MÜŞTERİ ADI	ACES KİMLİK NUMARASI

Ev ve Topluluk Yaşamı Yönetimi ile Gelişim Yetersizlikleri Yönetimi Tarafından Sunulan Hizmetlerden Yararlanırken Haklarınız ve Sorumluluklarınız

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

Sunulan Hizmetler

Almaya hak kazandığınız hizmetler arasından seçim yapma hakkınız vardır. Hizmetler gönüllülük esasına dayanmaktadır. Ev ve Topluluk Yaşamı Yönetimi ve Gelişim Yetersizlikleri Yönetimi hizmetleri ödeme yapabilir ama tüm ihtiyaçlarınıza yardım etmeyebilir.

HCLA ve DDA'nın sunduğu hizmetler:

- Bir Yetişkin Aile Evi, Destekli Yaşam Tesisi, Gelişmiş Hizmet Tesisi Bakım Tesisi, ICF/ID, Evde Refakat, Çocuk Bakım Evi, Çocuklar için Lisanslı Personelli İkamet Evi; DDA Grup Evleri, Grup Eğitim Evleri VEYA
- Bir kişinin kendi evi. **Not:** HCLA ve DDA bir kişinin kendi evinde 24 saat/gün paralı kişisel bakım hizmeti vermemektedir. 24 saatlik bakım isteniyorsa diğer hizmet seçenekleri değerlendirilebilir.

Bu belgede Bölge Yaşlılık Ajansı Vaka Yöneticiniz, DDA Vaka Kaynak Yöneticiniz, Hemşirelik Bakım Danışmanınız, Bakım Danışmanınız, Ev ve Topluluk Hizmetleri Sosyal Hizmet Uzmanınız veya HCS Hemşirelik Tesisi Vaka Yöneticiniz, **vaka çalışanı** olarak adlandırılmaktadır.

Haklarınız

Şu haklara sahipsiniz:

- Onurlu, saygılı ve ayrımcılığa maruz kalmadan muamele görme hakkı;
- Sahip olduğunuz şeylere saygılı davranılması hakkı;
- Bakımınız planlanırken vaka görevlinizle iş birliği içinde çalışma hakkı;
- İngilizceyi iyi konuşamıyor veya anlamıyorsanız ücretsiz sunulan çevirmen hizmeti alma hakkı;
- Yasalar ve DSHS kuralları sınırları içinde sizinle ilgili bilgilerin gizli tutulması hakkı;
- İstemediğiniz soruları cevaplamaya zorlanma veya istemediğiniz bir şeyi yapma durumunda kalmama hakkı;
- Alabileceğiniz tüm hizmetleri öğrenin ve istediğiniz veya istemediğiniz hizmetlerle ilgili seçimler yapın;
- Kuruluş kararları size yazılı olarak verilecek ve bakım planınızın veya destek plan özetinin bir kopyasını alacaksınız;
- Bütün hizmetleri reddedin;
- Nitelikli bir tedarikçi seçin, işten atın veya değiştirin;
- Seçtiğiniz bireysel tedarikçinin geçmişiyle ilgili araştırma sonuç bilgilerini alın;
- Siz ve vaka görevliniz anlaşamıyorsanız bir amir ile görüşün.
- Bakım planlama süreci, bakım planı, hizmetler veya evinizde ve toplum temelli hizmet ortamında memnun olmadığınız herhangi bir konu hakkında, eyaletin veya hizmet sağlayıcının uygulamalarına ilişkin istediğiniz zaman şikâyet veya endişe bildiriminde bulunabilirsiniz. Misillemeyle karşılaşmadan şikayette bulunma hakkınız vardır. Şikâyet veya endişe bildiriminde bulunmak için 1-800-737-0617 numaralı telefonu arayabilir, grievances@dshs.wa.gov, adresine e-posta gönderebilir veya herhangi bir DDA ya da HCLA personelinden şikâyet başvurusunda bulunma süreci hakkında bilgi talep edebilirsiniz;
- Bir şikâyet yapmış olsanız bile bir idari duruşma talep edin;
- Bir idari duruşma talep etmiş olsanız bile kendinize bir zarar geleceğinden korkmadan şikâyette bulunun.
- 1-888-201-1014 numarasını arayarak bir avukatla konuşun; ve
- İstismar edilmeyecek, ihmal edilmeyeceksiniz, mali yönden sömürülmeyecek veya terk edilmeyeceksiniz. Bu terimlerin açıklaması için, şurayı ziyaret edin: https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse. Siz veya tanıdığınız bir kimse istismar ediliyorsa, ihmal ediliyorsa veya sömürülüyorsa lütfen DSHS'nin 1-866 (End Harm) /1-866-363-4276 numaralı ücretsiz hattını arayarak size yardım edebilecek bir görevliyle konuşun;

Barcode label

16172

MÜŞTERİ ADI	ACES KİMLİK NUMARASI

Sorumluluklarınız

Sorumluluklarınız şöyledir:

- Vaka görevlisinin size uygun bir yerde yılda en az bir kez değerlendirme yapmasına olanak tanıyın;
- Vaka görevlisinin yılda en az bir kez yaşam ortamınızı incelemesine izin verin;
- Değerlendirmenizi tamamlayabilmemiz ve bakım planınızın koordinasyonuna yardımcı olabilmemiz için bize yeterli bilgi verin;
- Başka biri sizin için tıbbi ve parasal kararlar veriyorsa durumu vaka görevlinize bildirin;
- Bakım veya destek planınızın gelişmesine katılın ve imzalayın;
- Vaka çalışanınızla zamanında iletişim kurun ve kendisine zamanında yanıt verin.
- Kendi sağlık bakımınızı seçin;
- Nitelikli bir tedarikçi seçin;
- Tedarikçi geçmiş çalışma kontrollerini gizli tutun;
- Tedarikçinize onay verilmemiş hizmetler veya saatler için ödeme yapılamayacağını bilin;
- Tedarikçiniz ile problemler yaşıyorsanız veya tedarikçinizin iddia ettiği saatler kadar hizmet almıyorsanız durumu vaka görevlinize bildirin;
- Bakımınız için ödemeye yardım ediyorsanız tedarikçinize her ay ödeme yapın;
- Güvenli bir iş yeri sağlayın;
- Herhangi bir insanı tehlikeye sokacak şeyler yapmayın; ve
- Kişisel bakım tedarikçinizle birlikte Washington eyaleti dışına seyahat edecekseniz ayrılmadan önce sosyal hizmet görevlinize haber verin; ve
- Aşağıdaki konularda bir değişiklik varsa vaka görevlinize bildirin:
  - ✓ Tıbbi durumunuz;
  - ✓ Aile, arkadaşlar veya diğer kuruluşlardan aldığınız yardım;
  - ✓ Mali durumunuz;
  - ✓ Bakımınızı nerede aldığınız;
  - ✓ Washington eyaletinin hangi bölgesinde yaşadığınız; veya
  - ✓ İkamet durumunuz, taşınmayı planlayıp planlamadığınız ya da şu anda Washington eyaleti dışında yaşayıp yaşamadığınız.

Vaka Görevlisinin Sorumlulukları

Vaka görevliniz aşağıdakilerden sorumludur:

- Size onurlu ve saygılı davranmak;
- Gizliliğinizi korumak;
- HCLA ve DDA'nın sizin için neler yapıp, neler yapamayacağını anlatmak;
- Yardım düzeyinizi saptamak ve hangi hizmetleri seçebileceğinize karar vermek üzere bir değerlendirme yapmak için sizden ve başkalarından bilgi almak.
  - ✓ Değerlendirme güçlü yanlarınızı, sınırlarınızı, hedeflerinizi ve tercihlerinizi içerecektir.
  - ✓ Değerlendirme halen aileden yahut başka kuruluşlardan almakta olduğunuz veya alabileceğiniz yardımı ve hizmetlerin nasıl yapılmasını istediğinizi içerecektir;
- Kişisel bakıma yardım konusuna hitap eden ve kişisel hedeflerinizi, tercihlerinizi ve seçimlerinizi içeren bir bakım planı veya destek planı geliştirmek üzere size yardım edecektir;
- Bakım planınızı veya destek planınızı her yıl veya koşullarınız değiştiği zaman güncellemek üzere sizden ve başkalarından bilgi alacaktır;
- Gerekli bilgileri tedarik etmek için size yeterli zaman verecektir;
- Ortaya çıktığında bakım planınız veya destek planınız ile ilgili sorunlara muhatap olacaktır;
- Haklarınıza saygı gösterecek ve zihni, nörolojik, duyusal veya fiziksel eksiklikleriniz varsa hizmetlere erişim için daha fazla yardım sağlayacaktır; ve
- Eğer bulamıyorsanız size nitelikli bir tedarikçi bulmanız için yardım edecektir.

Barcode label

16172

MÜŞTERİ ADI	ACES KİMLİK NUMARASI

Ön Direktifler

Ön direktifler verme hakkına sahipsiniz. Ön direktifler sağlık bakımınız için bir yaşama arzusu veya kalıcı vekâletnameyi (temsil yetkisini) içerebilir. Ön direktifler, bu kararları vermek için akli yeteneğinizin olmadığı zamanlarda tıbbi ve/veya zihinsel sağlık bakımı konusundaki dileklerinizi özetler. Bunlara tıbbi tedavi, akıl sağlığı veya cerrahi tedaviyi kabul etme veya reddetme hakkı da dahildir. Ön direktiflerinizi her zaman geri alabilirsiniz.

Seçmen Kaydı Hizmeti

1993 Ulusal Seçmen Kayıt Yasası tüm eyaletlerin resmi yardım ofisleri aracılığı ile seçmen kaydı yardımı sağlamasını talep etmektedir. Oy vermek üzere kayıt olmak için başvurmak veya kayıt olmaktan imtina etmek bu kuruluş tarafından size verilen hizmetleri ve size sağlanan avantajları etkilemeyecektir. Seçmen Kaydı formunu doldurmak için yardım isterseniz size yardım ederiz. Oy vermek üzere kayıt olma veya kayıt olmaktan imtina etme kararınız gizli tutulacak ve yalnız seçmen kaydı için kullanılacaktır. Eğer başka birisinin seçmenliğe kayıt olma veya kayıt olmaktan kaçınma hakkınıza veya kayıt olmaktan kaçınmada veya kayıt olmak için başvurmada gizlilik hakkınıza yahut kendi siyası partinizi seçme yahut başka siyasi tercih hakkınıza müdahale ettiğine inanıyorsanız bir şikâyet dilekçesi verebilirsiniz:

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

İmzanız

Haklarınızı ve sorumluluklarınızı anladıysanız ve vaka görevlinizin sorumluluklarını anladıysanız aşağıya imza atın.

Müşteri İmzası	Tarih
Yasal Temsilcinin İmzası	Tarih

Müşteriler ve çalışanlar için duyuru (Başlık VI ve VII) Washington Eyaleti Sosyal ve Sağlık Hizmetleri Departmanı bir eşit fırsat işverenidir ve herhangi bir işe alma alanında, programlarında veya hizmetlerinde yaş, cinsiyet, cinsel yönelim, cinsiyet, cinsiyet kimliği/ifadesi, medeni durumu, ırkı, mezhebi, rengi, ulusal kökeni, dini veya inançları, siyasal eğilimleri, askerlik durumu, şerefiyle emekli olan asker, Vietnam Dönemi, son olarak ayrılan veya diğer korunan emekli asker statüsü, duyusal, zihinsel, fiziksel engellilik veya engelli bir kişinin rehber köpek veya hizmet hayvanı kullanması, eşit ödeme veya genetik bilgi nedeniyle ayrımcılık yapmaz.

Barcode label

16172

Ev ve Topluluk Yaşamı Yönetimi ile Gelişim Yetersizlikleri Yönetimi Tarafından Sunulan Hizmetlerden Yararlanırken Haklarınız ve Sorumluluklarınız

Vaka Görevlisi Talimatları

1. Formu müşteriyle birlikte gözden geçirerek müşterinin hakları ve sorumlulukları ile ilgili sorularını cevaplandırın. İlk CARE değerlendirmesinde (ya da form imzalanmamışsa Önemli Değişiklik/Yıllık değerlendirmede) müşteri ile birlikte gözden geçirin. Bir formun güncellenmiş bir sürümü varsa müşteriye güncellenmiş formu imzalamasını sağlayın. Sosyal hizmet görevlisi tarafından sunulan ve müşteri tarafından imzalanan en son müşteri hak ve sorumluluk formu, daha önce imzalanmış formların yerine geçer.
2. Ev ve Topluluk Yaşamı Yönetimi ve Gelişim Yetersizlikleri Yönetimi tarafından verilen hizmetleri alırken müşterinin hakları ve sorumluluklarını anladıklarını belirtmek üzere müşterinin veya müşteri temsilcisinin formun iki kopyasını imzalamasını sağlayın.
3. Bir kopyasını müşterinin elektronik dosya kaydına ekleyin ve diğer kopyasını müşteriye verin.