| د موکل نوم | ایسیز پیژندشمېره |
|---|---|

# د کور او ټولنې اړوند د ژوند اداري (Home and Community Living Administration) او د معلولیتونو پرمختیایي اداري (Developmental Disabilities Administration) لخوا وړاندې کېدونکو خدمتونو د ترلاسه کولو پرمهال ستاسو حقونه او مسولیتونه

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

### شته خدمتونه

تاسو حق لرئ چې له هغو خدمتونو څخه (خدمتونه) غوره کړئ چې تاسو يې د ترلاسه کولو وړتيا لرئ. خدمتونه په خپله خوښه وړاندې کېږي. ښايي هغه خدمتونه چې د کور او ټولنې اړوند د ژوند اداره (Home and Community Living Administration) او د معلولیتونو پرمختیایي اداره (Developmental Disabilities Administration) يې لګښت ورکوي، ستاسو د ټولو اړتياوو په پوره کولو کې مرسته ونه کړي.

HCLA او DDA په لاندې برخو کې خدمتونه وړاندې کوي.

- د لويانو جواز لرونکی کور، د مرستندويه ژوند کولو مرکز، د پياوړو خدمتونو مرکز، د نرسنګ مرکز، ICF/IDs، د ملګرتيا کور، د ماشومانو د پالنې کور، د جواز لرونکو کارمندانو لخوا اداره کېدونکی د ماشومانو استوګنيز کور؛ د DDA ډله ييز کورونو، د ډله ييزې روزنې په کورونو کې؛ يا
- د يو کس خپل کور. **يادونه:** HCLA او DDA د يو کس په خپل کور کې 24 ساعته/ورځ د شخصي پاملرنې تاديه شوي خدمتونه نه وړاندې کوي. که د 24 ساعتونو پاملرنې اړتيا وي، نو د خدمتونو نور انتخابونه هم په پام کې نيول کېدای شي.

ستاسو د زيات عمر لرونکو کسانو د چارو سيمه ييزې اداري د قضيي مدير، د DDA قضيي د سرچينو مدير، د نرسنګ د پاملرنې مشاور، د پاملرنې مشاور، د کور او ټولنې پرښتې (وړاندې کېدونکو) خدمتونو د ټولنيزو چارو متخصص، يا د HCS د نرسنګ مرکز د قضيي مدير په دې سند کې د **قضيي کارکوونکي** په نوم ياد شوی دی.

### ستاسو حقونه

تاسو د لاندې شيانو حق لرئ:

- بايد تاسو سره له وقار، درناوي او له هر ډول تبعيض پرته چلند ترسره شي؛
- ستاسو له شتمنۍ سره په درناوي چلند ترسره شي؛
- د خپلې پاملرنې د پلان جوړولو په برخه کې خپل د قضيي کارکوونکي سره په ګډه کار ترسره کړئ؛
- که چېرې تاسو په بله توګه په انګليسي ژبه خبرې نه شئ کولئ يا پرې نه پوهيږئ نو بايد تاسو ته د ژباړونکي خدمتونه په وړيا توګه وړاندې شي؛
- بايد ستاسو په اړه معلومات د قوانينو او د DSHS د مقرراتو په حدودو کې محرم وساتل شي؛
- بايد د پوښتنو ځوابولو يا هغه څه ترسره کولو ته اړ نه شئ چې تاسو يې ترسره کول نه غواړئ؛
- د ټولو هغو خدمتونو په اړه معلومات ترلاسه کړئ چې تاسو يې ترلاسه کولی شئ او د هغو خدمتونو په اړه خپل انتخابونه ترسره کړئ چې تاسو يې ترلاسه کول غواړئ يا نه؛
- د اداري د پربېکړو په اړه په ليکلي بڼه معلومات ترلاسه کړئ او خپل د پاملرنې پلان يا د ملاتړ پلان د لنډيز يو نقل ترلاسه کړئ؛
- ټول خدمتونه رد کړئ؛
- يو وړ خدمت وړاندې کوونکی غوره کړئ، له دندې يې ګوښه کړئ يا يې بدل کړئ؛
- د هر هغه انفرادي خدمت وړاندې کوونکي د سابقې د کتنې پايلې ترلاسه کړئ چې تاسو يې غوره کوئ؛
- که چېرې تاسو او ستاسو د قضيي کارکوونکی سره موافق نه ياست نو له يو سرپرست سره خبرې وکړئ؛
- د خپلې پاملرنې د پلان جوړونې پروسې، د پاملرنې پلان، خدمتونو، يا هر هغه څه په اړه چې تاسو ورڅخه د خپل کور او ټولنې پربنسټ چاپېريال کې ناخوښ ياست د دولت يا چمتو کوونکي د فعاليت په اړه هر وخت شکايت يا انديښنه ثبت کړئ. تاسو حق لرئ چې د غچ اخيستنې (له وېرې) پرته شکايت ثبت کړئ. تاسو کولی شئ چې د شکايت يا انديښنې ثبتولو لپاره 1-800-737-0617 ته زنګ ووهئ، grievances@dshs.wa.gov, ته بريښنالیک واستوئ يا د DDA يا HCLA له کوم کارکوونکي څخه د شکايت د ثبتولو د څرنګوالي په اړه معلومات وغواړئ؛
- حتی که چېرې تاسو شکايت هم ثبت کړی وي نو د اداري اورېدنې غوښتنه ترسره کړئ؛
- حتی که تاسو د اداري اورېدنې غوښتنه هم کړې وي نو د زيان له وېرې پرته شکايت ترسره کړئ؛
- 1-888-201-1014 ته د زنګ وهنې له لارې له يو مدافع (وکيل) سره خبرې وکړئ؛ او
- له ناوړه چلند، غفلت، مالي استثمار يا پربښودل کېدو سره مخ نه شئ. د دې اصطلاحاتو د تشريح لپاره https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse ته مراجعه وکړئ. که چېرې له تاسو يا بل هغه چا سره چې تاسو يې پېژنئ ناوړه چلند ترسره شي، له پامه وغورځول شئ يا درڅخه ناوړه ګټه پورته شي نو مهرباني وکړئ DSHS ته وړيا په 1-866 (End Harm) / 1-866-363-4276 زنګ ووهئ، ترڅو له هغه کارکوونکي سره خبرې وکړئ چې ستاسو مرسته کولی شي.

Barcode label



16172

| د موکل نوم | ایسیز پیژندشمېره |
|---|---|

## ستاسو مسولیتونه

تاسو د لاندې شیانو مسؤلیتونه په غاړه لرئ:

- خپل د قضیې کارکوونکي ته فرصت ورکړئ چې ستاسو ارزونه لږترلږه په کال کې یو ځل په هغه موقعیت کې بشپړه کړي چې ستاسو لپاره مناسب وي؛
- خپل د قضیې کارکوونکي ته فرصت ورکړئ چې لږترلږه په کال کې یو ځل ستاسو د اوسېدو چاپېریال وګوري؛
- مورِ ته کافي معلومات وړاندې کړئ ترڅو ستاسو ارزونه بشپړه کړو او ستاسو د پاملرنې د پلان په تنظیمونه کې مرسته وکړو؛
- که چېرې بل څوک ستاسو په استازیتوب طبي یا مالي پرېکړې ترسره کړي نو خپل د قضیې کارکوونکي ته خبر ورکړئ؛
- خپل د پاملرنې یا ملاتړ د پلان په جوړونه کې ګډون وکړئ او لاسلیک یې کړئ؛
- خپل د قضیې کارکوونکي ته په وخت ځواب ورکړئ او اړیکه ورسره ونیسئ؛
- خپله روغتیایي پاملرنه پخپله غوره کړئ؛
- یو وړ وړاندې کوونکی غوره کړئ؛
- د وړاندې کوونکي د سابقې کتنې محرمې وساتئ؛
- پوه شئ چې ستاسو خدمت وړاندې کوونکي ته د هغو خدمتونو یا ساعتونو تادیه نه شي کېدای چې اجازه یې نه وي شوي؛
- که چېرې تاسو له خپل وړاندې کوونکي سره ستونزې لرئ یا تاسو د خپل وړاندې کوونکي لخوا ادعا شوي ساعتونه نه ترلاسه کوئ نو خپل د قضیې کار کوونکي ته خبر ورکړئ؛
- که چېرې تاسو د خپلې پاملرنې په تادیه کې مرسته کوئ نو خپل د خدمت وړاندې کوونکي ته هره میاشت پیسې ورکړئ؛
- یو خوندي کاري چاپېریال برابر کړئ؛
- په داسې ډول عمل ترسره نه کړئ چې ځوک له خطر سره مخ کړئ؛
- که چېرې تاسو خپل د شخصي پاملرنې خدمت له وړاندې کوونکي سره د Washington ایالت ځخه بهر سفر کوئ نو د وتلو ځخه مخکې خپل د قضیې کارکوونکي ته خبر ورکړئ او
- خپل د قضیې کارکوونکي ته خبر ورکړئ که چېرې په لاندې برخو کې کوم بدلون رامنځته شي:
  - ✓ ستاسو په طبي حالت کې؛
  - ✓ په هغه مرسته کې چې تاسو یې له کورنۍ، ملګرو یا نورو ادارو ځخه ترلاسه کوئ؛
  - ✓ ستاسو په مالي حالت کې؛
  - ✓ هغه ځای چې تاسو په کې خپله پاملرنه ترلاسه کوئ؛
  - ✓ په Washington ایالت کې ستاسو د اوسېدو ځای یا
  - ✓ ستاسو د استوګنې وضعیت – تاسو د کډه کولو پلان لرئ یا اوس د Washington ایالت ځخه بهر اوسېږئ.

## د قضیې د کارکوونکي مسولیتونه

ستاسو د قضیې کارکوونکی د لاندې کارونو مسولیت لري:

- له تاسو سره په وقار او درناوي چلند وکړي؛
- ستاسو محرمیت وساتي؛
- تاسو ته ووایي چې HCLA او DDA ستاسو لپاره ځه کولی شي او ځه نه شي کولی؛
- له تاسو او نورو کسانو ځخه معلومات ترلاسه کړي ترڅو ارزونه ترسره کړي، ستاسو د مرستې کچه وټاکي او پرېکړه وکړي چې تاسو یې له کومو خدمتونو ځخه غوره کولی شئ؛
  - ✓ په ارزونه کې به ستاسو وړتیاوې، محدودیتونه، موخې او غوره توبونه شامل وي؛
  - ✓ په ارزونه کې به هغه مرسته شامله وي چې تاسو یې له خپلې کورنۍ یا نورو ادارو ځخه دمخه ترلاسه کوئ یا یې ترلاسه کولی شئ او همدارنګه د خدمتونو ترسره کولو په برخه کې به ستاسو د غوښتنې ځرنګوالی هم شامل وي؛
- له تاسو سره د پاملرنې یا ملاتړ د داسې پلان په جوړولو کې مرسته وکړي چې د شخصي پاملرنې مرسته په کې په پام کې ونیسي او ستاسو شخصي موخې، غوره توبونه او انتخابونه پکې شامل وي؛
- له تاسو او نورو کسانو ځخه معلومات ترلاسه کړي ترڅو هر کال یا کله چې ستاسو په حالت کې بدلون راشي ستاسو د پاملرنې یا ملاتړ پلان اوسمهاله کړي؛
- تاسو ته کافي وخت درکړي ترڅو اړین معلومات وړاندې کړئ؛
- ستاسو د پاملرنې یا ملاتړ په پلان کې شتون لرونکي ستونزې د رامنځته کېدو پرمهال حل کړي؛
- ستاسو حقونو ته درناوی وکړي او که تاسو ذهني، عصبي، حسي یا فزیکي معلولیت لرئ نو خدمتونو ته د لاسرسي په برخه کې لا زیاته مرسته درسره وکړي او
- که چېرې تاسو ونه شئ کولی چې یو وړ خدمت وړاندې کوونکی پیدا کړئ نو له تاسو سره د داسې خدمت وړاندې کوونکي په موندلو کې مرسته وکړي.



Barcode label

16172

| | |
|---|---|
| د موکل نوم | ایسیز پېژندشمېره |

## مخکینۍ لارښوونې

تاسو حق لرئ چې مخکینۍ لارښوونې ولرئ. بنايي مخکینۍ لارښوونې د ژوند د پای وصیت یا ستاسو د روغتیايي پاملرنې لپاره د دوامدار وکالت وکالتنامه شامله کړي. مخکینۍ لارښوونې ستاسو د طبي او/یا رواني روغتیا د پاملرنې په اړه ستاسو غوښتنې لنډیز کوي، په دې کې دا حق هم شامل دی چې کله تاسو د دغو پرېکړو ترسره کولو لپاره ذهني وړتیا ونه لرئ نو طبي، رواني روغتیايي یا جراحي درملنه ومنئ یا يې رد کړئ. تاسو کولی شئ خپلې مخکینۍ لارښوونې هر وخت لغوه کړئ.

## د رایه ورکوونکي د نوم لیکنې خدمت

د 1993 کال د رایه ورکوونکو د نوم لیکنې ملي قانون له ټولو ایالتونو څخه غواړي چې د خپلو عامه مرستو د دفترونو له لارې د رایه ورکوونکو د نوم لیکنې په برخه کې مرسته وړاندې کړي. د رایه ورکوونکي په توګه د نوم لیکنې لپاره غوښتنه کول یا له نوم لیکنې څخه ډډه کول به د دې اداري لخوا تاسو ته د وړاندې کېدونکو خدمتونو یا ګټو په اندازه هېڅ اغېز ونه کړي. که چېرې تاسو د رایه ورکوونکي د نوم لیکنې د فورمې په ډکولو کې مرسته غواړئ نو موږ به درسره مرسته وکړو. ستاسو د نوم لیکنې یا له نوم لیکنې څخه د ډډه کولو پرېکړه به محرمه وساتل شي او یوازې به د رایه ورکوونکو د نوم لیکنې د موخو لپاره وکارول شي. که چېرې تاسو باور لرئ چې یو چا ستاسو د رایه ورکوونکي په توګه د نوم لیکنې یا له نوم لیکنې څخه د ډډه کولو په حق کې، د نوم لیکنې یا د رایه ورکوونکي په توګه د نوم لیکنې د غوښتنلیک پرمهال ستاسو د محرمیت په حق کې یا ستاسو د خپل سیاسي ګوند یا بل سیاسي غوره توب د ټاکلو په حق کې لاسوهنه کړې ده نو تاسو کولی شئ لاندې اداري ته شکایت ثبت کړئ:

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

## ستاسو لاسلیک

که چېرې تاسو د خپلو حقونو او مسولیتونو او خپل د قضیې د کارکوونکي په مسولیتونو پوهیږئ نو لاندې لاسلیک وکړئ.

| | |
|---|---|
| د مراجع لاسلیک | نېټه |
| د قانوني استازي لاسلیک | نېټه |

د مراجعینو او کارکوونکو لپاره خبرتیا (سرلیک VI او VII): د واشنګټن ایالت د ټولنیزو او روغتیايي خدمتونو اداره ( Washington State Department of Social and Health Services) د مساوي فرصتونو چمتو کوونکي کار ګمارونکي ده او د استخدام په هېڅ برخه، خپلو برنامو یا خدمتونو کې د عمر، جنس، جنسي تمایل، جنسیت، جنسیتي هویت/اظهار، مدني حالت، نژاد، عقیدې، رنګ، ملي اصل، مذهب یا باورونو، سیاسي تړاو، پوځي وضعیت، په عزت سره رخصت شوي پخواني پوځي غړي، د ویتنام د جګړې د دورې پخواني پوځي غړي، په دې وروستیو کې له پوځ څخه جلا شوي پخواني پوځي غړي یا د قانون له مخې د خوندي شوي بل پخواني پوځي غړي د وضعیت، د هر ډول حسي، ذهني یا فزیکي معلولیت د شتون یا د معلولیت لرونکي شخص لخوا د روزل شوي لارښود سپي یا خدمتي حیوان د کارولو، د برابر معاش یا جینیاتي معلوماتو پر بنسټ تبعیض نه ترسره کوي.



Barcode label

16172

**د کور او ټولنې اړوند د ژوند اداري (Home and Community Living Administration) او د معلولیتونو پرمختیایي اداري (Developmental Disabilities Administration) لخوا وړاندې کېدونکو خدمتونو د ترلاسه کولو پرمهال ستاسو حقونه او مسولیتونه**

<u>د قضیې کارکوونکي لارښوونې</u>

1. مراجع سره د فورمې بیاکتنه ترسره کړئ ترڅو د مراجع د حقونو او مسولیتونو په اړه د هغه هرې پوښتنې ته ځواب ورکړئ. د CARE لومړنۍ ارزونې پرمهال له مراجع سره بیاکتنه وکړئ (یا د پام وړ بدلون/کلنۍ ارزونې پرمهال که چیرې فورمه لاسلیک شوې نه وي). که چیرې د فورمې نوې شوې نسخه موجوده وي نو له مراجع څخه وغواړئ چې اوسمهاله شوې فورمه لاسلیک کړي. د مراجع د حقونو او مسولیتونو هغه ترټولو وروستۍ فورمه چې د قضیې د کارکوونکي لخوا وړاندې شوې او د مراجع لخوا لاسلیک شوې وي، دمخه لاسلیک شوې فورمې له منځه وړي.
2. له مراجع یا د مراجع له استازي څخه وغواړئ چې د فورمې دوه نقلونه لاسلیک کړي ترڅو دا څرګنده شي چې هغوی د کور او ټولنې اړوند د ژوند اداري (Home and Community Living Administration) او د معلولیتونو پرمختیایي اداري (Developmental Disabilities Administration) لخوا د وړاندې کېدونکو خدمتونو د ترلاسه کولو پرمهال د مراجع پر حقونو او مسولیتونو پوه شوي دي.
3. یو نقل د مراجع په برېښنایي دوسیه کې ثبت کړئ او بل نقل مراجع ته ورکړئ.