의뢰인 이름	ACES ID 번호

자택 및 지역 사회 생활 관리국 및 발달장애행정국 서비스 수혜 시 수혜자의 권리와 책임

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

이용할 수 있는 서비스

귀하에게는 수혜할 자격이 있는 서비스를 선정할 권리가 있습니다. 서비스는 귀하가 원할 경우 이루어집니다. 자택 및 지역 사회 생활 관리국 및 발달장애행정국이 비용을 지급해줄 수 있는 서비스를 통해 귀하의 모든 요구가 충족되지 않을 수도 있습니다.

HCLA 및 DDA는 다음 분야의 서비스를 제공합니다:

- 성인 패밀리 홈, 생활 보조 시설, 향상된 서비스 시설, 요양 시설, ICF/ID, 컴패니언 홈, 아동 위탁 가정, 아동 유면허 직원 상주 입주 홈, DDA 그룹 홈, 그룹 훈련 홈, 또는
- 당사자의 자택. **참고:** HCLA 및 DDA는 당사자의 자택에서 하루 24시간 유급 개인위생관리서비스를 제공하지 않습니다. 24시간 개인위생관리서비스를 희망하는 경우, 다른 서비스 옵션을 고려해볼 수 있습니다.

이 문서에서는 귀하의 지역 노인기관 사례 관리자, DDA 사례 자원 관리자, 간호 케어 컨설턴트, 케어 컨설턴트, 자택 및 지역 사회 서비스 사회복지 담당자 또는 HCS 요양시설 사례 관리자를 **사례 담당자**라 부릅니다.

귀하의 권리

귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다:

- 품위 있고 존중하는 태도로 차별 없이 대우 받을 권리,
- 귀하의 소유물을 소중하게 취급 받을 권리,
- 귀하의 간병을 계획하는 데 사례 담당자와 협력해 계획할 권리,
- 영어를 구사하거나 이해할 수 없는 경우 무료로 통역 서비스를 제공 받을 권리,
- 본인에 관한 정보를 해당 법규 및 DSHS 규정 한도 내에서 기밀로 취급 받을 권리,
- 질문에 대해 답하거나 원하지 않는 것을 하라고 강요 받지 않을 권리,
- 귀하가 받을 수 있는 모든 서비스에 관한 정보를 들을 권리 및 원하거나 원하지 않는 서비스를 선택할 권리,
- 기관에서 내린 결정에 대해 서면으로 통지를 받고 귀하의 치료 계획서 또는 지원 계획 요약서 사본을 제공받을 권리,
- 모든 서비스를 거절할 권리,
- 유자격 간병인을 선택, 해고 또는 교체할 권리,
- 선택한 개인 간병인에 대한 신원조회 결과를 제공받을 권리,
- 귀하 및 사례 담당자가 동의하지 않을 경우 감독자에게 말할 권리,
- 귀하의 치료 계획 과정, 치료 계획, 서비스 또는 귀하의 가정 또는 지역 사회 기반 환경 관련 주 또는 간병인의 성과에 대해 불만족한 사항이 있다면 언제라도 불만 또는 우려사항을 제기해 주십시오. 귀하에게는 보복을 받지 않고 불만사항을 제기할 권리가 있습니다. 1-800-737-0617(으)로 전화를 걸거나, grievances@dshs.wa.gov(으)로 이메일을 보내거나, 불만사항을 제기하는 방법에 대해 DDA 또는 HCLA 직원에게 물어보아 불만사항 또는 우려사항을 제기할 수 있습니다,
- 이의를 제기한 경우에도 행정 심의회를 요청할 권리,
- 행정 심의회를 요청한 경우에도 손해를 입을 두려움 없이 이의를 제기할 권리,
- 1-888-201-1014(으)로 전화해서 대변자와 상의할 권리,
- 학대, 소홀, 재정착취 또는 방치되지 않을 권리. 이 용어들에 대한 설명을 원하시면 다음을 방문하십시오: https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse. 주변에 아는 사람이 학대, 방치 또는 착취를 당하고 있다면, DSHS 무료 전화 1-866 (End Harm) /1-866-363-4276(으)로 전화해서 도움을 구하십시오.

Barcode label

16172

의뢰인 이름	ACES ID 번호

귀하의 책임

귀하에게는 다음과 같은 책임이 있습니다:

- 사례 담당자가 귀하에게 편리한 장소에서 일년에 한 번 이상 귀하에 대한 평가를 완수하게 할 책임,
- 사례 담당자가 일년에 한 번 이상 귀하의 거주 환경을 관찰하게 할 책임,
- 귀하의 평가를 완료하고 귀하의 치료 계획을 조정하는 것을 돕기 위해 충분한 정보를 제공할 책임,
- 귀하 대신 다른 사람이 의료 또는 재정 문제를 결정하는 경우 이를 사례 복지사에게 말할 책임,
- 치료 또는 지원 계획을 수립할 때 참여하고 그 계획서에 서명할 책임,
- 적시에 사례 담당자에게 응답하고 의사소통할 책임,
- 자신이 받을 의료 서비스를 선택할 책임,
- 유자격 간병인을 선택할 책임,
- 의료 제공자에 대한 신원조회 정보를 기밀로 취급할 책임,
- 정식으로 허가 받지 않은 서비스 또는 근무 시간에 대해서는 간병인이 보수를 지불 받을 수 없다는 사실을 이해할 책임,
- 간병인 때문에 문제가 있거나 간병인이 주장한 시간만큼 간병을 받지 못하는 경우 사회복지사에게 알릴 책임,
- 간병 비용을 일부 무담할 경우 매달 간병인에게 지불할 책임,
- 안전한 근무 장소를 제공할 책임,
- 사람을 위험에 처하게 하는 행동을 하지 않을 책임,
- 워싱턴주 밖으로 개인 간병인과 함께 여행하는 경우 떠나기 전 사례 담당자에게 이를 말할 책임, 및
- 다음 변경 사항이 있으면 사례 담당자에게 알릴 책임:
  - ✓ 귀하의 건강 상태,
  - ✓ 가족, 친구 또는 다른 기관으로부터 받는 지원,
  - ✓ 재정 상태,
  - ✓ 귀하가 치료를 받는 곳,
  - ✓ 워싱턴주 내에서 귀하가 거주하는 곳, 및
  - ✓ 귀하의 거주 상황 - 이사하려 계획하는 경우 및 이제 워싱턴주 밖에서 살고 있는 경우.

사례 담당자의 책임

사례 담당자에게는 다음과 같은 책임이 있습니다:

- 품위와 존중의 태도로 귀하를 대할 책임,
- 귀하의 정보를 기밀로 유지할 책임,
- HCLA 및 DDA 가 귀하를 위해 할 수 있는 일 또는 할 수 없는 일을 귀하에게 알려야 할 책임,
- 귀하와 다른 사람으로부터 귀하의 지원 등급 결정을 위한 평가 및 귀하가 선택할 수 있는 서비스를 결정하기 위한 평가에 필요한 정보를 얻을 책임,
  - ✓ 평가에는 귀하의 강점, 제약사항, 목표 및 우선사항 등이 포함됩니다,
  - ✓ 평가에는 가족이나 다른 기관으로부터 이미 받고 있거나 받을 수 있는 도움 및 어떻게 서비스를 받기 원하는지 등이 포함됩니다,
- 개인위생관리에 대한 지원과 귀하의 개인 목표, 우선사항 및 선택사항을 포함하는 치료계획서 또는 지원계획서 작성을 지원할 책임,
- 매년 또는 귀하의 상태가 변경되는 경우 귀하의 치료계획서 또는 지원계획서 갱신에 필요한 정보를 귀하나 다른 사람으로부터 얻을 책임,
- 귀하에게 필요한 정보를 요구할 때 충분한 시간을 줄 책임,
- 치료계획서 또는 지원계획서에 발생하는 문제를 다룰 책임,
- 귀하의 권리를 존중하고 귀하에게 정신적, 신경적, 지각신경적 또는 신체적 장애가 있을 경우 더 많은 서비스를 제공할 권리, 및
- 귀하가 유자격 간병인을 찾을 수 없을 경우 유자격 간병인을 찾을 수 있도록 도울 책임.

Barcode label

16172

의뢰인 이름	ACES ID 번호

사전의사결정서(Advance Directives)

귀하에게는 사전의사결정서를 작성할 권리가 있습니다. 사전의사결정서에는 유서 또는 건강관리 위임권이 포함될 수 있습니다. 사전의사결정서는 환자가 스스로 판단할 수 없는 상태일 경우를 대비해 의료, 정신건강 또는 외과적 치료 수용/거절을 포함하여 의료 및/또는 정신건강치료에 관해 본인이 원하는 바를 미리 작성해 놓는 문서입니다. 이 사전의사결정서는 언제든 폐지할 수 있습니다.

유권자 등록 서비스(Voter Registration Service)

모든 주는 1993년 전국유권자등록법(National Voter Registration Act of 1993)에 따라 각 주의 대민지원기관을 통해 유권자등록을 지원할 의무가 있습니다. 투표를 하기 위해 등록 신청을 하거나 투표 등록을 거절한다고 해서 본 기관에서 제공하는 서비스나 보조금 액수에 영향을 미치지는 않습니다. 유권자 등록 양식을 작성하는 데 도움이 필요한 경우 지원해 드립니다. 유권자 등록 여부에 대한 귀하의 결정사항은 기밀로 취급되며 해당 정보는 유권자 등록 용도로만 사용됩니다. 유권자 등록 신청 또는 등록 거절에 대한 귀하의 권리를 침해하거나 투표를 위한 등록 또는 등록 신청 결정에 따른 사생활 보호권을 침해하거나 또는 본인이 원하는 정당 또는 기타 우선하는 정당을 선택할 권리를 침해하는 사람이 있으면 아래 주소로 이의를 제기할 수 있습니다:

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

귀하의 서명

귀하의 권리와 책임 그리고 귀하의 사례 담당자의 책임을 이해할 경우 아래에 서명해 주십시오.

수혜자 서명	날짜
법적 대리인 서명	날짜

고객 및 직원 공지문(Title VI 및 VII) 워싱턴주 보건사회부는 기회 균등을 보장하는 사업장이며 연령, 성별, 성적 지향성, 성, 성 정체성/성 표현, 혼인 유무, 인종, 신념, 피부색, 출신 국가, 종교 또는 믿음, 정치적 소속, 군복무 상태, 퇴역 군인, 베트남 참전 용사, 최근 제대하였거나 기타 보호되는 재향군인 상태, 감각, 정신 또는 신체 장애의 유무 또는 맹인 안내견이나 장애인 보조 동물을 이용하는 상태, 동일 임금 또는 유전학적 정보를 근거로 어떤 고용, 고용 프로그램 또는 서비스 분야에서든 차별하지 않습니다.

Barcode label

16172

자택 및 지역 사회 생활 관리국 및 발달장애행정국 서비스 수혜 시 수혜자의 권리와 책임

사례 담당자 안내

1. 수혜자와 함께 이 양식을 검토하면서 수혜자가 자신의 권리와 책임에 관해 질문을 하면 답합니다. 최초 CARE 평가 시(또는 양식을 서명하지 않았던 경우 중대한 변경/연간 평가 시) 수혜자와 검토합니다. 양식의 업데이트된 버전이 존재하는 경우, 수혜자가 업데이트된 양식에 서명하도록 합니다. 사례 담당자가 제시하고 수혜자가 서명한 가장 최근의 수혜자 권리 및 책임 양식이 다른 이전 서명된 양식을 대체합니다.
2. 자택 및 지역 사회 생활 관리국 및 발달장애행정국이 제공하는 서비스 수혜 시 수혜자가 본인의 권리와 책임을 이해하고 있다는 표시로 이 양식의 사본 두 장에 수혜자 또는 수혜자의 대리인이 서명을 합니다.
3. 그 중 한 부는 수혜자 전자 사례 기록에 보관하고 다른 한 부는 수혜자에게 제공합니다.