KLIENTO VARDAS IR PAVARDĖ	ACES SISTEMOS ID NUMERIS

Jūsų teisės ir pareigos jums gaunant paslaugas, kurias siūlo Gyvenimo namuose ir bendruomenėje administracija bei Vystymosi negalių administracija

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

Teikiamos paslaugos

Turite teisę pasirinkti konkrečias paslaugas iš jums siūlomų. Paslaugos yra savanoriškos. Paslaugos, kurias gali apmokėti Gyvenimo namuose ir bendruomenėje administracija bei Vystymosi negalių administracija, gali nepatenkinti visų jūsų poreikių.

Vietos, kur HCLA ir DDA siūlo suteikti paslaugas:

- Suaugusiųjų šeimos namai, gyvenimo gaunant pagalbą įstaiga, pagerinto aptarnavimo įstaiga, slaugos įstaiga, tarpinės priežiūros įstaiga asmenims su intelekto negalia, gyvenimo su draugu namai, vaikų globos namai, licencijuoti vaikų gyvenamieji namai su personalu; DDA grupinio gyvenimo namai, grupinio mokymo namai ARBA
- Paties žmogaus turimas būstas. **Pastaba:** HCLA ir DDA neteikia apmokamų 24 teikiamų asmens priežiūros paslaugų paties asmens namuose. Jei pageidaujama 24 valandų priežiūros, gali būti svarstomi kitokie paslaugų variantai.

Jūsų vietovės senėjimo reikalų agentūros atvejų vadybininkas, DDA atvejų išteklių vadybininkas, slaugytojo priežiūros konsultantas, priežiūros konsultantas, namų ir bendruomenės paslaugų socialinių paslaugų specialistas arba HCS slaugos įstaigos atvejų vadybininkas šiame dokumente vadinamas **atvejo darbuotoju**.

Jūsų teisės

Jūs turite teisę:

- Į orų, pagarbų ir nediskriminuojantį elgesį su jumis;
- Į pagarbų elgesį su jūsų turtu;
- Bendradarbiauti su savo atvejo darbuotoju planuojant jūsų priežiūrą;
- Gauti nemokamas vertėjo paslaugas, jeigu negalite gerai kalbėti anglų kalba ar ją suprasti;
- Į informacijos apie jus privatumą įstatymų ir DSHS taisyklių ribose;
- Nebūti verčiami atsakinėti į klausimus ar daryti kažką, ko nenorite;
- Gauti informaciją apie visas paslaugas, kurias galite gauti, bei pasirinkti, kurias paslaugas norite, o kurių nenorite gauti;
- Būti raštu informuoti apie agentūros sprendimus ir gauti priežiūros plano kopiją ar pagalbos plano santrauką;
- Atsisakyti visų paslaugų;
- Pasirinkti kvalifikuotą paslaugų teikėją, atsisakyti jo paslaugų ar pakeisti jį kitu;
- Gauti bet kurio jūsų pasirinkto paslaugų teikėjo ankstesnės veiklos patikros rezultatus;
- Pasikalbėti su vadovu, jei nesutariate su savo atvejo darbuotoju;
- Bet kuriuo metu pateikti skundą ar išreikšti susirūpinimą dėl valstybės ar paslaugų teikėjo veiklos, susijusios su jūsų priežiūros planavimo procesu, priežiūros planu, paslaugomis ar bet kuo, kuo jūs nepatenkinti savo namuose ir bendruomenės aplinkoje. Turite teisę pateikti skundą be jokio kerštavimo už tai. Pateikti skundą ar išreikšti susirūpinimą galite paskambinę numeriu 1-800-737-0617, išsiųsdami el. laišką adresu grievances@dshs.wa.gov arba paprašę bet kurio DDA arba HCLA darbuotojo informacijos, kaip pateikti skundą;
- Prašyti administracinio svarstymo, net jei ir pateikėte skundą;
- Pateikti skundą, nebijodami žalos, net jei paprašėte administracinio svarstymo;
- Pasikalbėti su advokatu paskambinę numeriu 1-888-201-1014;
- Nebūti skriaudžiami, apleisti, finansiškai išnaudojami ar palikti likimo valiai. Šių sąlygų aprašymą galima rasti čia: https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse. Jei jūs arba jūsų pažįstamas yra skriaudžiamas, apleistas ar išnaudojamas, skambinkite nemokamu DSHS numeriu 1-866 (End Harm) /1-866-363-4276 ir pasikalbėkite su darbuotoju, kuris gali jums padėti.

Barcode label

16172

KLIENTO VARDAS IR PAVARDĖ	ACES SISTEMOS ID NUMERIS

Jūsų pareigos

Jums tenkančios pareigos:

- Leisti atvejo darbuotojui atlikti jūsų vertinimą bent kartą per metus jums patogioje vietoje;
- Leisti atvejo darbuotojui bent kartą per metus apžiūrėti jūsų gyvenamąją aplinką;
- Pateikti mums pakankamai informacijos, kad galėtume tinkamai atlikti jūsų vertinimą ir padėti koordinuoti jūsų priežiūros planą;
- Pranešti savo atvejo darbuotojui, jei kas nors kitas priima medicininius ar finansinius sprendimus už jus;
- Dalyvauti rengiant jūsų priežiūros ar pagalbos jums planą ir jį pasirašyti;
- Laiku teikti savo atvejo darbuotojui atsakymus ir su juo bendrauti;
- Pasirinkti savo sveikatos priežiūros planą;
- Pasirinkti kvalifikuotą paslaugų teikėją;
- Užtikrinti paslaugų teikėjo ankstesnės veiklos patikros duomenų privatumą;
- Suprasti, kad paslaugų jums teikėjui negali būti mokama už suteiktas paslaugas ar išdirbtas valandas, kurios nėra iš anksto patvirtintos;
- Pasakyti savo atvejo darbuotojui, jei kyla problemų dėl paslaugų jums teikėjo arba jei paslaugų teikėjas neišdirba deklaruojamo valandų kiekio;
- Mokėti paslaugų jums teikėjui kiekvieną mėnesį, jei prisidedate prie jūsų priežiūros apmokėjimo;
- Užtikrinti saugią darbo aplinką;
- Savo elgesiu nekelti pavojaus nei sau, nei kitiems;
- Prieš išvykstant pranešti savo atvejo darbuotojui, jei keliausite už Washington valstijos ribų su savo asmeniniu priežiūros paslaugų teikėju; ir
- Pranešti savo atvejo darbuotojui, jei pasikeitė:
  - ✓ Jūsų sveikatos būklė;
  - ✓ Pagalba, kurią gaunate iš artimųjų, draugų ar kitų įstaigų;
  - ✓ Jūsų finansinė situacija;
  - ✓ Pagalbos jums gavimo vieta;
  - ✓ Jūsų gyvenamoji vieta Washington valstijoje; arba
  - ✓ Jūsų nuolatinė gyvenamoji vieta – planuojate persikelti arba dabar gyvenate už Washington valstijos ribų.

Atvejo darbuotojo pareigos

Jums priskirtas atvejo darbuotojas privalo:

- Elgtis su jumis oriai ir pagarbiai;
- Išlaikyti jūsų privatumą;
- Informuoti jus apie tai, ką jums gali ar ko negali suteikti HCLA ir DDA;
- Iš jūsų ir kitų asmenų surinkti informaciją, kad būtų galima atlikti įvertinimą siekiant nustatyti jums teiktinos pagalbos lygį bei nuspręsti, kokias paslaugas jūs galite pasirinkti;
  - ✓ Įvertinimas apims jūsų stipriąsias ir silpnąsias puses, tikslus ir pageidavimus;
  - ✓ Įvertinimas apims pagalbą, kurią jūs jau dabar gaunate arba galite gauti iš šeimos narių ar kitų įstaigų, ir kokio šių paslaugų teikimo jums norite;
- Padėti jums susidaryti priežiūros planą arba pagalbos planą, kuriame būtų aptariama asmeninės priežiūros pagalba ir į kurį būtų įtraukti jūsų asmeniniai tikslai, pageidavimai ir pasirinkimai;
- Surinkti informaciją iš jūsų bei kitų asmenų bei papildyti priežiūros ar pagalbos planą kiekvienais metais arba tuo atveju, jei pasikeistų jūsų būklė;
- Skirti pakankamai laiko suteikti reikalingą informaciją;
- Spręsti iškylančias su jūsų priežiūros ar pagalbos planu susijusias problemas;
- Gerbti jūsų teises ir suteikti daugiau pagalbos gaunant paslaugas, jei turite psichinių, neurologinių, jutimo ar fizinių sutrikimų; taip pat
- Padėti surasti jums kvalifikuotą paslaugų teikėją, jei patys negalite to padaryti.

Barcode label

16172

KLIENTO VARDAS IR PAVARDĖ	ACES SISTEMOS ID NUMERIS

Paciento valios išreiškimas

Turite teisę surašyti išankstinį paciento valios išreiškimo dokumentą. Išankstinis paciento valios išreiškimo dokumentas gali apimti jūsų rašytinį pareiškimą, kokius gyvybės palaikymo metodus prireikus jums taikyti, arba suteikti ilgalaikį įgaliojimą dėl jūsų sveikatos priežiūros. Išankstiniame paciento valios išreiškimo dokumente apibendrinami jūsų pageidavimai dėl medicininės ir / arba psichinės sveikatos priežiūros, įskaitant teisę gauti medicininį ar chirurginį gydymą ar psichinės sveikatos priežiūrą ar jų atsisakyti tuo atveju, jei psichiškai būsite nepajėgus priimti šiuos sprendimus. Išankstinį paciento valios išreiškimo dokumentą galima bet kada atšaukti.

Rinkėjų registracijos paslauga

1993 m. Nacionaliniame rinkėjų registracijos įstatyme numatyta prievolė, kad visos valstijos teiktų rinkėjų registracijos pagalbą per savo viešosios pagalbos biurus. Prašymas užregistruoti arba atsisakymas užregistruoti balsuoti neturės įtakos paslaugoms ar išmokų sumai, kurią jums suteiks ši agentūra. Jei pageidaujate pagalbos pildant rinkėjo registracijos formą, mes jums padėsime. Jūsų sprendimas registruotis arba atsisakyti registruotis bus laikomas konfidencialiu ir bus naudojamas tik rinkėjų registracijos tikslais. Jei manote, kad kažkas kišosi į jūsų teisę registruotis arba atsisakyti registruotis balsuoti, jūsų teisę į privatumą sprendžiant dėl registracijos ar kreipiantis registruotis balsuoti, ar į jūsų teisę pasirinkti savo politinę partiją ar kitą politinį pasirinkimą, galite pateikti skundą:

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

Jūsų parašas

Jei suprantate savo teises ir pareigas, taip pat jums priskirto atvejo darbuotojo pareigas, pasirašykite žemiau.

Kliento parašas	Data
Teisėto atstovo parašas	Data

Pranešimas klientams ir darbuotojams (VI ir VII antraštės), Washington Valstybinis Socialinių ir Sveikatos Paslaugų Departamentas yra lygias galimybes taikantis darbdavys ir nediskriminuoja darbuotojų nei vienoje darbo vietoje, programose ar paslaugose pagal jų amžių, lytį, seksualinę orientaciją, lytį, lytinę tapatybę/saviraišką, šeimyninę padėtį, rasę, tikėjimą, odos spalvą, tautybę, religiją ar religinius įsitikinimus, politines pažiūras, karinį statusą (garbingai tarnybą baigęs karo veteranas, Vietnam Era, neseniai atskirto nuo tarnybos ar kitaip saugomo karo veterano statusas), bet kokius jutimo, psichikos, fizinius sutrikimus ar apmokyto šuns vedlio ar tarnybinio gyvūno naudojimą žmogui su negalia, vienodą darbo užmokestį arba genetinę informaciją.

Barcode label

16172

Jūsų teisės ir pareigos jums gaunant paslaugas, kurias siūlo Gyvenimo namuose ir bendruomenėje administracija bei Vystymosi negalių administracija

Nurodymai atvejo darbuotojui

1. Perskaitykite formą kartu su klientu, kad galėtumėte atsakyti į galinčius kilti klausimus apie kliento teises ir pareigas. Kartu su klientu peržvelkite pradinio CARE vertinimo metu (arba reikšmingo pokyčio / metinio vertinimo metu, jei forma nebuvo pasirašyta). Jei yra atnaujinta formos versija, paprašykite kliento pasirašyti atnaujintą formą. Atvejo darbuotojo pateikta ir kliento pasirašyta naujausia kliento teisių ir pareigų forma taikoma vietoj anksčiau galimai pasirašytų formų.
2. Paprašykite kliento ar jo atstovo pasirašyti du formos egzempliorius, kad būtų įrodyta, jog jis suprato kliento teises ir pareigas gaunant Gyvenimo namuose ir bendruomenėje administracijos bei Vystymosi negalių administracijos siūlomas paslaugas.
3. Vieną egzempliorių įdėkite į kliento elektroninę bylą, o kitą egzempliorių perduokite klientui.