ชื่อผู้รับบริการ	เลขประจำตัว ACES

สิทธิและความรับผิดชอบของท่านเมื่อได้รับบริการจากสำนักบริหารการใช้ชีวิตในบ้านและชุมชนและฝ่ายพัฒนาการบุคคลทุพพลภาพ

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

บริการที่มีอยู่

ท่านมีสิทธิเลือกจากบริการต่าง ๆ ที่ท่านมีสิทธิได้รับการให้บริการเป็นไปตามความสมัครใจ
บริการที่สำนักบริหารการใช้ชีวิตในบ้านและชุมชน (Home and Community Living Administration: HCLA) และฝ่ายพัฒนาการบุคคลทุพพลภาพ (Developmental Disabilities Administration: DDA)
สามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้
อาจไม่สามารถตอบสนองความต้องการของท่านได้ทั้งหมด
HCLA และ DDA ให้บริการในสถานที่ดังต่อไปนี้:

- บ้านพักสำหรับผู้ใหญ่ (Adult Family Home), ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (Assisted Living Facility), สถานบริการสุขภาพพิเศษ (Enhanced Services Facility), สถานพยาบาล (Nursing Facility), บ้านพักที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Companion Home), บ้านอุปถัมภ์เด็ก (Children's Foster Home), สถานเลี้ยงเด็กที่ได้รับใบอนุญาต (Children's Licensed Staffed Residential Home), บ้านในกลุ่ม DDA (DDA Group Homes), บ้านฝึกอบรมของกลุ่ม (Group Training Homes) หรือ
- บ้านส่วนบุคคล **หมายเหตุ:** HCLA และ DDA ไม่มีบริการดูแลส่วนบุคคลแบบตลอด 24 ชั่วโมงโดยได้รับค่าตอบแทนในบ้านส่วนบุคคล หากต้องการรับบริการดูแลแบบตลอด 24 ชั่วโมง ท่านอาจจะต้องพิจารณาตัวเลือกบริการอื่น

ในเอกสารฉบับนี้
จะเรียกผู้จัดการกรณีของหน่วยงานด้านผู้สูงอายุในพื้นที่
ผู้จัดการทรัพยากรกรณีของ DDA
พยาบาลที่ปรึกษาด้านการดูแล ที่ปรึกษาด้านการดูแล ผู้เชี่ยวชาญด้านบริการสังคมของหน่วยงานบริการที่บ้านและในชุมชน หรือผู้จัดการกรณีสถานพยาบาลของ HCS ว่า "**เจ้าหน้าที่รายกรณี**"

สิทธิของท่าน

ท่านมีสิทธิต่อไปนี้

- ได้รับการรักษาอย่างมีศักดิ์ศรี ให้เกียรติ และปราศจากการเลือกปฏิบัติ
- ให้มีการปฏิบัติต่อทรัพย์สินของท่านอย่างให้เกียรติ
- ร่วมมือกับผู้ดูแลรายกรณีของท่านในการวางแผนการดูแลของท่าน
- ให้จัดหาบริการล่ามโดยไม่มีค่าใช้จ่ายหากท่านไม่สามารถพูดหรือเข้าภาษาอังกฤษได้ดี
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับท่านถูกเก็บรักษาเป็นความลับภายในขอบเขตของกฎหมายและระเบียบของ DSHS
- ไม่ถูกบังคับให้ตอบคำถามหรือทำสิ่งที่ท่านไม่ต้องการทำ
- ได้รับแจ้งให้ทราบเกี่ยวกับบริการทั้งหมดที่ท่านสามารถได้รับและทำการเลือกบริการที่ท่านต้องการหรือไม่ต้องการ
- ได้รับแจ้งให้ทราบเป็นลายลักษณ์อักษรถึงคำตัดสินของหน่วยงานและได้รับบทสรุปแผนการดูแลหรือแผนการสนับสนุนของท่านจำนวนหนึ่งชุด
- ปฏิเสธบริการทั้งหมด
- เลือก เลิกจ้าง หรือเปลี่ยนผู้ให้บริการที่มีคุณสมบัติเหมาะสม
- ได้รับผลการตรวจสอบภูมิหลังสำหรับผู้ให้บริการที่เป็นบุคคลธรรมดาที่ท่านเลือก
- พูดคุยกับผู้ควบคุมดูแลหากท่านและผู้ดูแลรายกรณีของท่านไม่สามารถตกลงกันได้
- ท่านสามารถยื่นเรื่องร้องเรียนหรือแจ้งข้อกังวลได้ทุกเมื่อเกี่ยวกับการดำเนินงานของรัฐหรือผู้ให้บริการในกระบวนการวางแผนการดูแล แผนการดูแล บริการ หรือเรื่องใดก็ตามที่ท่านไม่พึงพอใจเกี่ยวกับการให้บริการดูแลที่บ้านและในชุมชนของท่าน
  ท่านมีสิทธิยื่นเรื่องร้องเรียนโดยปราศจากการถูกโต้กลับ
  ท่านสามารถยื่นเรื่องร้องเรียนหรือแจ้งข้อกังวลได้โดยโทรติดต่อ 1-800-737-0617, ส่งอีเมลไปที่ grievances@dshs.wa.gov,
  หรือสอบถามเจ้าหน้าที่ของ DDA หรือ HCLA เพื่อขอข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการยื่นเรื่องร้องเรียน
- ร้องขอให้มีการพิจารณาเรื่องทางปกครองแม้ว่าท่านได้ทำการร้องเรียนแล้ว
- ทำการร้องเรียนโดยไม่ต้องเกรงกลัวอันตรายแม้ว่าท่านได้ร้องขอให้มีการพิจารณาเรื่องทางปกครองแล้ว
- พูดคุยกับผู้ให้ความช่วยเหลือ โดยโทรติดต่อ 1-888-201-1014 และ
- ไม่ถูกกระทำทารุณ ละเลย แสวงหาประโยชน์ทางการเงิน หรือทอดทิ้ง
  สำหรับคำอธิบายคำศัพท์เหล่านี้ โปรดไปที่ https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse
  หากท่านหรือคนที่ท่านรู้จักถูกกระทำทารุณ ละเลย แสวงหาประโยชน์ทางการเงิน
  โปรดติดต่อหมายเลขโทรฟรีของ DSHS ที่ 1-866 (End Harm) /1-866-363-4276
  เพื่อพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ที่สามารถช่วยเหลือท่านได้

Barcode label

16172

ชื่อผู้รับบริการ	เลขประจำตัว ACES

ความรับผิดชอบของท่าน

ท่านมีความรับผิดชอบต่อไปนี้

- ให้ผู้ดูแลรายกรณีทำการประเมินให้เสร็จสมบูรณ์อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้งในสถานที่ที่ท่านสะดวก
- ให้ผู้ดูแลรายกรณีเข้าตรวจสอบสภาพแวดล้อมการอยู่อาศัยของท่านอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง
- ให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่เราเพื่อดำเนินการประเมินและช่วยประสานงานตามแผนการดูแลของท่าน
- แจ้งให้ผู้ดูแลรายกรณีรับทราบหากผู้อื่นทำการตัดสินใจทางการแพทย์หรือทางการเงินแทนท่าน
- เข้าร่วมในการพัฒนาแผนการดูแลหรือแผนการสนับสนุนของท่าน และลงลายมือชื่อในแผนดังกล่าว
- ตอบกลับและติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่รายกรณีของท่านภายในระยะเวลาที่เหมาะสม
- เลือกการดูแลสุขภาพของท่านเอง
- เลือกผู้ให้บริการที่มีคุณสมบัติเหมาะสม
- เก็บรักษาการตรวจสอบภูมิหลังของผู้ให้บริการไว้เป็นความลับ
- เข้าใจว่าผู้ให้บริการของท่านไม่สามารถได้รับค่าตอบแทนสำหรับบริการหรือจำนวนชั่วโมงที่ไม่ได้รับอนุญาต
- แจ้งให้ผู้ดูแลรายกรณีของท่านรับทราบหากท่านมีปัญหากับผู้ให้บริการของท่านหรือหากท่านไม่ได้รับบริการตามจำนวนชั่วโมงที่ผู้ให้บริการของท่านกล่าวอ้าง
- จ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการของท่านทุกเดือนหากท่านช่วยจ่ายเงินสำหรับการดูแลของท่าน
- จัดเตรียมสถานที่ปฏิบัติงานที่มีความปลอดภัย
- ไม่กระทำการอันทำให้บุคคลใดตกอยู่ในอันตราย
- แจ้งเจ้าหน้าที่ดูแลกรณีของท่านก่อนเดินทางออกนอกมลรัฐวอชิงตัน
  หากท่านเดินทางไปพร้อมกับผู้ให้บริการดูแลส่วนบุคคลของท่าน และ
- แจ้งให้ผู้ดูแลรายกรณีของท่านรับทราบหากมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องต่อไปนี้
  - ✓ โรคประจำตัวของท่าน
  - ✓ ความช่วยเหลือที่ท่านได้รับจากครอบครัวหรือหน่วยงานอื่น
  - ✓ สถานการณ์ทางการเงินของท่าน
  - ✓ สถานที่ที่ท่านได้รับการดูแล
  - ✓ สถานที่ที่ท่านอาศัยอยู่ในมลรัฐวอชิงตัน หรือ
  - ✓ ที่อยู่อาศัยของท่าน หากท่านมีแผนจะย้ายที่อยู่หรือปัจจุบันอาศัยอยู่นอกมลรัฐวอชิงตัน

ความรับผิดชอบของผู้ดูแลรายกรณี

ผู้ดูแลรายกรณีของท่านมีความรับผิดชอบต่อไปนี้

- ปฏิบัติต่อท่านอย่างมีศักดิ์ศรีและให้เกียรติ
- รักษาความเป็นส่วนบุคคลของท่าน
- แจ้งให้ท่านรับทราบถึงสิ่งที่ HCLA และ DDA สามารถทำและไม่สามารถทำให้กับท่านได้
- รับข้อมูลจากท่านและผู้อื่นเพื่อทำการประเมินกำหนดระดับความช่วยเหลือของท่านและตัดสินว่าท่านสามารถเลือกบริการใดได้บ้าง
  - ✓ การประเมินจะรวมถึงความแข็งแรง ข้อจำกัด เป้าหมาย และความชอบของท่าน
  - ✓ การประเมินจะรวมถึงความช่วยเหลือที่ท่านได้รับอยู่ในปัจจุบันหรือสามารถได้รับจากครอบครัวหรือหน่วยงานอื่นและวิธีที่ท่านต้องการรับบริการ
- ช่วยท่านในการพัฒนาแผนการดูแลหรือแผนการสนับสนุนที่จัดการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลส่วนบุคคล รวมถึงเป้าหมายส่วนบุคคล ความชอบ และสิ่งที่ท่านเลือก
- รับข้อมูลจากท่านและผู้อื่นเพื่อปรับปรุงแผนการดูแลหรือแผนการสนับสนุนของท่านทุกปีหรือเมื่ออาการของท่านมีการเปลี่ยนแปลง
- ให้เวลาท่านอย่างเพียงพอในการจัดหาข้อมูลที่จำเป็น
- จัดการปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับแผนการดูแลและแผนการสนับสนุน
- เคารพสิทธิของท่านและให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติมในการเข้าถึงบริการหากท่านมีความบกพร่องทางจิต ระบบประสาท การรับรู้ หรือทางกายภาพ และ
- ช่วยท่านค้นหาผู้ให้บริการที่มีคุณสมบัติเหมาะสมหากท่านค้นหาไม่พบ

Barcode label

16172

ชื่อผู้รับบริการ	เลขประจำตัว ACES

<u>คำสั่งล่วงหน้า</u>

ท่านมีสิทธิในการทำคำสั่งล่วงหน้า คำสั่งล่วงหน้าอาจจะรวมถึงหนังสือแสดงเจตนา (living will) หรือ หนังสือมอบอำนาจถาวรสำหรับการดูแลสุขภาพของท่าน
คำสั่งล่วงหน้าสรุปความปรารถนาของท่านเกี่ยวกับการดูแลทางการแพทย์และ/หรือสุขภาพจิต ซึ่งรวมถึงสิทธิในการยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาทางการแพทย์ การรักษาสุขภาพจิต หรือ การรักษาด้วยการศัลยกรรม เมื่อท่านไม่มีความสามารถทางจิตในการตัดสินใจเรื่องดังกล่าวได้
ท่านสามารถเพิกถอนคำสั่งล่วงหน้าของท่านได้ตลอดเวลา

<u>บริการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง</u>

รัฐบัญญัติว่าด้วยการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้งแห่งชาติ ปี 1993 (National Voter Registration Act of 1993) กำหนดให้ทุกมลรัฐต้องให้ความช่วยเหลือในการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้งผ่านสำนักงานความช่วยเหลือสาธารณะ (public assistance offices) ของแต่ละมลรัฐ
การสมัครลงทะเบียนหรือการปฏิเสธไม่ลงทะเบียนเพื่อลงคะแนนเสียงจะไม่ส่งผลกระทบต่อบริการหรือจำนวนสิทธิประโยชน์ที่หน่วยงานนี้จะให้แก่ท่าน หากท่านต้องการความช่วยเหลือในการกรอกแบบฟอร์มการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง เราสามารถช่วยท่านได้
การตัดสินใจที่จะลงทะเบียนหรือที่จะปฏิเสธไม่ลงทะเบียนของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและถูกใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้งเท่านั้น
หากท่านเชื่อว่ามีผู้รบกวนสิทธิในการลงทะเบียนหรือสิทธิในการปฏิเสธไม่ลงทะเบียนเพื่อลงคะแนนเสียงของท่าน สิทธิในความเป็นส่วนบุคคลของท่านในการตัดสินใจว่าจะลงทะเบียนหรือไม่หรือในการสมัครลงทะเบียนเพื่อลงคะแนนเสียง หรือ สิทธิในการเลือกพรรคการเมืองของท่านเอง หรือ ความชอบอื่นทางการเมืองของท่าน ท่านสามารถยื่นร้องเรียนต่อ:

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

<u>ลายมือชื่อของท่าน</u>

ลงลายมือชื่อด้านล่างนี้หากท่านเข้าใจสิทธิและความรับผิดชอบของท่านและเข้าใจความรับผิดชอบของผู้ดูแลรายกรณีของท่าน

ลายมือชื่อผู้รับบริการ	วันที่
ลายมือชื่อตัวแทนทางกฎหมาย	วันที่

ประกาศสำหรับผู้รับบริการและพนักงาน (ลักษณะ VI และ VII) สำนักงานบริการสังคมและสาธารณสุขมลรัฐวอชิงตัน (Washington State Department of Social and Health Services)
เป็นนายจ้างผู้ให้โอกาสที่เท่าเทียมกันและไม่เลือกปฏิบัติในการจ้างงานทุกด้าน โครงการหรือบริการต่าง ๆ ของสำนักงาน ไม่ว่าด้วยเหตุผลด้านอายุ เพศ รสนิยมทางเพศ เพศสภาพ อัตลักษณ์ทางเพศสภาพ/การแสดงออกทางเพศสภาพ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ ลัทธิความเชื่อ สีผิว ถิ่นที่มา ศาสนาหรือความเชื่อ การเข้าร่วมทางการเมือง สถานะทางทหาร ทหารผ่านศึกที่ปลดประจำการอย่างมีเกียรติ ยุคเวียดนาม
สถานะทหารผ่านศึกที่พึ่งปลดประจำการหรือที่ได้รับความคุ้มครองอื่น มีความทุพพลภาพทางการรับรู้ ทางจิต ทางกายภาพ หรือ การใช้สุนัขนำทางหรือสัตว์ช่วยเหลือที่ได้รับการฝึกมาของบุคคลทุพพลภาพ ค่าตอบแทนที่เท่าเทียมกัน หรือ ข้อมูลทางพันธุกรรม

Barcode label

16172

สิทธิและความรับผิดชอบของท่านเมื่อได้รับบริการ
จากสำนักบริหารการใช้ชีวิตในบ้านและชุมชน
และฝ่ายพัฒนาการบุคคลทุพพลภาพ

<u>คำแนะนำสำหรับเจ้าหน้าที่รายกรณี</u>

1. **ตรวจสอบแบบฟอร์มร่วมกับผู้รับบริการเพื่อตอบคำถามเกี่ยวกับสิทธิและความรับผิดชอบของผู้รับบริการ ตรวจสอบกับผู้รับบริการในการประเมิน CARE ครั้งแรก (หรือในการประเมินเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ/การประเมินประจำปี หากยังไม่ได้ลงนามในแบบฟอร์ม) หากมีแบบฟอร์มฉบับปรับปรุง ให้ผู้รับบริการลงนามในแบบฟอร์มฉบับปรับปรุงดังกล่าว แบบฟอร์มสิทธิและความรับผิดชอบของผู้รับบริการฉบับล่าสุดที่เจ้าหน้าที่ดูแลกรณีนำเสนอและผู้รับบริการลงนามแล้ว ให้ถือว่าใช้แทนแบบฟอร์มฉบับที่ผู้รับบริการเคยลงนามไว้ก่อนหน้านี้ทั้งหมด**
2. **ให้ผู้รับบริการหรือผู้แทนของผู้รับบริการลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มสองชุดเพื่อระบุว่าผู้รับบริการเข้าใจสิทธิและความรับผิดชอบของตนเมื่อได้รับบริการที่เสนอให้โดยสำนักบริหารการใช้ชีวิตในบ้านและชุมชนและฝ่ายพัฒนาการบุคคลทุพพลภาพ**
3. **จัดเก็บสำเนาหนึ่งฉบับไว้ในแฟ้มข้อมูลกรณีอิเล็กทรอนิกส์ของผู้รับบริการ และมอบสำเนาอีกหนึ่งฉบับให้แก่ผู้รับบริการ**