NOMBRE DEL CLIENTE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN ACES

Sus derechos y responsabilidades cuando recibe servicios ofrecidos por la Administración de Vida en el Hogar y la Comunidad y la Administración de Discapacidades del Desarrollo

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

Servicios disponibles

Usted tiene derecho a elegir entre los servicios para los que es elegible. Los servicios son voluntarios. Los servicios que la Administración de Vida en el Hogar y la Comunidad y la Administración de Discapacidades del Desarrollo pueden pagar podrían no ayudarle con todas sus necesidades.

La HCLA y la DDA ofrecen servicios en:

- Un hogar familiar para adultos, institución de vida asistida, institución de servicios mejorados, centro de enfermería, ICD/ID, hogar de compañeros, hogar temporal para niños, hogar residencial con personal autorizado para niños, hogares grupales de la DDA, hogares de entrenamiento grupal, O
- El propio hogar de una persona. **Nota:** La HCLA y la DDA no ofrecen servicios de cuidado personal remunerados las 24 horas del día en el propio hogar de una persona. Si se desea atención las 24 horas se pueden considerar otras opciones de servicio.

En este documento se usa el término **administrador del caso** para referirse al gestor de caso de su agencia regional para la tercera edad, gerente de recursos del caso de la DDA, consultor de cuidado de enfermería, consultor de cuidado, especialista en servicios sociales de Servicios en el Hogar y la Comunidad o gestor de casos de un centro de enfermería de HCS.

Sus derechos

Usted tiene derecho a:

- Ser tratado con dignidad, respeto y no ser discriminado;
- Que sus bienes sean tratados con respeto;
- Trabajar en conjunto con su administrador del caso en la planificación de su cuidado;
- Ser provisto de servicios de interpretación sin cargo si usted no puede hablar o entender inglés con fluidez;
- Que su información se mantenga confidencial dentro de los límites de las leyes y las reglamentaciones de DSHS;
- No ser obligado a contestar preguntas o a hacer algo que no quiere hacer;
- Ser informado sobre todos los servicios que puede recibir y a elegir los servicios que quiera y no quiera recibir;
- Ser informado por escrito acerca de las decisiones de la agencia y recibir una copia del resumen de su plan de cuidado o plan de apoyo;
- Rechazar todos los servicios;
- Elegir, despedir o cambiar a un proveedor calificado;
- Recibir los resultados de la verificación de antecedentes de cualquier proveedor individual que usted elija;
- Hablar con un supervisor si usted y su administrador del caso no están de acuerdo;
- Presentar una queja o exponer una inquietud, en cualquier momento, sobre el desempeño del estado o del proveedor en su proceso de planificación del cuidado, plan de cuidado, servicios o cualquier otra cosa con la que esté insatisfecho en su entorno basado en el hogar y la comunidad. Tiene derecho a presentar una queja sin temor a represalias. Para presentar una queja o exponer una inquietud, puede llamar al 1-800-737-0617, enviar correo electrónico a grievances@dshs.wa.gov, o pedirle información sobre cómo presentar una queja a cualquier miembro del personal de la DDA o la HCLA;
- Solicitar una audiencia administrativa, incluso si ha presentado una queja;
- Presentar una queja sin temor de ser perjudicado, incluso si ha solicitado una audiencia administrativa;
- Hablar con un defensor llamando al 1-888-201-1014; y
- No ser víctima de maltrato, abandono, explotación económica o desamparo. Para ver una descripción de estos términos, visite: https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse Si usted o alguien que conozca sufre de maltrato, abandono o explotación, llame a la línea sin costo del DSHS al 1-866 (End Harm) /1-866-363-4276 para hablar con un trabajador que puede ayudarle.

Barcode label

16172

NOMBRE DEL CLIENTE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN ACES

Sus responsabilidades

Usted tiene la responsabilidad de:

- Permitir que el administrador del caso realice su evaluación al menos una vez al año en un lugar conveniente para usted;
- Permitir que el administrador del caso vea su entorno de vida al menos una vez al año;
- Proporcionarnos suficiente información para realizar su evaluación y ayudar en la coordinación de su plan de cuidado;
- Informar a su administrador del caso si alguien más toma decisiones médicas o financieras por usted;
- Participar en el desarrollo de su plan de cuidado o plan de apoyo y firmarlo;
- Responder y comunicarse con su administrador del caso de manera oportuna;
- Escoger sus propios servicios de salud;
- Escoger un proveedor calificado;
- Mantener con carácter confidencial las verificaciones de antecedentes del proveedor;
- Comprender que su proveedor no puede recibir pago por servicios u horas que no estén autorizados;
- Informar a su administrador del caso si está teniendo problemas con su proveedor o si usted no está recibiendo las horas reclamadas por su proveedor;
- Pagar a su proveedor cada mes si ayuda a pagar por su atención;
- Proporcionar un lugar de trabajo seguro;
- No actuar de una manera que pueda poner en peligro a alguien;
- Si viajará fuera del estado de Washington con su proveedor de cuidado personal, informarlo a su administrador del caso; e
- Informar a su administrador del caso si se produce un cambio en:
  - ✓ Su estado de salud;
  - ✓ La ayuda que recibe de sus familiares y amigos, o de otras agencias;
  - ✓ Su situación financiera;
  - ✓ El lugar donde recibe su cuidado;
  - ✓ El lugar en donde vive en el estado de Washington; o
  - ✓ Su residencia: si planea mudarse o ya vive fuera del estado de Washington.

Responsabilidades del administrador del caso

Su administrador del caso es responsable de:

- Tratarlo con dignidad y respeto;
- Mantener su privacidad;
- Notificarle lo que la HCLA y la DDA pueden y no pueden hacer por usted;
- Obtener información de usted y de otras personas para realizar una evaluación con el fin de determinar su nivel de asistencia y decidir qué servicios puede elegir;
  - ✓ La evaluación incluirá sus fortalezas, limitaciones, objetivos y preferencias;
  - ✓ La evaluación incluirá la ayuda que ya está recibiendo o que puede obtener de la familia u otras agencias y cómo quiere que se realicen los servicios;
- Ayudarle a desarrollar un plan de cuidado o plan de apoyo que se ocupe de la asistencia con el cuidado personal e incluya sus objetivos, preferencias y selecciones personales;
- Obtener información de usted y de otras personas para actualizar su plan de cuidado o plan de apoyo cada año o cuando cambie su condición;
- Darle tiempo suficiente para proporcionar la información que se necesita;
- Tratar los problemas con su plan de cuidado o plan de apoyo a medida que surjan;
- Respetar sus derechos y brindar más ayuda en el acceso a los servicios si tiene impedimentos mentales, neurológicos, sensoriales o físicos; y
- Ayudarle a encontrar un proveedor calificado si usted no es capaz de encontrar uno.

Barcode label

16172

NOMBRE DEL CLIENTE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN ACES

Directivas anticipadas

Usted tiene derecho a elaborar directivas anticipadas. Las directivas anticipadas pueden incluir un testamento en vida o una carta poder duradera para su atención médica. Las directivas anticipadas resumen sus deseos acerca de la atención médica y/o atención de salud mental, incluyendo el derecho a aceptar o rechazar tratamiento médico, de salud mental o quirúrgico, cuando usted no tiene la capacidad mental para tomar esas decisiones. Usted puede revocar sus directivas anticipadas en cualquier momento.

Servicio de registro de votante

La Ley Nacional para el Registro de Votantes de 1993 ordena que todos los estados proporcionen ayuda para el registro de votantes mediante sus oficinas de asistencia pública. Hacer una solicitud para registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará los servicios o el monto de los beneficios que le brindará esta agencia. Si desea ayuda para completar el formulario de registro de votante, le ayudaremos a hacerlo. Su decisión de registrarse o negarse a registrarse se mantendrá confidencial y sólo se usará para fines de registro de votante. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, con su derecho a la privacidad al decidir si registrarse para votar o al solicitar su registro para votar, o con su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una denuncia ante:

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

Su firma

Firme abajo si comprende sus derechos y responsabilidades y comprende las responsabilidades de su administrador del caso.

Firma del cliente	Fecha
Firma del representante legal	Fecha

Aviso para clientes y empleados (Títulos VI y VII): El Departamento de Servicios Sociales y de Salud del Estado de Washington es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades y no discrimina en ninguna área de sus empleos, sus programas o sus servicios con base en edad, sexo, orientación sexual, género, identidad o expresión de género, estado civil, raza, credo, color, país de origen, religión o creencias, afiliación política, situación militar, condición de veterano retirado honorablemente, de la era de Vietnam, recientemente separado u otra situación protegida de veterano, la presencia de cualquier discapacidad sensorial, mental o física, o el uso de un perro guía entrenado o animal de servicio por una persona con discapacidad, por paga igualitaria o información genética.

Barcode label

16172

Sus derechos y responsabilidades cuando recibe servicios ofrecidos por la Administración de Vida en el Hogar y la Comunidad y la Administración de Discapacidades del Desarrollo

Instrucciones para el administrador del caso

1. Repase el formulario con el cliente para responder todas sus preguntas sobre los derechos y responsabilidades del cliente. Repáselo con el cliente durante la evaluación CARE inicial (o en la evaluación por cambio significativo/anual, si el formulario no se ha firmado). Si existe una versión actualizada del formulario, haga que el cliente firme el formulario actualizado. El formulario más reciente de derechos y responsabilidades del cliente, presentado por el administrador del caso y firmado por el cliente, reemplaza a los formularios firmados previamente.
2. Haga que el cliente o el representante del cliente firmen dos copias del formulario para indicar que comprenden los derechos y responsabilidades del cliente al recibir servicios ofrecidos por la Administración de Vida en el Hogar y la Comunidad y la Administración de Discapacidades del Desarrollo.
3. Archive una copia en el expediente electrónico del cliente y entregue la otra copia al cliente.