ຊື່ຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ	ເລກ ACES ID

ສິດທິ ແລະ ຄວາມຜິດຊອບຂອງທ່ານເມື່ອທ່ານໄດ້ຮັບການບໍຣິການທີ່ຖືກເອົາໃຫ້ໂດຍ Home and Community Living Administration ແລະ Developmental Disabilities Administration

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

ການບໍຣິການທີ່ມີໄວ້ໃຫ້

ທ່ານມີສິດທິທີ່ຈະເລືອກເອົາຈາກການບໍຣິການທີ່ທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ. ການບໍຣິການຕ່າງໆແມ່ນຕາມສະມັກໃຈ. ການບໍຣິການຕ່າງໆທີ່ Home and Community Living Administration ແລະ Developmental Disabilities Administration ສາມາດ ຈ່າຍໃຫ້ນັ້ນອາດຈະບໍ່ຊ່ວຍທ່ານນຳຄວາມຕ້ອງການທັງຫມົດຂອງທ່ານ.

HCLA ແລະ DDA ສະເນີເຈື້ອເຟື້ອການບໍຣິການຢູ່ໃນ:

- ເຮືອນຄອບຄົວຜູ້ໃຫຍ່, ສະຖານທີ່ອາສັຍຢູ່ທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫລືອ, ສະຖານທີ່ບໍຣິການເພີ້ມຂຶ້ນ, ສະຖານທີ່ເບິ່ງແຍງຜູ້ເຖົ້າ, ICF/IDs, ເຮືອນມີຫມູ່ຢູ່ນຳ, ເຮືອນລ້ຽງດັກກຳພ້າ, ເຮືອນບ່ອນຢູ່ອາສັຍທີ່ມີ ພະນັກງານມີໃບປະກາດຢູ່ນຳສຳລັບເດັກນ້ອຍ; ເຮືອນຢູ່ເປັນກຸ່ມຂອງ ຜະແນກ DDA, ເຮືອນຝຶກອົບຮົມກຸ່ມ; ຫລື
- ເຮືອນສ່ວນຕົວຂອງບຸກຄົນ. **ຫມາຍເຫດ:** HCLA ແລະ DDA ບໍ່ເອົາການເບິ່ງແຍງດູແລສ່ວນຕົວ 24 ຊົ່ວໂມງ/ມື້ ທີ່ຖືກຈ່າຍເງິນໃຫ້ຢູ່ ໃນເຮືອນຂອງຜູ້ກ່ຽວເອງ. ຖ້າຫາກວ່າການເບິ່ງແຍງດູແລ 24 ຊົ່ວໂມງ ແມ່ນຕ້ອງການແລ້ວທາງເລືອກເອົາການບໍຣິການແມວອື່ນຈະຖືກພິຈາ ຣະນາເບິ່ງ.

ຜູ້ຈັດການເອກສານຂອງ Your Area Agency on Aging Case Manager, ຜູ້ຈັດການຊ່ວຍເຫລືອເອກສານຂອງ DDA, ຜູ້ປຶກສາການປິ່ນປົວພະຍາບານ.ຜູ້ປຶກສາການປິ່ນປົວ, ຜູ້ຊ່ຽວຊານການບໍ ຣິການສັງຄົມຂອງ Home and Community Services, ຫລືຜູ້ຈັດການເອກສານຂອງ HCS Nursing Facility ໄດ້ຖືກ ເອີ້ນວ່າ **ພະນັກງານສຳນວນເອກສານ** ຢູ່ໃນເອກສານອັນນີ້.

ສິດທິຂອງທ່ານ

ທ່ານມີສິດທິທີ່ຈະ:

- ຖືກເຮັດນຳດ້ວຍກຽດສັກສີ,ຄວາມນັບຖືແລະປາສຈາກການແບ່ງແຍກ ຊົນຊັ້ນວັນນະ;
- ໃຫ້ຊັບສົມຂອງທ່ານຖືກເຮັດນຳດ້ວຍຄວາມນັບຖື;
- ເຮັດວຽກຮ່ວມກັນກັບພະນັກງານສຳນວນເອກສານຂອງທ່ານໃນ ການວາງແຜນການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ;
- ໄດ້ຮັບການບໍຣິການດ້ານນາຍແປພາສາເອົາໃຫ້ທ່ານຟຣີໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ສາມາດເວົ້າຫລືເຂົ້າໃຈພາສາອັງກິດໄດ້ດີ;
- ໃຫ້ຣາຍຣະອຽດກ່ຽວກັບທ່ານຖືກເກັບຮັກສາໄວ້ເປັນຄວາມລັບສ່ວນຕົວ ພາຍໃນຂອບເຂດຂອງກົດຫມາຍ ແລະ ກົດຣະບຽບຂອງກົມ DSHS;
- ບໍ່ຖືກບັງຄັບໃຫ້ຕອບຄຳຖາມຕ່າງໆ ຫລື ໃຫ້ເຮັດສິ່ງໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານບໍ່ ຕ້ອງການເຮັດ;
- ຖືກບອກກ່ຽວກັບການບໍຣິການຕ່າງທີ່ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບ ແລະ ທຳ ການເລືອກເອົາກ່ຽວກັບການບໍຣິການທີ່ທ່ານຕ້ອງການ ຫລື ບໍ່ຕ້ອງການ;
- ຖືກບອກໂດຍທາງຫນັງສືກ່ຽວກັບຄຳຕັດສິນຂອງຫ້ອງການ ແລະໄດ້ຮັບ ໃບໂຄປ້ອງແຜນການປິ່ນປົວ ຫລື ສລຸບຄວາມຂອງແຜນການຜູ້ມຂູ ຂອງທ່ານ;
- ປະຕິເສດການບໍຣິການທຸກໆຢ່າງ;
- ເລືອກເອົາ,ໄລ່ອອກ,ຫລືປ່ຽນຜູ້ໃຫ້ການບໍຣິການທີ່ມີຄຸນນະວິດທິ;
- ໄດ້ຮັບຜົນອອກມາຂອງການສືບປະວັດເບື້ອງຫລັງສຳລັບຜູ້ໃຫ້ການບໍຣິ ການສ່ວນບຸກຄົນທຸກໆຄົນທີ່ທ່ານເລືອກເອົາ.
- ເວົ້າກັບຜູ້ຄວບຄຸມງານຖ້າຫາກວ່າທ່ານ ແລະ ພະນັກງານສຳນວນເອກ ສານຂອງທ່ານບໍ່ເຫັນພ້ອມນຳກັນ;
- ຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກຫລືຄວາມຂ້ອງໃຈໄດ້ໃນທຸກໆເວລາກ່ຽວກັບການປະຕິ ບັດງານຂອງຣັດຫລືຜູ້ບໍຣິການໃນການດຳເນີນການວາງແຜນການປິ່ນ ປົວຂອງທ່ານ,ແຜນການປິ່ນປົວ,ການບໍຣິການ,ຫລືແມວໃດແມວນຶ່ງທີ່ ທ່ານບໍ່ພໍໃຈນຳໃນສະຖານທີ່ຈັດຕັ້ງຢູ່ຕາມເຮືອນແລະຊຸມນຸມຊົນ.ທ່ານ ມີສິດທິ່ຈະຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກໂດຍປາສຈາກການແກ້ແຄ້ນ.ທ່ານສາມາດ ຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກຫລືຄວາມຂ້ອງໃຈໄດ້ໂດຍການໂທຫາເລກ 1-800-737-0617, ໂດຍການສິ່ງອີເມລ໌ໄປຫາ grievances@dshs.wa.gov, ຫລືເວົ້ານຳພະນັກງານຂອງ DDA ຫລື HCLA ເພື່ອຣາຍຣະອຽດກ່ຽວກັບວ່າຈະຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ ໄດ້ແມວໃດ;
- ຮ້ອງຂໍເອົາການຟັງເຣື່ອງຈາກອຳນາດການປົກຄອງເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານໄດ້ ເຣັດການຮ້ອງທຸກແລ້ວກໍຕາມ;
- ທຳການຮ້ອງທຸກໂດຍປາສຈາກຄວາມຢ້ານກົວເຖິງອັນຕະຣາຍເຖິງແມ່ນ ວ່າທ່ານໄດ້ຂໍເອົາການຟັງເຣື່ອງຈາກອຳນາດການປົກຄອງແລ້ວກໍຕາມ;
- ເວົ້ານຳຜູ້ສະນັບສະນຸນຊ່ວຍເຫລືອໂດຍການໂທຫາເລກ 1-888-201-1014; ແລະ
- ບໍ່ໄດ້ຖືກຂົ່ມເຫັງ, ປ່ອຍປະລະເລີຍ, ຫລອກລວງດ້ານການເງິນ, ຫລື ປະຖິ້ມ. ສຳລັບຄຳອະທິບາຍຂອງຄວາມເວົ້າເຫລົ່ານີ້,ແວ່ຢ້ຽມ: https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ ທ່ານຮູ້ຈັກໄດ້ຖືກຂົ່ມເຫັງ, ປ່ອຍປະລະເລີຍ ຫລື ຫລອກລວງ, ກະຣຸນາໂທຫາເລກໂທຟຣີຂອງກົມ DSHS ໄດ້ທີ່ເລກ 1-866 (End Harm) /1-866-363-4276 ເພື່ອຈະເວົ້ານຳພະ ນັກງານຜູ້ທີ່ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້;

Barcode label

16172

ຊື່ຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ	ເລກ ACES ID

ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ

ທ່ານມີຄວາມຮັບຜິດຊອບທີ່ຈະ:

- ໃຫ້ພະນັກງານສຳນວນເອກສານເຮັດການປະເມີນຜົນຂອງທ່ານໃຫ້ສຳເຣັດຢ່າງໜ້ອຍແຕ່ລະປີຢູ່ໃນສະຖານທີ່ສະດວກແກ່ທ່ານ;
- ໃຫ້ພະນັກງານສຳນວນເອກສານເບິ່ງສະພາບແວດລ້ອມຂອງການດຳຣົງຊີວິດຂອງທ່ານຢ່າງໜ້ອຍແຕ່ລະປີ;
- ເອົາຣາຍຣະອຽດພຽງພໍໃຫ້ພວກເຮົາເພື່ອຈະເຮັດການປະເມີນຜົນຂອງທ່ານໃຫ້ສຳເຣັດແລະຊ່ວຍເຫລືອນຳການປະສານງານໃນການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ;
- ບອກພະນັກງານສຳນວນເອກສານຂອງທ່ານຖ້າຫາກວ່າຄົນໃດຄົນນຶ່ງອີກທຳການຕັດສິນໃຈດ້ານພະຍາບານ ຫລື ການເງິນໃຫ້ທ່ານ;
- ເຂົ້າຮ່ວມໃນການອອກແບບແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລ ຫລືແຜນການອຸ້ມຊູຂອງທ່ານ,ແລະເຊັນຊື່ໃສ່;
- ຕອບແລະປະສານງານນຳພະນັກງານສຳນວນເອກສານຂອງທ່ານໃຫ້ທັນຕາມເວລາ;
- ເລືອກເອົາການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານເອງ;
- ເລືອກເອົາຜູ້ໃຫ້ການບໍຣິການທີ່ມີຄຸນນະວິທີ;
- ເກັບຮັກສາການກວດເບິ່ງເບື້ອງຫລັງຂອງຜູ້ໃຫ້ການບໍຣິການໄວ້ເປັນຄວາມລັບ;
- ເຂົ້າໃຈວ່າຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານບໍ່ສາມາດຖືກຈ່າຍເງິນໃຫ້ສຳລັບການບໍຣິການ ຫລືຊົ່ວໂມງທີ່ບໍ່ຖືກອະນຸຍາດໃຫ້;
- ບອກພະນັກງານສຳນວນເອກສານຂອງທ່ານຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີບັນຫານຳຜູ້ໃຫ້ການບໍຣິການຂອງທ່ານ ຫລື ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບຊົ່ວໂມງທີ່ຖືກຫວງເອົາໂດຍຜູ້ໃຫ້ການບໍຣິການຂອງທ່ານ;
- ຈ່າຍເງິນໃຫ້ແກ່ຜູ້ໃຫ້ການບໍຣິການຂອງທ່ານທຸກໆເດືອນຖ້າຫາກວ່າທ່ານຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ;
- ເອົາສະຖານທີ່ເຮັດວຽກທີ່ປອດພັຍໃຫ້;
- ບໍ່ກະທຳຕົວໃນແບບທີ່ເຮັດໃຫ້ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຕົກຢູ່ໃນອັນຕະຣາຍ;
- ບອກພະນັກງານສຳນວນເອກສານຂອງທ່ານກ່ອນທີ່ທ່ານຈະອອກໄປ, ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຈະເດີນທາງອອກນອກຣັດວໍຊິງຕັນນຳຜູ້ບໍຣິການປິ່ນປົວສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ;ແລະ
- ບອກພະນັກງານສຳນວນເອກສານຂອງທ່ານຖ້າມີການປ່ຽນແປງໃນ:
  - ✓ ສະພາບພະຍາບານຂອງທ່ານ;
  - ✓ ຄວາມຊ່ວຍເຫລືອທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກຄອບຄົວ,ໝູ່ເພື່ອນ ຫລື ຫ້ອງການອື່ນໆ;
  - ✓ ສະພາບການເງິນຂອງທ່ານ;
  - ✓ ບ່ອນທີ່ທ່ານກຳລັງໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວຢູ່;
  - ✓ ບ່ອນທີ່ທ່ານອາສັຍຢູ່ໃນຣັດວໍຊິງຕັນ; ຫລື
  - ✓ ບ່ອນຢູ່ອາສັຍຂອງທ່ານ – ທ່ານມີແຜນການທີ່ຈະຍ້າຍ,ຫລືວ່າທ່ານອາສັຍຢູ່ນອກຣັດວໍຊິງຕັນໃນເວລານີ້.

ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງພະນັກງານສຳນວນເອກສານ

ພະນັກງານສຳນວນເອກສານຂອງທ່ານຮັບຜິດຊອບທີ່ຈະ:

- ປະຕິບັດຕໍ່ທ່ານດ້ວຍກຽດສັກສີ ແລະ ຄວາມນັບຖື;
- ຮັກສາຄວາມລັບສ່ວນຕົວຂອງທ່ານໄວ້;
- ບອກທ່ານວ່າມີແນວໃດແດ່ທີ່ HCLA ແລະ DDA ສາມາດ, ຫລື ບໍ່ສາມາດ, ເຮັດໄດ້ສຳລັບທ່ານ;
- ເອົາຣາຍຣະອຽດຈາກທ່ານ ແລະ ຈາກຜູ້ອື່ນໆເພື່ອຈະທຳການປະເມີນຜົນເພື່ອຈະພິຈາຣະນາເບິ່ງຣະດັບຂອງການຊ່ວຍເຫລືອຂອງທ່ານ ແລະ ຕັດສິນວ່າການບໍຣິການແນວໃດແດ່ທີ່ທ່ານສາມາດເລືອກເອົາມາຈາກ:
  - ✓ ການປະເມີນຜົນຈະລວມເອົາຄວາມເຂັ້ມແຂງ, ຂອບເຂດ,ເປົ້າໝາຍ ແລະ ຄວາມຍອມໃຈຂອງທ່ານ;
  - ✓ ການປະເມີນຜົນຈະລວມເອົາການຊ່ວຍເຫລືອທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບແລ້ວ ຫລື ສາມາດໄດ້ຮັບຈາກຄອບຄົວ ຫລື ຫ້ອງການອື່ນໆ ແລະ ທ່ານຢາກໃຫ້ການບໍຣິການຖືກເຮັດແລ້ວແນວໃດ;
- ຊ່ວຍເຫລືອທ່ານອອກແບບແຜນການປິ່ນປົວ ຫລືແຜນການອຸ້ມຊູທີ່ຈະສະເນີຄວາມຊ່ວຍເຫລືອນຳການເບິ່ງແຍງດູແລສ່ວນຕົວ ແລະ ລວມເອົາເປົ້າໝາຍສ່ວນຕົວ, ຄວາມຍອມໃຈ, ແລະ ທາງເລືອກຂອງທ່ານ;
- ເອົາຣາຍຣະອຽດຈາກທ່ານ ແລະ ຄົນອື່ນເພື່ອຈະດັດແປງແຜນການປິ່ນປົວ ຫລື ແຜນການອຸ້ມຊູຂອງທ່ານໃຫ້ຖືກຕ້ອງທຸກໆປີ ຫລື ເມື່ອສະພາບຂອງທ່ານປ່ຽນແປງ;
- ເອົາເວລາພຽງພໍໃຫ້ທ່ານເພື່ອຈະສິ່ງຣາຍຣະອຽດທີ່ຕ້ອງການມາໃຫ້;
- ສະເນີບັນຫານຳແຜນການປິ່ນປົວ ຫລື ແຜນການອຸ້ມຊູຂອງທ່ານຕາມທີ່ມັນເກີດຂຶ້ນ;
- ເຄົາຣົບສິດທິຂອງທ່ານ ແລະ ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫລືອເພີ່ມໃນການເຂົ້າເຖິງການບໍຣິການຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີການເຈັບປ່ວຍດ້ານຈິດໃຈ, ເສັ້ນປະສາດ, ຄວາມຮູ້ສຶກ, ຫລື ທາງຮ່າງກາຍ; ແລະ
- ຊ່ວຍທ່ານຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ການບໍຣິການທີ່ມີຄຸນນະວຸດທິພຽງພໍຖ້າວ່າທ່ານບໍ່ສາມາດຊອກຫາຄົນນຶ່ງໄດ້.

Barcode label

16172

ຊື່ຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ	ເລກ ACES ID

ຄຳຊີ້ນຳແນວທາງລ່ວງໜ້າ

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະເຮັດຄຳຊີ້ນຳແນວທາງລ່ວງໜ້າ.ຄຳຊີ້ນຳແນວທາງລ່ວງໜ້າຈະລວມເອົາພິນັຍກັມຍາມຍັງມີຊີວິດຫລືສິດອຳນາດທະນາຍຄວາມ ສຳລັບການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.ຄຳຊີ້ນຳແນວທາງລ່ວງໜ້າສະລູບຄວາມປະສົງຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການປິ່ນປົວພະຍາບານແລະ/ຫລືສຸຂະພາບ ຈິດ,ລວມທັງສິດທິທີ່ຈະຮັບເອົາຫລືປະຕິເສດການປິ່ນປົວພະຍາບານ,ສຸຂະພາບຈິດ,ຫລືການຜ່າຕັດ,ເມື່ອເວລາທ່ານບໍ່ມີຄວາມສາມາດທີ່ຈະທຳການ ຕັດສິນໃຈເຫລົ່ານັ້ນໄດ້.ທ່ານສາມາດຍົກເລີກຄຳຊີ້ນຳແນວທາງລ່ວງໜ້າຂອງທ່ານໄດ້ໃນທຸກໆເວລາ.

ການບໍຣິການຈົດຊື່ລົງທະບຽນຂອງຜູ້ປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ

ກົດໝາຍ National Voter Registration Act of 1993 ກຳນົດໃຫ້ທຸກໆຣັດທີ່ຈະເອົາຄວາມຊ່ວຍເຫລືອຈົດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໃຫ້ ໂດຍຜ່ານຫ້ອງການຊ່ວຍເຫລືອສາທາຣະນະຊົນຂອງເຂົ້າເຈົ້າ.ການຮ້ອງຂໍທີ່ຈະຈົດຊື່ຫລືການປະຕິເສດທີ່ຈະຈົດຊື່ເພື່ອປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງການ ບໍຣິການຫລືຈຳນວນການຊ່ວຍເຫລືອທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບໂດຍຫ້ອງການແຫ່ງນີ້.ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອໃນການຂຽນປະກອບໃບຟອມຈົດຊື່ລົງ ທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ,ພວກເຮົາຈະຊ່ວຍເຫລືອທ່ານ.ຄຳຕັດສິນໃຈຂອງທ່ານທີ່ຈະຈົດຊື່ຫລືທີ່ຈະປະຕິເສດທີ່ຈະຈົດຊື່ຈະຖືກເກັບຮັກສາໄວ້ເປັນຄວາມລັບແລະ ຈະຖືກໃຊ້ສຳລັບຈຸດປະສົງຂອງການຈົດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງເທົ່ານັ້ນ.ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເຊື່ອວ່າຄົນໃດຄົນນຶ່ງໄດ້ຣິບກວນສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະຈົດຊື່ລົງ ທະບຽນຫລືທີ່ຈະປະຕິເສດທີ່ຈະຈົດຊື່ເພື່ອປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ,ສິດທິຂອງທ່ານໃນຄວາມລັບສ່ວນຕົວໃນການຕັດສິນໃຈວ່າຈະຈົດຊື່ລົງທະບຽນຫລືບໍ່ຫລືໃນການຮ້ອງ ຂໍຈົດຊື່ເພື່ອຈະປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ,ຫລືສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະເລືອກເອົາພັກການເມືອງຂອງທ່ານເອງຫລືຄວາມຊອບໃຈທາງດ້ານການເມືອງອື່ນໆ,ທ່ານຈະຍື່ນຄຳ ຮ້ອງທຸກໄດ້ນຳ:

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

ລາຍເຊັນຂອງທ່ານ

ເຊັນຊື່ໃສ່ແຖວຂ້າງລຸ່ມນີ້ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເຂົ້າໃຈສິດທິ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ ແລະເຂົ້າໃຈຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງພະນັກງານສຳນວນ ເອກສານຂອງທ່ານ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ	ວັນທີ
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍ	ວັນທີ

ແຈ້ງການສຳລັບລູກຄ້າ ແລະ ພະນັກງານ (Title VI ແລະ VII) Washington State Department of Social and Health Services ເປັນນາຍຈ້າງທີ່ໃຫ້ໂອກາດສະເມີພາບເທົ່າທຽມກັນ ແລະ ບໍ່ໄດ້ແບ່ງແຍກຍົກເວັ້ນຜູ້ໃດຜູ້ນຶ່ງໃນທຸກໆຢ່າງຂອງວຽກງານ, ໂຄງການ ຫລື ການບໍຣິການຂອງເຂົ້າເຈົ້າ ໂດຍອີງຕາມພື້ນຖານຂອງອາຍຸ, ເພດ, ແນວໂນ້ມທາງເພດ, ເພດ, ບຸກຄະລິກລັກສະນະ/ການສະແດງຄວາມຮູ້ສຶກອອກມາທາງ ເພດ, ສະພາບການແຕ່ງງານ, ຜິວພັນ, ຄວາມເຊື່ອຖືທາງສາສະນາ, ສີສັນ, ເຊື້ອຊາດດັ້ງເດີມ, ສາສະນາ ຫລື ຄວາມເຊື່ອຖື, ການພົວພັນກ່ຽວຂ້ອງທາງການ ເມືອງ, ສະພາບການທະຫານ, ນັກຣົບເກົ່າປົດຈາກຫນ້າທີ່ຢ່າງສົມກຽດ, ນັກຣົບເກົ່າສະໄມຍວຽດນາມ, ສະພາບນັກຣົບເກົ່າອອກຈາກຫນ້າທີ່ໃນຫມໍ່ໆມານີ້ຫລື ສະພາບທີ່ຖືກປົກປ້ອງອື່ນໆ, ການປາກົດມີຄວາມເສັຽອົງຄະທາງດ້ານຄວາມຮູ້ສຶກ, ທາງຈິດໃຈ, ຮ່າງກາຍ ຫລື ການໃຊ້ຫມາຳທາງທີ່ຖືກຝຶກຝົນມາ ຫລື ສັດລ້ຽງບໍຣິການຊ່ວຍເຫລືອໂດຍຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ມີຄວາມເສັຽອົງຄະ, ການຈ່າຍເງິນເທົ່າທຽມກັນ ຫລື ຣາຍຣະອຽດກ່ຽວກັບເຊື້ອຊາດ.

Barcode label

16172

ສິດທິ ແລະ ຄວາມຜິດຊອບຂອງທ່ານເມື່ອທ່ານໄດ້ຮັບການບໍຣິການທີ່ຖືກເອົາໃຫ້ໂດຍ **Home and Community Living Administration** ແລະ **Developmental Disabilities Administration**

ຄຳແນະນຳສຳລັບຜູ້ຈັດເອກເອກສານ

1. ກວດເບິ່ງຄືນໃບຟອມນຳລູກຄ້າເພື່ອຈະຕອບທຸກໆຄຳຖາມກ່ຽວກັບສິດທິແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງລູກຄ້າ.ກວດເບິ່ງຄືນນຳລູກຄ້າເມື່ອເວລາທຳການປະເມີນຜົນ CARE ໃນເບື້ອງຕົ້ນ (ຫລືໃນເວລາມີການປ່ຽນແປງໃຫຍ່/ປະຈຳປີຖ້າຫາກວ່າໃບຟອມບໍ່ທັນຖືກເຊັນຊື່ໃສ່ເທື່ອ) .ຖ້າຫາກວ່າໃບດັດແປງໃຫມ່ຂອງຟອມມີຢູ່, ໃຫ້ລູກຄ້າເຊັນໃສ່ໃບດັດແປງໃຫມ່.ໃບຟອມສິດທິແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບໃບລ່າສຸດຫມູ່ທີ່ຖືກສະເນີໃຫ້ໂດຍຜູ້ຈັດການເອກສານແລະຖືກເຊັນຊື່ໃສ່ໂດຍລູກຄ້າຈະໃຊ້ແທນທີ່ໃບຟອມທີ່ຖືກເຊັນຊື່ໃສ່ມາກ່ອນ.
2. ໃຫ້ລູກຄ້າຫລືຜູ້ຕາງຫນ້າຂອງລູກຄ້າເຊັນຊື່ໃສ່ໂກປີສອງໃບຂອງໃບຟອມເພື່ອຈະຢັ້ງຢືນຄວາມເຂົ້າໃຈຂອງລູກຄ້າໃນສິດທິແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງລູກຄ້າເມື່ອເວລາໄດ້ຮັບເອົາການບໍຣິການທີ່ຖືກເອື້ອເຟື້ອໃຫ້ໂດຍ Home and Community Living Administration ແລະ Developmental Disabilities Administration.
3. ເອົາໂກປີໃບນຶ່ງໃສ່ໃນສຳນວນເອກສານຂອງລູກຄ້າແລະເອົາໂກປີອີກໃບນຶ່ງໃຫ້ລູກຄ້າ.