ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ACES

Ваши права и обязанности при получении услуг, предлагаемых Администрацией по оказанию услуг на дому и в сообществе и Администрацией по вопросам инвалидности вследствие нарушений развития

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

Предоставляемые услуги

У вас есть право выбрать определенный вид услуг из тех, на которые вы можете претендовать. Вы можете воспользоваться услугами в добровольном порядке. Услуги, которые могут быть оплачены Администрацией по оказанию услуг на дому и в сообществе (Home and Community Living Administration) и Администрацией по вопросам инвалидности вследствие нарушений развития (Developmental Disabilities Administration, DDA) не обязательно будут отвечать всем вашим потребностям.

HCLA и DDA предоставляют услуги в следующих учреждениях:

- Домах семейного типа для взрослых (Adult Family Home), учреждениях для проживания с уходом (Assisted Living Facility), учреждениях с расширенным обслуживанием (Enhanced Services Facility), домах сестринского ухода (Nursing Facility), учреждениях для пациентов с нарушениям интеллекта, нуждающихся в уходе и рутинном медицинском обслуживании (ICF/IDs), домах компаньонов (Companion Home), детских воспитательных домах (Children's Foster Home), детских приютах с лицензированным персоналом (Children's Licensed Staffed Residential Home), групповых домах DDA (DDA Group Homes), групповых тренировочных домах (Group Training Homes), ИЛИ
- В собственном доме лица, получающего услуги. **Примечание:** HCLA и DDA не предоставляют оплачиваемые круглосуточные услуги личного ухода на дому. Если вам требуются круглосуточные услуги, то следует рассмотреть другие варианты услуг.

Ваш менеджер по ведению дел из Регионального агентства по вопросам старения (Area Agency on Aging), менеджер по ведению дел DDA, консультант по вопросам оказания сестринского ухода, консультант по оказанию ухода, социальный работник Управления по вопросам предоставления услуг на дому и по месту жительства (Home and Community Services) или менеджер по ведению дел клиентов учреждения сестринского ухода HCS называются этом документе **«работником по ведению вашего дела»**.

Ваши права

У вас есть право:

- На вежливое и уважительное отношение к вам и отсутствие дискриминации;
- На уважительное отношение к вашей собственности;
- На сотрудничество с работником по ведению вашего дела при планировании ухода за вами;
- Получать бесплатные услуги устного перевода, если вы не владеете в достаточной степени английским языком;
- На сохранение конфиденциальности (частного характера) всех сведений о вас в рамках, предусмотренных законами и правилами DSHS;
- Не быть принужденными отвечать на нежелательные вопросы или совершать нежелательные для вас действия;
- На информирование вас обо всех услугах, которые вы можете получать, и на выбор услуг, которые вы хотите или не хотите получать;
- Получать письменные уведомления о решениях ведомства и копию своего плана по уходу либо плана помощи;
- Отказаться от получения любых услуг;
- Выбирать, нанимать или увольнять квалифицированного поставщика услуг;
- Получать результаты проверки анкетных данных любого выбранного вами индивидуального поставщика услуг.
- Побеседовать с начальником отдела, если вы не можете прийти к согласию с работником по ведению вашего дела;
- Подать жалобу или выразить опасения в отношении результатов работы властей штата или поставщика услуг над процессом планирования ухода за вами, в ходе составления плана по уходу, оказания услуг или в отношении любого обслуживания на дому и в сообществе, которым вы не удовлетворены. У вас есть право подать жалобу, не опасаясь каких бы то ни было репрессивных мер. Вы можете подать жалобу или выразить опасения, позвонив по номеру 1-800-737-0617, отправив сообщение электронной почты по адресу grievances@dshs.wa.gov, или попросив любого сотрудника DDA или HCLA предоставить вам информацию о том, как можно подать жалобу;
- Запросить проведение административного слушания, даже если вы подали жалобу;
- Подать жалобу, не опасаясь последствий, даже если вы запросили о проведении административного слушания;
- Побеседовать с адвокатом, позвонив по номеру 1-888-201-1014; и
- Не подвергаться жестокому или халатному обращению, финансовой эксплуатации и оставлению без внимания. Описание этих понятий вы найдете на https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse. Если вы или ваши знакомые подвергаются жестокому или халатному обращению или эксплуатируются с целью получения выгоды, звоните в DSHS по бесплатному номеру 1-866 (End Harm) /1-866-363-4276 и поговорите с сотрудником, который предоставит вам помощь.

Barcode label

16172

ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ACES

Ваши обязанности

Вы обязаны:

- Позволить работнику по ведению вашего дела проводить оценку вашего состояния по меньшей мере раз в год, в любом удобном для вас месте;
- Предоставлять работнику по ведению вашего дела возможность по крайней мере раз в год ознакомиться с условиями вашего проживания;
- Предоставлять нам достаточно информации, чтобы мы могли провести оценку и помочь в координации вашего плана по оказанию ухода;
- Сообщать работнику по ведению вашего дела, если медицинские или финансовые решения за вас принимает другое лицо;
- Участвовать в разработке своего плана по получению ухода или поддержки, а также подписать его;
- Отвечать на запросы работника по ведению вашего дела, и своевременно выходить с ним или с ней на связь;
- Выбирать вид необходимого вам медицинского ухода;
- Выбирать квалифицированного поставщика услуг;
- Сохранять конфиденциальность результатов проверки анкетных данных;
- Понимать, что ваш поставщик медицинских услуг не сможет получать оплату за услуги или часы, на выполнение которых у него отсутствует разрешение;
- Сообщать работнику по ведению вашего дела, если у вас возникнут проблемы с поставщиком услуг или если вы не получаете услуг в том объеме, который поставщик услуг указывает в документах;
- Производить оплату услуг вашего поставщика ежемесячно, если вы вносите вклад в оплату услуг;
- Предоставлять безопасные условия труда;
- Избегать действий, которые могут создать опасность для других;
- Заблаговременно сообщать работнику по ведению вашего дела, о своем намерении совершить поездку за пределы штата Вашингтон с вашим личным специалистом по уходу, и
- Сообщать работнику по ведению вашего дела об изменениях:
  - ✓ Состояния вашего здоровья;
  - ✓ Помощи, получаемой вами со стороны членов семьи, друзей или других агентств;
  - ✓ Вашей финансовой ситуации;
  - ✓ Места, где вы получаете уход;
  - ✓ Места вашего проживания в штате Вашингтон, или
  - ✓ Постоянного места жительства — если вы планируете переехать на новое место жительства или если вы уже проживаете вне штата Вашингтон.

Обязанности работников по ведению дела

Работник по ведению вашего дела обязан:

- Относиться к вам с достоинством и уважением;
- Сохранять вашу конфиденциальность;
- Сообщать вам о том, что HCLA и DDA могут сделать для вас, а также о том, что находится вне их компетенции;
- Получать от вас и других лиц сведения, необходимые для оценки вашего состояния на предмет определения уровня необходимой помощи и решения о том, какие услуги предоставить вам на выбор;
  - ✓ Оценка включает изучение ваших сильных сторон, ограничений и предпочтений;
  - ✓ При проведении оценки будут приняты в расчет помощь, которую вы уже получаете или можете получить со стороны членов семьи или иных ведомств, и форма, в которой вы хотите получать услуги;
- Оказывать вам содействие в выработке плана по уходу за вами или плана помощи, в котором будут указаны виды услуг личного ухода и ваши личные предпочтения;
- Ежегодно или при изменениях в вашем состоянии получать от вас и других лиц сведения, необходимые для обновления вашего плана по уходу или плана помощи;
- Предоставлять вам достаточно времени для сбора требуемых сведений;
- Решать проблемы, возникающие с вашим планом по уходу или планом помощи по мере их возникновения;
- Уважать ваши права и предоставлять дополнительную помощи в получении услуг, если у вас есть психические, неврологические, сенсорные или физические проблемы или заболевания; и
- Помогать вам найти квалифицированного поставщика услуг, если вы не можете этого сделать сами.

Barcode label

16172

ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ACES

Предварительные медицинские указания

У вас есть право на формулировку предварительных медицинских указаний. Предварительные медицинские указания могут включать «завещание о жизни» (living will) и долгосрочную доверенность на осуществление медицинского ухода за вами. Предварительные медицинские указания содержат краткое изложение ваших пожеланий об оказании вам медицинских и (или) психиатрических услуг, включая делегирование права на принятие или отказ от медицинского, психиатрического и хирургического лучения другому лицу в ситуациях, когда у вас не будет умственной способности принимать эти решения самостоятельно. Вы можете аннулировать свои предварительные медицинские указания в любой момент.

Извещение о регистрации для голосования на выборах

Национальный закон о регистрации избирателей от 1993 года требует от всех штатов предоставления избирателям содействия в регистрации для голосования на выборах через соответствующие ведомства по предоставлению государственных льгот. Подача заявки на регистрацию для голосования или отказ от регистрации для голосования на выборах не повлияют на услуги и объем льгот, которые вы будете получать от данного ведомства. Если вам нужна помощь в заполнении формы регистрации избирателя, мы поможем вам. Ваше решение зарегистрироваться или отказаться от регистрации для голосования останется конфиденциальным и будет использовано исключительно для целей учета регистрации или отказа от регистрации для голосования. Если вы полагаете, что кто-либо нарушил ваше право на регистрацию или на отказ регистрироваться в качестве избирателя, ваше право на частную жизнь в части принятия решения в отношении регистрации или подачи запроса на регистрацию в качестве избирателя, или оказал влияние на ваше право выбора определенной политической партии или на право следования собственным политическим предпочтениям, вы можете подать жалобу в:

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

Ваша подпись

Поставьте внизу свою подпись в подтверждение того, что вы понимаете свои права и обязанности и обязанности работника по ведению вашего дела.

Подпись клиента	Дата
Подпись уполномоченного представителя	Дата

Уведомление для клиентов и сотрудников (Раздел VI и VII) Департамент социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services, DSHS) штата Вашингтон является работодателем, предоставляющим равные возможности и не допускающим дискриминации, в какой бы то ни было сфере занятости, в своих программах или при предоставлении услуг, по возрасту, половому признаку, сексуальной ориентации, на основе гендерной принадлежности, гендерной идентификации/самовыражения, по семейному положению, расовой принадлежности, вероисповеданию, цвету кожи, национальности, в связи с религиозными убеждениями или верованиями, политическими взглядами, статусом военнослужащего, ветерана, уволившегося из рядов вооруженных сил с положительной характеристикой, или участника войны во Вьетнаме, в связи с недавним увольнением из вооруженных сил, а также в связи с иным статусом ветерана, защищаемого социально, в связи наличием любых признаков сенсорной, умственной или психической неполноценности, по факту использования специально обученной собаки или иного животного лицом с признаками инвалидности, а также в связи с уравнением в правах на оплату труда или на основании информации об участии в генетических исследованиях.

Barcode label

16172

Ваши права и обязанности при получении услуг, предлагаемых Администрацией по оказанию услуг на дому и в сообществе (Home and Community Living Administration) и Администрацией по вопросам инвалидности вследствие нарушений развития (Developmental Disabilities Administration)

Инструкции для работников по ведению дел клиентов

1. Прочитайте содержащиеся в этой форме пункты вместе с клиентом, чтобы ответить на любые вопросы о правах и обязанностях клиента. Прочитайте их вместе с клиентом в ходе первоначальной оценки CARE (или в ходе встречи в результате значительных изменений или ежегодной встречи, если форма не была подписана). Если имеется обновленная версия формы, то проследите за тем, чтобы клиент подписал(а) обновленную форму. Самая последняя форма с перечислением прав и обязанностей, выданная работником по ведению дела и подписанная клиентом, заменяет собой предыдущие подписанные формы.
2. Проследите за тем, чтобы клиент или его/ее представитель подписал(а) две копии этой формы, чтобы выразить свое согласие с правами и обязанностями клиента при получении услуг от Администрации по вопросам оказания услуг на дому и в сообществе и Администрацией по вопросам инвалидности вследствие нарушений развития.
3. Отправьте одну копию в электронную картотеку клиента и вручите одну копию клиенту.