berhentikan, atau ganti dengan penyedia yang memenuhi syarat;
- Terima hasil pemeriksaan latar belakang untuk setiap penyedia yang Anda pilih;
- Berbicara dengan penyelia jika Anda dan pekerja sosial Anda tidak setuju;
- Anda dapat mengajukan keluhan atau masukan kapan saja terkait kinerja pemerintah negara bagian atau penyedia layanan dalam proses perencanaan perawatan Anda, rencana perawatan, layanan, atau hal apa pun yang membuat Anda tidak puas dalam lingkungan perawatan berbasis rumah dan komunitas Anda. Anda berhak mengajukan keluhan tanpa takut akan pembalasan. Anda dapat mengajukan keluhan atau masukan dengan menelepon 1-800-737-0617, mengirim email ke grievances@dshs.wa.gov, atau meminta informasi kepada staf DDA atau HCLA mengenai cara mengajukan pengaduan;
- Meminta sidang administratif meskipun jika Anda telah mengajukan keluhan;
- Ajukan keluhan tanpa rasa takut merugi bahkan jika mengajukan sidang administrasi;
- Hubungi seorang pendamping dengan menelepon 1-888-201-1014; dan
- Tidak dilecehkan, diabaikan, dieksploitasi secara finansial, atau diabaikan. Untuk penjelasan mengenai istilah-istilah ini, kunjungi: https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse. Jika Anda atau seseorang yang Anda kenal dilecehkan, diabaikan, atau dieksploitasi, hubungi layanan bebas pulsa DSHS di 1-866 (End Harm) /1-866-363-4276 untuk berbicara dengan pekerja yang dapat membantu Anda.

Barcode label

16172

NAMA KLIEN	NOMOR ID ACES

Tanggung Jawab Anda

Anda bertanggungjawab untuk:

- Mengizinkan pekerja sosial untuk menyelesaikan penilaian Anda minimal setahun sekali di lokasi yang nyaman bagi Anda;
- Mengizinkan pekerja sosial melihat lingkungan tempat tinggal Anda minimal setahun sekali;
- Berikanlah informasi yang cukup kepada kami agar kami dapat menyelesaikan penilaian Anda dan membantu mengoordinasikan rencana perawatan Anda;
- Memberitahu pekerja sosial jika ada orang lain yang membuat keputusan medis atau keuangan untuk Anda;
- Berpartisipasi dalam pengembangan rencana perawatan atau dukungan Anda, dan tandatangani;
- Tanggapi dan berkomunikasilah dengan pekerja sosial Anda secara tepat waktu;
- Memilih perawatan kesehatan Anda sendiri;
- Memilih penyedia yang memenuhi syarat;
- Menjaga kerahasiaan pemeriksaan latar belakang penyedia;
- Memahami bahwa penyedia Anda tidak dapat dibayar untuk melakukan layanan atau bekerja pada jam-jam yang tidak diotorisasi;
- Memberitahu pekerja sosial jika Anda mengalami masalah dengan penyedia Anda atau jika Anda tidak menerima jam kerja yang diklaim oleh penyedia Anda;
- Membayar penyedia Anda setiap bulan jika Anda membantu membayar perawatan Anda;
- Menyediakan tempat kerja aman;
- Tidak bertindak dengan cara yang dapat membahayakan orang lain;
- Beritahukan kepada pekerja sosial Anda sebelum berangkat, jika Anda akan bepergian ke luar Negara Bagian Washington bersama penyedia layanan perawatan pribadi Anda; dan
- Memberi tahu pekerja sosial Anda jika ada perubahan pada:
  - ✓ Kondisi medis Anda;
  - ✓ Bantuan yang Anda terima dari keluarga, teman, atau lembaga lain;
  - ✓ Situasi keuangan Anda;
  - ✓ Di mana Anda sedang menjalani perawatan;
  - ✓ Di mana Anda tinggal di Negara Bagian Washington; atau
  - ✓ Tempat tinggal Anda – Anda berencana pindah, atau saat ini tinggal di luar Negara Bagian Washington.

Tanggung Jawab Pekerja Sosial

Pekerja sosial Anda bertanggung jawab untuk:

- Memperlakukan Anda dengan hormat dan bermartabat;
- Menjaga privasi Anda;
- Memberi tahu Anda apa yang dapat atau tidak dapat dilakukan oleh HCLA dan DDA untuk Anda;
- Mendapatkan informasi dari Anda dan orang lain untuk melakukan penilaian guna menentukan tingkat bantuan dan memutuskan layanan apa yang dapat Anda pilih;
  - ✓ Penilaian akan meliputi kelebihan, keterbatasan, sasaran, dan preferensi Anda;
  - ✓ Penilaian akan mencakup bantuan yang sudah atau dapat Anda peroleh dari keluarga atau lembaga lain dan bagaimana Anda ingin layanan tersebut dilakukan;
- Membantu Anda mengembangkan rencana perawatan atau rencana dukungan yang menunjukkan bantuan perawatan pribadi dan meliputi sasaran, preferensi, dan pilihan pribadi Anda;
- Mendapatkan informasi dari Anda dan orang lain untuk memperbarui rencana perawatan atau rencana dukungan Anda setiap tahun atau saat kondisi Anda berubah;
- Memberi Anda waktu yang cukup untuk memberikan informasi yang dibutuhkan;
- Mengatasi masalah yang muncul dalam rencana perawatan atau rencana dukungan Anda;
- Menghormati hak Anda dan memberikan lebih banyak bantuan dalam mengakses layanan jika Anda memiliki gangguan mental, neurologis, sensorik, atau fisik; dan
- Membantu Anda menemukan penyedia yang berkualifikasi jika Anda tidak dapat menemukannya.

Barcode label

16172

NAMA KLIEN	NOMOR ID ACES

Arahan Dini

Anda berhak untuk membuat arahan dini. Arahan dini dapat mencakup surat wasiat atau surat kuasa untuk perawatan kesehatan Anda. Arahan dini merangkum harapan Anda dalam hal perawatan kesehatan medis dan/atau mental, termasuk hak untuk menerima atau menolak perawatan medis, perawatan kesehatan mental, atau pembedahan, ketika Anda tidak memiliki kemampuan mental untuk membuat keputusan tersebut. Anda dapat mencabut arahan dini ini kapan saja.

Layanan Pendaftaran Pemilih

Undang-Undang Pendaftaran Pemilih Umum Nasional tahun 1993 mewajibkan semua negara bagian untuk memberikan bantuan pendaftaran pemilih melalui kantor bantuan publik mereka. Mengajukan pendaftaran atau menolak pendaftaran hak suara tidak akan memengaruhi layanan atau jumlah manfaat yang akan diberikan kepada Anda oleh lembaga ini. Jika Anda membutuhkan bantuan dalam mengisi formulir pendaftaran pemilih, kami akan membantu Anda. Keputusan Anda untuk mengajukan pendaftaran atau menolak pendaftaran akan dirahasiakan dan hanya digunakan untuk keperluan pendaftaran pemilih. Jika Anda yakin bahwa seseorang telah mencampuri hak Anda untuk mengajukan pendaftaran atau menolak pendaftaran hak suara, hak privasi Anda dalam memutuskan apakah akan mengajukan pendaftaran atau menolak pendaftaran hak suara, atau hak Anda untuk memilih partai politik Anda sendiri atau preferensi politik lainnya, Anda dapat mengajukan keluhan kepada:

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

Tanda Tangan Anda

Tanda tangani di bawah ini jika Anda telah memahami hak dan tanggung jawab Anda dan memahami tanggung jawab pekerja sosial Anda.

Tanda Tangan Klien	Tanggal
Tanda Tangan Perwakilan Hukum	Tanggal

Pemberitahuan untuk pelanggan dan karyawan (Judul VI dan VII), Departemen Layanan Sosial dan Kesehatan Negara Bagian Washington adalah pemberi kerja yang memiliki kesempatan yang sama dan tidak mendiskriminasikan bidang pekerjaan apa pun, program atau layanannya berdasarkan usia, jenis kelamin, orientasi seksual, gender, identitas/ekspresi gender, status perkawinan, ras, keyakinan, warna kulit, asal negara, agama atau kepercayaan, afiliasi politik, status militer, veteran yang diberhentikan dengan hormat, Era Vietnam, status veteran yang saat ini dipisahkan atau status veteran lainnya yang dilindungi, cacat sensorik, mental, fisik atau penggunaan pemandu anjing terlatih atau hewan pemandu oleh penyandang disabilitas, kesetaraan gaji, atau informasi genetik.

Barcode label

16172

Hak dan Tanggung Jawab Anda Ketika Menerima Layanan yang Ditawarkan oleh Home and Community Living Administration dan Developmental Disabilities Administration

Petunjuk bagi Pekerja Sosial

1. Tinjau formulir bersama klien untuk menjawab setiap pertanyaan tentang hak dan tanggung jawab klien. Diskusikan bersama klien pada penilaian CARE awal (atau pada penilaian Perubahan Signifikan/Tahunan jika formulir tersebut belum ditandatangani). Jika terdapat versi terbaru dari formulir tersebut, mintalah klien untuk menandatangani formulir yang telah diperbarui tersebut. Formulir hak dan kewajiban klien terbaru yang diserahkan oleh pekerja sosial dan ditandatangani oleh klien menggantikan formulir yang telah ditandatangani sebelumnya.
2. Mintalah klien atau perwakilan klien menandatangani dua salinan formulir untuk menunjukkan pemahamannya tentang hak dan tanggung jawab klien ketika menerima layanan yang ditawarkan oleh Home and Community Living Administration dan Developmental Disabilities Administration.
3. Simpan satu salinan dalam berkas perkara elektronik klien dan berikan salinan lainnya kepada klien.