Nazwa klienta	Numer ID ACES

Państwa prawa i obowiązki w związku z korzystaniem z usług oferowanych przez Administrację ds. Mieszkalnictwa Domowego i Środowiskowego (HCLA) oraz Administrację ds. Niepełnosprawności Rozwojowej (DDA)

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

Dostępne usługi

Przysługuje Państwu prawo do dokonania wyboru usług, do korzystania z których są Państwo uprawnieni. Korzystanie z usług ma charakter dobrowolny. Usługi, które mogą być opłacane przez Administrację ds. Mieszkalnictwa Domowego i Środowiskowego oraz Administrację ds. Niepełnosprawności Rozwojowej, niekoniecznie muszą Państwu pomóc w kwestii spełnienia wszystkich Państwa potrzeb.

Agencje HCLA oraz DDA oferują usługi świadczone w:

- Domach rodzinnym dla osób dorosłych, placówkach opiekuńczo-pielęgnacyjnych, ośrodkach usług rozszerzonych, placówkach oferujących specjalistyczną opiekę pielęgniarską, ICF/ID, domach seniora, domach dziecka, domach dziecka z licencjonowanym personelem; domach należących do DDA, domach szkoleń grupowych LUB
- We własnym domu pacjenta. **Uwaga:** HCLA i DDA nie świadczą całodobowych płatnych usług w zakresie opieki indywidualnej w domu pacjenta. W przypadku potrzeby uzyskania opieki całodobowej można rozważyć inne opcje usług.

Osoba pełniąca funkcję koordynatora ds. osób starszych w lokalnej agencji ds. osób starszych, koordynatora ds. zasobów w DDA, konsultanta ds. opieki pielęgniarskiej, konsultanta ds. opieki, specjalisty ds. usług socjalnych w zakresie opieki domowej i środowiskowej lub koordynatora ds. placówek opieki pielęgniarskiej w ramach HCS jest w niniejszym dokumencie określana mianem **pracownika socjalnego**.

Przysługujące Państwu prawa

Mają Państwo prawo do:

- Bycia traktowanym z godnością i szacunkiem, bez okazywania dyskryminacji;
- Traktowania Państwa własności z szacunkiem;
- Partnerskiej współpracy z Państwa pracownikiem socjalnym w zakresie planowania Państwa opieki;
- Korzystania z bezpłatnych usług tłumacza, jeżeli nie mówią Państwo po angielsku lub dobrze nie rozumieją Państwo tego języka;
- Zachowania przez DSHS w poufności informacji o Państwu w granicach określonych przez prawo oraz zasady DSHS;
- Unikania sytuacji, w której są Państwo zmuszani do udzielenia odpowiedzi na pytania lub robienia czegoś, czego Państwo nie chcą robić;
- Bycia informowanym o wszystkich usługach, z których mogą Państwo korzystać oraz dokonywania wyborów usług, z których Państwo chcą, bądź nie chcą korzystać;
- Uzyskania pisemnych informacji o decyzjach agencji oraz otrzymania kopii Państwa planu opieki lub podsumowania planu wsparcia;
- Odmowy wszystkich usług;
- Wyboru, zwolnienia lub zmiany kwalifikowanego dostawcy;
- Otrzymania wyników kontroli przeszłości każdego wybranego przez Państwa dostawcy;
- Rozmowy z kierownikiem w przypadku braku zgody pomiędzy Państwem a Państwa pracownikiem socjalnym;
- W każdej chwili mogą Państwo złożyć skargę lub zgłosić zastrzeżenie dotyczące działania władz stanowych lub usługodawcy w zakresie procesu planowania opieki, planu opieki, świadczonych usług lub jakiejkolwiek innej kwestii, z której nie są Państwo zadowoleni w ramach opieki domowej i środowiskowej. Mają Państwo prawo złożyć skargę bez obawy przed represjami. Skargę lub zgłoszenie można złożyć, dzwoniąc pod numer 1-800-737-0617, wysyłając wiadomość e-mail na adres grievances@dshs.wa.gov lub zwracając się do dowolnego pracownika DDA lub HCLA w celu uzyskania informacji na temat sposobu złożenia skargi;
- Żądania rozprawy administracyjnej, nawet jeżeli złożyli Państwo skargę;
- Złożenia skargi bez obaw, nawet jeżeli wnioskowali Państwo o rozprawę administracyjną;
- Rozmowy z adwokatem, dzwoniąc pod numer 1-888-201-1014 oraz
- Unikania maltretowania, zaniedbywania, wykorzystywania finansowego oraz porzucenia. Opis tych terminów dostępny jest na stronie:https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse. Jeżeli Państwo lub ktoś z Państwa znajomych jest maltretowany, zaniedbywany lub wykorzystywany, należy zadzwonić pod bezpłatny numer DSHS 1-866 (End Harm) /1-866-363-4276, aby porozmawiać z pracownikiem, który może udzielić Państwu pomocy;

Barcode label

16172

Nazwa klienta	Numer ID ACES

Państwa zobowiązania

Mają Państwo obowiązek:

- Zezwolić pracownikowi socjalnemu na uzupełnienie Państwa oceny przynajmniej raz w roku w dogodnym dla Państwa miejscu;
- Zezwolić pracownikowi socjalnemu na kontrolę Państwa warunków środowiskowych przynajmniej raz w roku;
- Przekazać nam wystarczająco informacji, abyśmy mogli przeprowadzić ocenę Państwa stanu zdrowia i pomóc w koordynacji planu opieki;
- Poinformować pracownika socjalnego o sytuacji, w której w Państwa imieniu decyzje w sprawach medycznych lub finansowych podejmuje inna osoba;
- Uczestniczyć w procesie opracowywania Państwa planu opieki lub wsparcia oraz złożyć pod nim podpis;
- Terminowo udzielać odpowiedzi i utrzymywać kontakt z osobą prowadzącą Państwa sprawę;
- Wybrać własny plan opieki zdrowotnej;
- Wybrać wykwalifikowanego dostawcę;
- Zachować dla siebie wyniki kontroli przeszłości dostawcy;
- Zrozumieć, że Państwa dostawca nie będzie mógł otrzymać wynagrodzenia za usługi lub godziny, które nie zostały autoryzowane;
- Poinformować pracownika socjalnego o sytuacji, w której mają Państwo problemy ze swoim dostawcą lub gdy nie wykorzystują Państwo ilości godzin wykazywanych przez Państwa dostawcę;
- Płacić co miesiąc swojemu dostawcy, jeżeli partycypują Państwo w kosztach opieki;
- Zapewnić bezpieczne miejsce pracy;
- Nie działać w sposób, który naraża innych na niebezpieczeństwo;
- Jeśli wybierają się Państwo poza Stan Waszyngton wraz ze swoim osobistym opiekunem, należy poinformować o tym swojego pracownika socjalnego przed wyjazdem; oraz
- Poinformować pracownika socjalnego, gdy zajdzie zmiana dotycząca:
  - ✓ Państwa stanu zdrowia;
  - ✓ Pomocy, którą Państwo otrzymują od swojej rodziny, przyjaciół lub innych agencji;
  - ✓ Państwa sytuacji finansowej;
  - ✓ Gdzie Państwo otrzymują opiekę;
  - ✓ Gdzie mieszkają Państwo w Stanie Waszyngton; lub
  - ✓ Państwa miejsca zamieszkania – czy planują Państwo przeprowadzkę lub obecnie mieszkają Państwo poza Stanem Waszyngton.

Obowiązki pracownika socjalnego

Państwa pracownik socjalny jest zobowiązany do:

- Traktowania Państwa z godnością i szacunkiem;
- Ochrony Państwa prywatności;
- Informowania Państwa o zakresie usług świadczonych przez HCLA i DDA;
- Uzyskania informacji od Państwa i innych osób w celu przeprowadzenia oceny określającej poziom potrzebnego Państwu wsparcia oraz podjęcia decyzji związanej z rodzajem usług, które mogą Państwo wybrać;
  - ✓ W ocenie uwzględnione zostaną Państwa mocne strony, ograniczenia, cele i preferencje;
  - ✓ Ocena będzie obejmować również pomoc, którą obecnie uzyskują Państwo lub mogą uzyskać od rodziny lub innych agencji oraz sposób, w jaki usługi mogą być zrealizowane;
- Pomocy w trakcie opracowywania planu opieki lub planu wsparcia, który dotyczy opieki osobistej oraz obejmuje Państwa osobiste cele, preferencje oraz wybory;
- Uzyskania informacji od Państwa i innych osób w celu aktualizacji Państwa planu opieki lub planu wsparcia w trybie rocznym lub w przypadku zmiany Państwa stanu zdrowia;
- Zapewnienia Państwu odpowiedniej ilości czasu w celu przekazania potrzebnych informacji;
- Rozwiązywania problemów dotyczących Państwa planu opieki lub planu wsparcia, kiedy tylko się pojawią;
- Poszanowania Państwa praw oraz zapewnienia Państwu pomocy w zakresie dostępu do usług w przypadku upośledzenia o charakterze umysłowym, neurologicznym, sensorycznym lub fizycznym; oraz
- Pomocy w znalezieniu wykwalifikowanego dostawcy, jeżeli nie będą Państwo w stanie znaleźć go we własnym zakresie.

Barcode label

16172

Nazwa klienta	Numer ID ACES

Dyspozycje pacjenta

Mają Państwo prawo do sporządzenia dyspozycji pacjenta. Dyspozycje pacjenta mogą obejmować oświadczenie dotyczące sztucznego podtrzymywania życia lub trwałego pełnomocnictwa w zakresie Państwa opieki zdrowotnej. Dyspozycje pacjenta stanowią podsumowanie jego życzeń związanych z opieką medyczną i/lub psychiatryczną, w tym prawo do akceptacji lub odmowy leczenia medycznego, psychiatrycznego lub chirurgicznego, kiedy pacjent nie jest psychicznie zdolny do podejmowania takich decyzji. Dyspozycje pacjenta można odwołać w dowolnym czasie.

Usługa rejestracji wyborców

Krajowa Ustawa Rejestracji Wyborców z 1993 roku wymaga, aby wszystkie stany zapewniły pomoc wyborcom w swoich biurach pomocy społecznej. Rejestracja na głosowanie lub odmowa rejestracji na głosowanie nie wpłynie na usługi lub ilość świadczeń, jakie Państwo uzyskali w tej agencji. Jeżeli wymagają Państwo pomocy przy wypełnieniu formularza rejestracji wyborcy, z chęcią udzielimy Państwu pomocy. Państwa decyzja o tym, czy się zarejestrować, czy odmówić rejestracji, zostanie zachowana w tajemnicy i wykorzystana tylko do procesu rejestracji. Jeżeli uważają Państwo, że ktoś ingerował w Państwo prawo do rejestracji lub odmówienia rejestracji na głosowanie, Państwo prawo do zachowania prywatności w podjęciu decyzji lub złożeniu wniosku o rejestracji na wybory, lub Państwa prawo do wyboru własnej partii politycznej lub upodobania politycznego, mogą Państwo złożyć skargę w:

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

Podpis pacjenta

Proszę złożyć podpis poniżej, jeżeli rozumieją Państwo swoje prawa i obowiązki, jak i obowiązki Państwa pracownika socjalnego.

Podpis klienta	Data
Podpis przedstawiciela prawnego	Data

Zawiadomienie dla klientów i pracowników (Rozdział VI i VII) Departament Usług Socjalnych i Zdrowotnych Stanu Waszyngton jest pracodawcą równych szans i nie dyskryminuje w żadnym obszarze zatrudnienia, swoich programów lub usług ze względu na wiek, płeć, orientację seksualną, płeć, tożsamość płciową/ekspresję płciową, stan cywilny, rasę, wyznanie, kolor skóry, narodowość, kolor skóry, religię lub przekonania, przynależność polityczną, status wojskowy, honorowo zwolnionego weterana, weterana ery wietnamskiej, niedawno odseparowanego lub inny chroniony status weterana, obecność jakiejkolwiek niepełnosprawności sensorycznej, umysłowej, fizycznej lub korzystanie z wyszkolonego psa przewodnika lub zwierzęcia służbowego przez osobę niepełnosprawną, równość wynagrodzeń lub informacje genetyczne.

Barcode label

16172

Państwa prawa i obowiązki w związku z korzystaniem z usług oferowanych przez Administrację ds. Mieszkalnictwa Domowego i Środowiskowego (Home and Community Living Administration; HCLA) oraz Administrację ds. Niepełnosprawności Rozwojowej (Developmental Disabilities Administration; DDA)

Instrukcje dla pracownika socjalnego

1. Formularz należy przejrzeć wraz z klientem, aby odpowiedzieć na wszelkie pytania dotyczące jego praw i obowiązków. Należy omówić to z klientem podczas wstępnej oceny CARE (lub podczas oceny rocznej „Znacząca zmiana", jeśli formularz nie został podpisany). Jeśli dostępna jest zaktualizowana wersja formularza, należy poprosić klienta o podpisanie tej zaktualizowanej wersji. Najnowszy formularz dotyczący praw i obowiązków klienta, przedstawiony przez pracownika socjalnego i podpisany przez klienta, zastępuje formularze podpisane wcześniej.
2. Dwie kopie formularza muszą zostać podpisane przez klienta lub przedstawiciela klienta w celu wskazania jego zrozumienia własnych praw i obowiązków w trakcie korzystania z usług świadczonych przez agencje HCLA i DDA.
3. Jedną kopię należy umieścić w elektronicznej dokumentacji sprawy klienta, a drugą kopię przekazać klientowi.