نام مراجع	شماره شناسایی ACES

حقوق و مسئولیت‌های شما هنگام دریافت خدمات ارائه‌شده توسط اداره زندگی در خانه و جامعه و اداره معلولیت‌های رشدی

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

خدمات موجود

شما حق دارید از میان خدماتی که واجد شرایط دریافت آن‌ها هستید، خدمات مورد نظر خود را انتخاب کنید. خدمات اختیاری و داوطلبانه هستند. خدماتی که اداره زندگی در خانه و جامعه (Home and Community Living Administration) و اداره معلولیت‌های رشدی (Developmental Disabilities Administration) هزینه آن‌ها را پوشش می‌دهند، ممکن است پاسخگوی تمام نیازهای شما نباشد.

HCLA و DDA خدمات خود را در این مکان‌ها ارائه می‌دهند:

- خانه بزرگسالان، مرکز زندگی تحت حمایت، مرکز خدمات پیشرفته، مرکز پرستاری، ICF/ID، خانه همراه، خانه سرپرستی کودکان، مرکز اقامتی دارای پروانه و کارکنان برای کودکان؛ خانه‌های گروهی DDA، خانه‌های آموزشی گروهی؛ یا
- خانه و محل سکونت شخصی فرد. **توجه:** HCLA و DDA خدمات مراقبت شخصی 24 ساعته در شبانه‌روز با پوشش هزینه را در منزل شخصی فرد ارائه نمی‌دهند. در صورت نیاز یا تمایل به مراقبت 24 ساعته، می‌توان گزینه‌های دیگر خدماتی را بررسی کرد.

مدیر پرونده آژانس منطقه‌ای سالمندی، مدیر منابع پرونده DDA، مشاور مراقبت پرستاری، مشاور مراقبت، متخصص خدمات اجتماعی خدمات منزل و جامعه، یا مدیر پرونده مرکز پرستاری HCS در این متن با عنوان **کارشناس پرونده** نامیده می‌شود.

حقوق شما

شما از این حقوق برخوردارید:

- با شما با عزت، احترام و بدون هرگونه تبعیض رفتار شود؛
- به اموال و وسایل شخصی شما با احترام نگریسته و با آنها برخورد شود؛
- در برنامه‌ریزی مراقبت‌های خود با کارشناس پرونده‌تان همکاری و مشارکت داشته باشید؛
- در صورتی که زبان انگلیسی را به خوبی صحبت نمی‌کنید یا متوجه نمی‌شوید، خدمات مترجم شفاهی به‌صورت رایگان در اختیارتان قرار گیرد؛
- اطلاعات مربوط به شما در چارچوب قوانین و مقررات DSHS محرمانه نگهداری شود؛
- مجبور به پاسخگویی به سؤالات یا انجام کارهایی که مایل به انجام آن‌ها نیستید، نشوید؛
- از تمامی خدماتی که می‌توانید دریافت کنید مطلع شوید و درباره خدماتی که مایل به دریافت آن‌ها هستید یا نیستید، تصمیم‌گیری و انتخاب کنید؛
- از تصمیمات سازمان به‌صورت کتبی مطلع شوید و یک نسخه از برنامه مراقبتی یا خلاصه برنامه حمایتی خود را دریافت کنید؛
- از دریافت کلیه خدمات انصراف دهید یا آن‌ها را رد کنید؛
- ارائه‌دهنده خدمات واجد شرایط را انتخاب کنید، با او قطع همکاری یا او را تغییر دهید؛
- نتایج بررسی پیشینه هر ارائه‌دهنده خدمات فردی را که انتخاب می‌کنید، دریافت کنید؛
- در صورتی که با کارشناس پرونده خود به توافق نرسیدید، با سرپرست مافوق او گفتگو کنید؛
- در هر زمان، درباره عملکرد ایالت یا ارائه‌دهنده خدمات در فرایند برنامه‌ریزی مراقبت، برنامه مراقبتی، خدمات دریافتی یا هر موردی که در محیط خانه و جامعه از آن ناراضی هستید، شکایت یا نگرانی خود را ثبت کنید. شما این حق را دارید که بدون ترس از هرگونه اقدام تلافی‌جویانه، شکایت خود را ثبت کنید. شما می‌توانید با تماس تلفنی با 1-800-737-0617، ارسال ایمیل به grievances@dshs.wa.gov, یا درخواست اطلاعات درباره نحوه ثبت شکایت از هر یک از کارکنان DDA یا HCLA، شکایت یا نگرانی خود را ثبت کنید؛
- حتی در صورت ثبت شکایت نیز درخواست برگزاری جلسه رسیدگی اداری کنید؛
- حتی در صورتی که درخواست جلسه رسیدگی اداری داده‌اید، بدون هیچ‌گونه ترسی از آسیب یا پیامد منفی، شکایت خود را مطرح نمایید؛
- از طریق تماس تلفنی با 1-888-201-1014 با یک حامی حقوقی گفتگو کنید؛ و
- مورد سوءاستفاده و آزار، غفلت و بی‌توجهی، بهره‌کشی مالی یا رهاشدگی قرار نگیرید. برای مشاهده توضیحات و تعاریف این اصطلاحات، به نشانی زیر مراجعه فرمایید: https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse. اگر شما یا فردی که می‌شناسید مورد آزار، غفلت یا بهره‌کشی قرار گرفته است، لطفاً با شماره رایگان DSHS در / 1-866 (End Harm) 1-866-363-4276 تماس بگیرید تا با کارشناسی که می‌تواند به شما کمک کند گفتگو کنید.

Barcode label

16172

نام مراجع	شماره شناسایی ACES

وظایف شما

شما این مسئولیت را بر عهده دارید که:

- اجازه دهید کارشناس پرونده حداقل سالی یک‌بار ارزیابی شما را در مکانی مناسب و راحت برای شما تکمیل کند؛
- اجازه دهید کارشناس پرونده حداقل سالی یک‌بار از محیط زندگی شما بازدید و مشاهده نماید؛
- اطلاعات کافی برای تکمیل ارزیابی و کمک به هماهنگی برنامه مراقبتی خود را در اختیار ما بگذارید؛
- چنانچه فرد دیگری تصمیمات پزشکی یا مالی شما را اتخاذ می کند، مراتب را به کارشناس پرونده خود اطلاع دهید؛
- در تدوین برنامه مراقبتی یا حمایتی خود مشارکت کرده و آن را امضا کنید؛
- به‌موقع پاسخگو بوده و با کارشناس پرونده خود ارتباط برقرار نمایید؛
- خدمات و مراقبت‌های بهداشتی-درمانی مد نظر خود را انتخاب کنید؛
- ارائه‌دهنده خدمات واجد شرایط را انتخاب کنید؛
- نتایج بررسی پیشینه و سوابق ارائه‌دهنده خدمات را محرمانه نگه دارید؛
- توجه داشته باشید که ارائه‌دهنده خدمات شما نمی‌تواند بابت خدمات یا ساعات کاری تأییدنشده، دستمزدی دریافت کند؛
- چنانچه با ارائه‌دهنده خدمات خود دچار مشکل شدید یا ساعات مراقبت اعلام‌شده توسط ارائه‌دهنده به شما ارائه نمی‌شود، به کارشناس پرونده خود اطلاع دهید؛
- در صورتی که در پرداخت بخشی از هزینه‌های مراقبت خود مشارکت دارید، سهم خود را ماهانه به ارائه‌دهنده خدمات بپردازید؛
- محیط کاری امنی را فراهم آورید؛
- به شیوه‌ای رفتار نکنید که هیچ فردی در معرض خطر قرار گیرد؛
- چنانچه به همراه ارائه‌دهنده مراقبت شخصی خود به خارج از ایالت واشنگتن سفر می‌کنید، پیش از عزیمت به کارشناس پرونده خود اطلاع دهید؛ و
- در صورت بروز هرگونه تغییر در موارد زیر، کارشناس پرونده خود را مطلع کنید:
  - ✓ وضعیت پزشکی خود؛
  - ✓ کمکی که از سوی خانواده، دوستان یا سایر نهادها و سازمان‌ها دریافت می‌کنید؛
  - ✓ وضعیت مالی شما؛
  - ✓ محلی که مراقبت‌های خود را در آن دریافت می‌کنید؛
  - ✓ محل زندگی شما در ایالت واشنگتن؛ یا
  - ✓ وضعیت اقامت شما – قصد جابجایی و نقل‌مکان دارید یا در حال حاضر در خارج از ایالت واشنگتن زندگی می کنید.

مسئولیت‌های کارشناس پرونده

کارشناس پرونده شما موظف و مسئول است که:

- با شما با عزت و احترام رفتار کند؛
- حریم خصوصی و محرمانگی اطلاعات شما را حفظ نماید؛
- به شما توضیح دهد که HCLA و DDA چه خدماتی را می توانند یا نمی‌توانند برای شما انجام دهند؛
- اطلاعات لازم را از شما و دیگران دریافت کند تا با انجام ارزیابی، میزان نیاز به کمک و گزینه‌های خدماتی قابل انتخاب شما را مشخص نماید؛
  - ✓ این ارزیابی دربرگیرنده توانمندی‌ها، محدودیت‌ها، اهداف و اولویت‌ها و ترجیحات شما خواهد بود؛
  - ✓ این ارزیابی شامل کمک‌هایی که در حال حاضر دریافت می‌کنید یا می‌توانید از خانواده یا سایر سازمان‌ها دریافت کنید، و همچنین نحوه ترجیحی شما برای اجرای خدمات خواهد بود؛
- به شما در تنظیم برنامه مراقبتی یا حمایتی که به کمک در مراقبت شخصی می‌پردازد و اهداف، ترجیحات و انتخاب‌های فردی شما را شامل می‌شود، کمک کند؛
- برای به‌روزرسانی برنامه مراقبتی یا حمایتی شما در هر سال یا در صورت تغییر در وضعیت شما، اطلاعات لازم را از شما و دیگران دریافت کند؛
- به شما فرصت و زمان کافی برای ارائه اطلاعات مورد نیاز بدهد؛
- در صورت بروز هرگونه مشکل در برنامه مراقبتی یا حمایتی، فوراً به آن‌ها رسیدگی کند؛
- به حقوق شما احترام بگذارد و در صورتی که دچار اختلالات یا محدودیت‌های ذهنی، عصبی، حسی یا جسمی هستید، برای دسترسی به خدمات کمک‌های بیشتری ارائه نماید؛ و
- چنانچه موفق به یافتن یک ارائه‌دهنده خدمات واجد شرایط نشدید، در پیدا کردن آن به شما کمک کند.

Barcode label

16172

نام مراجع	شماره شناسایی ACES

دستورالعمل اقدامات پزشکی

شما حق دارید دستورالعمل اقدامات پزشکی تهیه کنید. دستورالعمل اقدامات پزشکی می‌تواند شامل وصیت‌نامه زندگان یا وکالت‌نامه پایدار در امور مراقبت‌های بهداشتی و درمانی باشد. دستورالعمل اقدامات پزشکی، خواسته‌های شما را در خصوص مراقبت‌های درمانی و/یا سلامت روان خلاصه می‌کند؛ از جمله حق پذیرش یا رد درمان‌های پزشکی، سلامت روان یا جراحی در زمان‌هایی که از توانایی ذهنی و هوشیاری لازم برای تصمیم‌گیری برخوردار نیستید. شما می‌توانید در هر زمانی دستورالعمل اقدامات پزشکی خود را لغو و باطل کنید.

خدمات ثبت‌نام رای‌دهندگان

قانون ملی ثبت‌نام رأی‌دهندگان مصوب سال 1993 تمام ایالت‌ها را موظف می‌کند که از طریق دفاتر امداد عمومی، خدمات ثبت‌نام رأی دهنده را ارائه دهند. درخواست برای ثبت‌نام و یا صرف‌نظر کردن از ثبت‌نام برای رای دادن خدمات و یا میزان مزایایی که از این سازمان دریافت کنید تحت‌الشعاع قرار نمی‌دهد. اگر تمایل دارید در پر کردن فرم ثبت نام رای دهندگان به شما کمک شود، ما به شما کمک خواهیم کرد. تصمیم شما مبنی بر ثبت‌نام یا عدم ثبت‌نام، کاملاً محرمانه باقی می‌ماند و صرفاً برای اهداف ثبت‌نام رأی‌دهندگان مورد استفاده قرار می‌گیرد. اگر معتقد هستید که کسی در حق ثبت‌نام یا عدم ثبت‌نام شما برای رأی‌دهی، حق محرمانگی تصمیم‌گیری در رابطه با ثبت‌نام یا درخواست ثبت‌نام برای رأی‌دهی یا حق شما برای انتخاب حزب خود یا ترجیحات سیاسی دیگر مداخله کرده است، می‌توانید شکایتی تنظیم کنید نزد:

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

امضای شما

در صورتی که حقوق و مسئولیت‌های خود و همچنین وظایف و مسئولیت‌های کارشناس پرونده خود را متوجه شده و درک کرده‌اید، لطفاً بخش زیر را امضا نمایید.

امضای خدمات گیرنده	تاریخ
امضای نماینده قانونی	تاریخ

اطلاعیه ویژه مراجعان و کارکنان (عناوین VI و VII): وزارت خدمات اجتماعی و بهداشتی ایالت واشنگتن کارفرمایی متعهد به فرصت های برابر است و در هیچ‌یک از حوزه‌های استخدامی، برنامه‌ها یا خدمات خود بر اساس سن، جنس، جهت‌گیری جنسی، جنسیت، هویت/بیان جنسیتی، وضعیت تأهل، نژاد، عقیده، رنگ پوست، ملیت و خاستگاه ملی، دین یا باورها، وابستگی سیاسی، وضعیت خدمت نظامی، کهنه‌سربازانی که با افتخار از خدمت مرخص شده‌اند، کهنه‌سربازان دوران ویتنام، کهنه‌سربازانی که اخیراً ترخیص‌شده‌اند یا سایر وضعیت‌های کهنه‌سربازان محافظت شده، وجود هرگونه معلولیت حسی، ذهنی، جسمی یا استفاده فرد دارای معلولیت از سگ راهنما یا حیوان خدماتی آموزش‌دیده، برابری دستمزد یا اطلاعات ژنتیکی تبعیض قائل نمی‌شود.

Barcode label

16172

حقوق و مسئولیت‌های شما هنگام دریافت خدمات ارائه‌شده توسط اداره زندگی در خانه و جامعه و اداره معلولیت‌های رشدی

دستورالعمل‌های کارشناس پرونده

1. فرم را همراه با خدمات‌گیرنده مرور نمایید تا به هرگونه پرسش در خصوص حقوق و مسئولیت‌های وی پاسخ داده شود. در زمان ارزیابی اولیه CARE (یا در صورت عدم امضای فرم، در زمان ارزیابی تغییر عمده/سالانه) فرم را با خدمات‌گیرنده مرور کنید. در صورتی که نسخه به‌روزشده‌ای از فرم موجود است، از خدمات‌گیرنده بخواهید که فرم جدید را امضا کند. جدیدترین فرم حقوق و مسئولیت‌های خدمات گیرنده که توسط کارشناس پرونده ارائه شده و به امضای خدمات‌گیرنده رسیده است، جایگزین فرم‌های امضاشده قبلی خواهد شد.
2. از خدمات‌گیرنده یا نماینده قانونی وی بخواهید دو نسخه از این فرم را امضا کنند تا نشان‌دهنده آگاهی و درک آن‌ها از حقوق و مسئولیت های خدمات‌گیرنده در زمان دریافت خدمات ارائه‌شده توسط اداره زندگی در خانه و جامعه و اداره معلولیت‌های رشدی باشد.
3. یک نسخه را در پرونده الکترونیکی خدمات‌گیرنده بایگانی کرده و نسخه دیگر را به خدمات‌گیرنده تحویل دهید.