ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН НЭР	ACES ID ДУГААР

Гэрийн болон олон нийтийн орчинд амьдрах захиргаа болон Хөгжлийн бэрхшээлийн захиргаанаас үзүүлж буй үйлчилгээг авах үед таны эрх, үүрэг

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

Боломжит Үйлчилгээнүүд

Та хамрагдах эрхтэй үйлчилгээнүүдээс сонголт хийх эрхтэй. Үйлчилгээ нь сайн дурынх байна. Гэрийн болон олон нийтийн орчинд амьдрах захиргаа болон Хөгжлийн бэрхшээлийн захиргаанаас санхүүжүүлэн үзүүлэх боломжтой үйлчилгээ нь таны бүх хэрэгцээг бүрэн хангахгүй байж болно.

HCLA ба DDA нь дараах чиглэлээр үйлчилгээ үзүүлдэг:

- Насанд Хүрэгсдийн Гэр бүлийн Асрамжийн Газар, Тусгай Асрамжийн Газар, Сайжруулсан Үйлчилгээтэй Байгууламж, Сувилгааны Байр, ICF/IDs, Хамтран Амьдрах Өрх, Хүүхдийн Асрамжийн Өрх, Хүүхдийн Тусгай Зөвшөөрөлтэй Ажилтан бүхий Орон Байр; DDA Бүлгийн Гэрүүд, Бүлгийн Сургалтын Гэрүүд, ICF/IDs; ЭСВЭЛ
- Хувь хүний өөрийн хувийн гэр. **Санамж:** HCLA ба DDA нь хувь хүний өөрийн гэрт 24 цагийн төлбөртэй хувийн асаргааны үйлчилгээ үзүүлдэггүй. Хэрэв 24 цагийн асаргаа шаардлагатай бол, үйлчилгээний бусад сонголтуудыг авч үзэж болно.

Таны Хөгшрөлтийн бүсийн агентлаг-ийн кейс менежер, DDA-ийн кейс нөөцийн менежер, сувилахуйн асаргааны зөвлөх, асаргааны зөвлөх, Гэрийн болон олон нийтийн үйлчилгээний нийгмийн үйлчилгээний мэргэжилтэн, эсвэл HCS-ийн асрамжийн газрын кейс менежерийг энэхүү баримт бичигт **кейс ажилтан** гэж нэрлэнэ.

Таны Эрх

Та дараах эрхийг эдэлнэ:

- Бусдаар хүндэтгэлтэй ба нэр төртэйгөөр харьцуулах, ялгаварлан гадуурхалтанд өртөхгүй байх;
- Өмч хөрөнгөндөө хүндэтгэлтэй хандахыг шаардах;
- Асаргааг төлөвлөхөд хэрэг хариуцсан ажилтантайгаа хамтран ажиллах;
- Хэрэв та Англи хэлээр сайн ярихгүй эсвэл ойлгохгүй байвал, орчуулагчийн үйлчилгээг үнэ төлбөргүй авах эрхтэй;
- Хууль болон DSHS-ийн дүрмийн хязгаарт багтаан өөрийн мэдээллийг нууцлах;
- Асуултад хариулах эсвэл хүсээгүй зүйлээ хийхийг албадуулахгүй байх;
- Өөрийн авах боломжтой бүх үйлчилгээний талаар мэдээлэл авч, хүссэн эсвэл хүсээгүй үйлчилгээнийхээ талаар сонголт хийх;
- Байгууллагын шийдвэрийг бичгээр хүлээн авах, мөн халамжийн эсвэл дэмжлэгийн төлөвлөгөөний хураангуй хуулбарыг авах;
- Бүх үйлчилгээнээс татгалзах эрхтэй;
- Шаардлага хангасан үйлчилгээ үзүүлэгчийг сонгох, халах эсвэл солих;
- Өөрийн сонгосон аливаа нэгэн хувь үйлчилгээ үзүүлэгчийн намтрын шалгалтын хариуг хүлээн авах эрхтэй;
- Хэрэв таны хэрэг хариуцсан ажилтан санал нийлэхгүй бол ахлах ажилтантай ярилцах;
- Гэрийн болон олон нийтийн орчинд үзүүлж буй үйлчилгээний хүрээнд таны асаргаа, үйлчилгээний төлөвлөлтийн үйл явц, асаргааны төлөвлөгөө, үйлчилгээ болон сэтгэл ханамжгүй байгаа бусад аливаа асуудлаар төрийн байгууллага эсвэл үйлчилгээ үзүүлэгчийн үйл ажиллагаатай холбоотой гомдол, санал хүсэлтийг хүссэн үедээ гаргах эрхтэй. Та ямар нэгэн дарамт, өшөө авалт, хариу арга хэмжээ авах вий гэж айхгүйгээр гомдол гаргах эрхтэй. Та гомдол эсвэл санаа зовнилоо гаргахдаа1-800-737-0617 руу утастах, grievances@dshs.wa.gov руу эмэйл илгээх, эсвэл аливаа DDA ба HCLA ажилтны гишүүнээс гомдол хэрхэн гаргах тухай мэдээлэл асууж болно;
- Гомдол гаргасан байсан ч, захиргааны сонсгол хийлгэх хүсэлт гаргах;
- Захиргааны сонсгол хийлгэх хүсэлт гаргасан байсан ч, айж эмээлгүйгээр гомдол гаргах эрхтэй;
- 1-888-201-1014 дугаарт залгаж өмгөөлөгчтэй ярилцах эрхтэй; ба
- Хүчирхийлэл, үл хайхрах байдал, санхүүгийн мөлжлөгт өртөхгүй, эсвэл хаягдахгүй байх. Эдгээр нэр томьёоны тайлбарыг үзэхээр https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse руу зочилно уу. Хэрэв та эсвэл таны таньдаг хүн хүчирхийлэл, үл хайхрах байдал эсвэл мөлжлөгт өртөж байгаа бол, DSHS-ийн 1-866 (End Harm) /1-866-363-4276 тусгай дугаарт залгаж, танд тусалж чадах ажилтантай ярилцана уу;

Barcode label

16172

ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН НЭР	ACES ID ДУГААР

Таны Хариуцлага

Та дараах хариуцлагыг хүлээнэ:

- Хэрэг хариуцсан ажилтанд жилд дор хаяж нэг удаа танд тохиромжтой байршилд үнэлгээгээ хийх боломж олгох;
- Хэрэг хариуцсан ажилтанд жилд дор хаяж нэг удаа таны амьдрах орчинтой танилцах боломж олгох;
- Таны үнэлгээг хийх болон асаргааны төлөвлөгөөг хэрэгжүүлэхэд шаардлагатай зохицуулалтад тань туслахад хангалттай мэдээллээр хангах;
- Хэрэв өөр хүн таны өмнөөс эрүүл мэнд эсвэл санхүүгийн шийдвэр гаргадаг бол, хэрэг хариуцсан ажилтандаа мэдэгдэх;
- Халамжийн эсвэл дэмжлэгийн төлөвлөгөөгөө боловсруулахад оролцож, гарын үсэг зурах;
- Кейсийн ажилтантайгаа цаг хугацаанд нь хариулж, харилцах;
- Өөрийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг сонгох;
- Шаардлага хангасан үйлчилгээ үзүүлэгчийг сонгох;
- Үйлчилгээ үзүүлэгчийн намтрын шалгалтын мэдээллийг нууцлах;
- Таны үйлчилгээ үзүүлэгч зөвшөөрөгдөөгүй үйлчилгээ эсвэл цагийн хөлс авах боломжгүй гэдгийг ойлгох;
- Хэрэв танд үйлчилгээ үзүүлэгчтэй холбоотой асуудал гарвал, эсвэл үйлчилгээ үзүүлэгчийн нэхэмжилсэн цагаар үйлчилгээгээ авч чадахгүй байгаа бол, хэрэг хариуцсан ажилтанд мэдэгдэх;
- Хэрэв та асаргааныхаа төлбөрийг төлөлцдөг бол, үйлчилгээ үзүүлэгчдээ сар бүр төлбөрөө төлөх;
- Аюулгүй ажлын байраар хангах;
- Бусдыг аюулд оруулах үйлдэл хийхгүй байх;
- Хувийн асаргаа үйлчилгээ үзүүлэгчтэйгээ хамт Washington мужийн гадна зорчих гэж байгаа бол явахаасаа өмнө кейс ажилтандаа мэдэгдэх; мөн
- Дараах зүйлсэд өөрчлөлт орсон тохиолдолд, хэрэг хариуцсан ажилтанд мэдэгдэх:
  - ✓ Таны эрүүл мэндийн байдал;
  - ✓ Гэр бүл, найз нөхөд ба бусад байгууллагаас авдаг тусламж;
  - ✓ Таны санхүүгийн байдал;
  - ✓ Хувийн асаргаа үйлчилгээгээ хаанаас авч байгаа;
  - ✓ Washington мужид хаана амьдардаг; ба
  - ✓ Таны оршин суугаа газар – та нүүх эсвэл Washington мужаас гадуур амьдардаг бол.

Хэрэг Хариуцсан Ажилтны Хариуцлага

Таны хэрэг хариуцсан ажилтан дараах үүргийг хүлээнэ:

- Тантай хүндэтгэлтэй ба нэр төртэй харьцах;
- Таны хувийн нууцыг хадгалах;
- HCLA ба DDA таны төлөө юу хийж чадах, эсвэл чадахгүйг танд хэлэх;
- Танд шаардлагатай тусламжийн төвшнийг тодорхойлох үнэлгээ хийх, мөн ямар үйлчилгээнээс сонгох боломжтойг шийдэхийн тулд, танаас болон бусдаас мэдээлэл авах;
  - ✓ Үнэлгээнд таны давуу тал, хязгаарлалт, зорилго болон сонирхлыг багтаана;
  - ✓ Үнэлгээнд таны гэр бүл эсвэл бусад байгууллагаас авч байгаа эсвэл авах боломжтой тусламж, мөн үйлчилгээг хэрхэн хийлгэхийг хүсэж байгаа зэргийг багтаана;
- Хувийн асаргааны тусламжийг шийдвэрлэсэн, таны хувийн зорилго, сонирхол, сонголтыг багтаасан халамжийн эсвэл дэмжлэгийн төлөвлөгөө боловсруулахад танд туслах;
- Жил бүр эсвэл таны нөхцөл байдал өөрчлөгдөх үед халамжийн эсвэл дэмжлэгийн төлөвлөгөөг шинэчлэхийн тулд танаас болон бусдаас мэдээлэл авах;
- Шаардлагатай мэдээллийг өгөхөд танд хангалттай хугацаа олгох;
- Халамжийн эсвэл дэмжлэгийн төлөвлөгөөтэй холбоотой асуудал гарах үед нь шийдвэрлэх;
- Таны эрхийг хүндэтгэх, хэрэв та сэтгэц, мэдрэл, мэдрэхүй эсвэл бие бялдрын бэрхшээлтэй бол, үйлчилгээ авахад нэмэлт тусламж үзүүлэх; мөн
- Хэрэв та шаардлага хангасан үйлчилгээ үзүүлэгч олж чадахгүй бол, олоход тань туслах.

Barcode label

16172

ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН НЭР	ACES ID ДУГААР

Урьдчилсан Захирамж

Та урьдчилсан захирамж гаргах эрхтэй. Урьдчилсан захирамжид таны эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний гэрээслэл эсвэл урт хугацааны хүчинтэй итгэмжлэл багтаж болно. Урьдчилсан захирамж нь таныг шийдвэр гаргах сэтгэцийн чадваргүй болох үед эмнэлгийн, сэтгэцийн эрүүл мэндийн эсвэл мэс заслын эмчилгээг зөвшөөрөх, татгалзах эрхийг оролцуулан эмнэлгийн ба/эсвэл сэтгэцийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний талаарх таны хүсэлтийг нэгтгэдэг. Та урьдчилсан захирамжаа хэдийд ч цуцалж болно.

Сонгогчийн Бүртгэлийн Үйлчилгээ

1993 оны Үндэсний Сонгогчийн Бүртгэлийн тухай хуулиар бүх мужийг нийгмийн халамжийн албан байгууллагуудаараа дамжуулан сонгогчийн бүртгэлийн туслалцаа үзүүлэхийг шаарддаг болсон байна. Сонгуульд санал өгөхөөр бүртгүүлэх эсвэл бүртгүүлэхээс татгалзах нь тус байгууллагаас танд үзүүлэх үйлчилгээ, тэтгэмжийн хэмжээнд нөлөөлөхгүй. Хэрэв та сонгогчийн бүртгэлийн маягтыг бөглөхөд тусламж хүсвэл бид танд туслах болно. Бүртгүүлэх эсвэл бүртгүүлэхээс татгалзах таны шийдвэр нууц байх бөгөөд зөвхөн сонгогчийн бүртгэлийн зорилгоор ашиглагдана. Хэрэв хэн нэгэн таны санал өгөхөөр бүртгүүлэх эсвэл бүртгүүлэхээс татгалзах эрх, бүртгүүлэх эсэхээ шийдэх ба бүртгүүлэх хүсэлт гаргах үеийн хувийн нууцын эрх, эсвэл өөрийн улс төрийн нам, улс төрийн бусад сонголтоо хийх эрхэд халдсан гэж үзвэл, та дараах хаягаар гомдол гаргаж болно:

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

Таны Гарын Үсэг

Хэрэв та өөрийн эрх, үүрэг хариуцлагаа ойлгож, мөн хэрэг хариуцсан ажилтны үүрэг хариуцлагыг ойлгож байвал гарын үсэг зурна уу.

Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг	Огноо
Хууль ёсны төлөөлөгчийн гарын үсэг	Огноо

Үйлчлүүлэгчид ба ажилтнуудад зориулсан мэдэгдэл (VI болон VII бүлэг) Washington Мужийн Нийгэм, Эрүүл Мэндийн Үйлчилгээний Газар нь тэгш боломж олгодог ажил олгогч бөгөөд нас, хүйс, бэлгийн чиг баримжаа, хүйсийн баримжаа/илэрхийлэл, гэрлэлтийн байдал, арьс өнгө, итгэл үнэмшил, өнгө, үндэс угсаа, шашин шүтлэг, улс төрийн үзэл бодол, цэргийн алба хаасан байдал, нэр төртэй халагдсан ахмад дайчин, Vietnam дайны үеийн, саяхан халагдсан эсвэл бусад хамгаалагдсан ахмад дайчны статус, мэдрэхүй, сэтгэц, бие бялдрын хөгжлийн бэрхшээлтэй байдал, эсвэл хөгжлийн бэрхшээлтэй хүн тусгай сургуулилттай хөтөч нохой эсвэл туслагч амьтан ашиглах, тэгш цалин хөлс эсвэл удамшлын мэдээлэл зэрэгт үндэслэн, хөдөлмөр эрхлэлтийн аливаа талбар, хөтөлбөр, үйлчилгээндээ ялгаварлан гадуурхах байдал гаргадаггүй.

Barcode label

16172

Гэрийн болон олон нийтийн орчинд амьдрах захиргаа болон Хөгжлийн бэрхшээлийн захиргаанаас үзүүлж буй үйлчилгээг авах үед таны эрх, үүрэг

Кейсийн ажилтны зааварчилгаа

1. Үйлчлүүлэгчийн эрх, үүрэг хариуцлагын талаарх аливаа асуултад хариулахын тулд маягтыг үйлчлүүлэгчтэй хамт хянан үзнэ. Анхны CARE үнэлгээ хийх үед үйлчлүүлэгчтэй хамт хянан үзэх (хэрэв маягтад гарын үсэг зураагүй бол Significant Change/Annual үнэлгээний үед); Маягтын шинэчилсэн хувилбар гарсан бол үйлчлүүлэгчээр шинэчилсэн маягтад гарын үсэг зуруулна. Кейс ажилтны танилцуулж, үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг зурсан үйлчлүүлэгчийн эрх, үүргийн хамгийн сүүлийн үеийн маягт нь өмнө нь гарын үсэг зурсан маягтуудыг хүчингүй болгож, орлоно.
2. Үйлчлүүлэгч эсхүл түүний төлөөлөгчөөр маягтын хоёр хувь дээр гарын үсэг зуруулж, Гэрийн болон олон нийтийн орчинд амьдрах захиргаа болон Хөгжлийн бэрхшээлийн захиргаанаас үзүүлж буй үйлчилгээг авахтай холбоотой үйлчлүүлэгчийн эрх, үүргийг ойлгож байгааг нь баталгаажуулна.
3. Нэг хувийг үйлчлүүлэгчийн цахим кейсийн бүртгэлд хадгалж, нөгөө хувийг үйлчлүүлэгчид өгнө.