ІМ'Я КЛІЄНТА	ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР ACES

Ваші права та обов'язки під час отримання послуг, що пропонуються Адміністрацією з питань проживання вдома і в громаді та Адміністрацією у справах осіб з інвалідністю внаслідок вад розвитку

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

Доступні послуги

Ви маєте право вибирати з тих послуг, які маєте право отримати. Отримання послуг є добровільним. Послуги, які можуть оплатити Адміністрація з питань проживання вдома і в громаді та Адміністрація у справах осіб з інвалідністю внаслідок вад розвитку, можуть не допомогти вам задовольнити всі ваші потреби. HCLA та DDA пропонують послуги у наступних установах:

- Пансіонати сімейного типу для дорослих, пансіонати з доглядом за мешканцями, заклади розширеного обслуговування, заклади для літніх людей із медсестринським доглядом, заклади проміжного догляду для осіб з інтелектуальними порушеннями (ICF/ID), будинки компаньйонського проживання, дитячі прийомні сім'ї, ліцензовані дитячі житлові заклади з персоналом; групові будинки DDA, будинки групового навчання; АБО
- Власне житло особи. **Примітка:** HCLA та DDA не надають оплачувані послуги з особистого догляду цілодобово у власному житлі особи. Якщо потрібен цілодобовий догляд, можуть розглядатися інші варіанти послуг.

У цьому документі ваш кейс-менеджер в Агентстві з питань старіння вашого регіону, менеджер із ресурсів для ведення справ DDA, консультант із медсестринського догляду, консультант із догляду, спеціаліст із соціальних послуг у сфері послуг для проживання вдома і в громаді або кейс-менеджер у закладі HCS для літніх людей із медсестринським доглядом називається **працівником, який веде вашу справу**.

Ваші права

Ви маєте право:

- Щоб з вами поводилися з гідністю, повагою та без дискримінації;
- Щоб до вашого майна ставилися з повагою;
- Працювати у партнерстві зі своїм працівником, який веде вашу справу, у плануванні вашого догляду;
- Безкоштовно користуватися послугами усного перекладача, якщо ви недостатньо добре розмовляєте англійською мовою або не розумієте її;
- На конфіденційність інформації про вас у межах, дозволених законодавством і правилами DSHS;
- Не бути змушеним відповідати на запитання або робити те, чого ви не хочете;
- Отримувати інформацію про всі послуги, які ви можете отримати, та робити вибір щодо послуг, які ви хочете чи не хочете отримувати;
- Отримувати в письмовій формі інформацію про рішення агенції та копію вашого плану догляду або короткого опису плану підтримки;
- Відмовитися від усіх послуг;
- Обирати, звільняти або змінювати кваліфікованого постачальника послуг;
- Отримувати результати перевірки біографічних даних будь-якого індивідуального постачальника послуг, якого ви обираєте;
- Звернутися до керівника, якщо ви та ваш працівник, який веде вашу справу, не дійшли згоди;
- У будь-який час подавати скаргу або висловлювати занепокоєння щодо дій штату або постачальника послуг у процесі планування вашого догляду, щодо плану догляду, послуг або будь-чого іншого, чим ви незадоволені у вашому домашньому та громадському середовищі. Ви маєте право подати скаргу без побоювання помсти. Ви можете подати скаргу або висловити занепокоєння, зателефонувавши за номером 1-800-737-0617, надіславши електронного листа на адресу grievances@dshs.wa.gov, або звернувшись до будь-якого співробітника DDA чи HCLA за інформацією про те, як подати скаргу;
- Вимагати проведення адміністративного слухання, навіть якщо ви вже подали скаргу;
- Подавати скаргу без побоювання негативних наслідків, навіть якщо ви подали запит на проведення адміністративного слухання;
- Звернутися до адвоката, зателефонувавши за номером 1-888-201-1014; та
- Не зазнавати насильства, нехтування, фінансової експлуатації або залишення без догляду. Щоб отримати опис цих термінів, відвідайте: https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse Якщо ви або хтось із ваших знайомих зазнаєте насильства, нехтування або експлуатації, зателефонуйте за безкоштовним номером DSHS 1-866 (End Harm) /1-866-363-4276, щоб поговорити з працівником, який зможе вам допомогти.

Barcode label

16172

ІМ’Я КЛІЄНТА	ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР ACES

Ваші обов’язки

Ви зобов’язані:

- Дозволяти працівнику, який веде вашу справу, проводити оцінювання вашого стану щонайменше раз на рік у зручному для вас місці;
- Дозволяти працівнику, який веде вашу справу, оглядати умови вашого проживання щонайменше раз на рік;
- Надавати нам достатньо інформації для проведення оцінювання вашого стану та допомагати в координації вашого плану догляду;
- Повідомляти працівника, який веде вашу справу, якщо хтось інший приймає за вас медичні або фінансові рішення;
- Брати участь у розробці вашого плану догляду або підтримки та підписати його;
- Своєчасно відповідати працівнику, який веде вашу справу, та підтримувати з ним зв’язок;
- Самостійно обирати медичне обслуговування;
- Обирати кваліфікованого постачальника послуг;
- Зберігати конфіденційність результатів перевірки біографічних даних постачальника послуг;
- Розуміти, що вашому постачальнику послуг не можуть оплачуватися послуги або години, які не були санкціоновані;
- Повідомляти працівника, який веде вашу справу, якщо у вас виникають проблеми з постачальником послуг або якщо ви не отримуєте кількість годин, зазначену вашим постачальником послуг;
- Щомісяця оплачувати послуги постачальника, якщо ви берете участь в оплаті свого догляду;
- Забезпечувати безпечне робоче середовище;
- Не поводитися таким чином, щоб наражати будь-кого на небезпеку;
- Повідомляти працівника, який веде вашу справу, перед від’їздом, якщо ви подорожуєте за межі штату Вашингтон разом зі своїм постачальником послуг з особистого догляду; та
- Повідомляти працівника, який веде вашу справу, про будь-які зміни у:
  - ✓ Стані вашого здоров’я;
  - ✓ Допомозі, яку ви отримуєте від родини, друзів або інших установ;
  - ✓ Вашому фінансовому становищі;
  - ✓ Місці, де ви отримуєте догляд;
  - ✓ Місці вашого проживання у штаті Вашингтон; або
  - ✓ Вашому місці проживання — якщо ви плануєте переїхати або вже проживаєте за межами штату Вашингтон.

Обов’язки працівника, який веде вашу справу

Працівник, який веде вашу справу, зобов’язаний:

- Ставитися до вас із гідністю та повагою;
- Забезпечувати конфіденційність вашої особистої інформації;
- Повідомляти вам, що HCLA та DDA можуть або не можуть зробити для вас;
- Отримувати від вас та інших осіб інформацію для проведення оцінювання з метою визначення рівня необхідної вам допомоги та послуг, які ви можете обирати;
  - ✓ Оцінювання включатиме ваші сильні сторони, обмеження, цілі та вподобання;
  - ✓ Оцінювання включатиме допомогу, яку ви вже отримуєте або можете отримувати від родини чи інших установ, а також те, як ви хочете, щоб ці послуги надавалися;
- Допомагати вам розробити план догляду або план підтримки, який передбачає допомогу з особистим доглядом та містить ваші особисті цілі, вподобання та вибір;
- Отримувати від вас та інших осіб інформацію для оновлення вашого плану догляду або плану підтримки щороку або у разі зміни вашого стану;
- Надавати вам достатньо часу для надання необхідної інформації;
- Вирішувати проблеми з вашим планом догляду або планом підтримки в міру їх виникнення;
- Поважати ваші права та надавати додаткову допомогу в отриманні послуг, якщо у вас є психічні, неврологічні, сенсорні або фізичні порушення; та
- Допомагати вам знайти кваліфікованого постачальника послуг, якщо ви не можете знайти його самостійно.

Barcode label

16172

ІМ’Я КЛІЄНТА	ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР ACES

Попередні розпорядження

У вас є право скласти попередні розпорядження. Попередні розпорядження можуть включати розпорядження про підтримання життя або довіреність, дія якої не припиняється внаслідок визнання довірителя недієздатним, щодо вашого медичного обслуговування. Попередні розпорядження підсумовують ваші побажання щодо медичного та/або психічного лікування, включаючи право прийняти або відмовитися від медичного, психічного чи хірургічного лікування, якщо ви не будете мати розумової здатності приймати такі рішення. Ви можете відкликати свої попередні розпорядження в будь-який час.

Послуги з реєстрації осіб, які мають право голосу

Національний закон 1993 року про реєстрацію осіб, які мають право голосу, вимагає від усіх штатів забезпечення допомоги в реєстрації таких осіб у своїх офісах громадської допомоги. Подання заявки з метою реєстрації для участі в голосуванні або відмова від реєстрації для участі в голосуванні не вплине на послуги або на кількість пільг, які вам надає агенція. Якщо ви хочете отримати допомогу при заповненні форми для реєстрації осіб, які мають право голосу, ми допоможемо вам. Ваше рішення про реєстрацію чи відмову від реєстрації залишатиметься конфіденційним і використовуватиметься лише для цілей реєстрації осіб, які мають право голосу. Якщо ви вважаєте, що хтось втручається у ваше право зареєструватися або відмовитися від реєстрації для голосування, ваше право на конфіденційність під час прийняття рішення про реєстрацію чи подачу заявки про реєстрацію для голосування, або ваше право вибрати власну політичну партію чи інші політичні вподобання, ви можете подати скаргу за адресою:

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

Ваш підпис

Поставте свій підпис нижче, якщо ви розумієте свої права та обов’язки, а також обов’язки працівника, який веде вашу справу.

Підпис клієнта	Дата
Підпис законного представника	Дата

Повідомлення для клієнтів та робітників (Title VI і VII). Департамент соціального забезпечення та охорони здоров’я штату Вашингтон є роботодавцем, який забезпечує рівні можливості, і не допускає дискримінації у будь-якій сфері працевлаштування, у своїх програмах чи послугах за ознакою віку, статі, сексуальної орієнтації, гендеру, гендерної ідентичності/самовираження, сімейного стану, раси, віросповідання, кольору шкіри, національного походження, релігії або переконань, політичної приналежності, військового статусу, через статус ветерана, звільненого з військової служби з честю, ветерана В’єтнамської ери, нещодавно звільненого з військової служби або інший статус ветерана, що охороняється законом, через наявність сенсорної, психічної чи фізичної інвалідності або використання особою з інвалідністю спеціально навченого собаки-поводиря чи іншої службової тварини, через право на рівну оплату праці або на підставі генетичної інформації.

Barcode label

16172

Ваші права та обов’язки під час отримання послуг, що пропонуються Адміністрацією з питань проживання вдома і в громаді та Адміністрацією у справах осіб з інвалідністю внаслідок вад розвитку

Інструкції для працівника, який веде справу

1. Перегляньте форму разом із клієнтом, щоб відповісти на будь-які запитання щодо прав та обов’язків клієнта. Перегляньте форму разом із клієнтом під час первинного оцінювання CARE (або під час оцінювання у зв’язку із суттєвою зміною обставин або стану клієнта / щорічного оцінювання, якщо форму не було підписано). Якщо існує оновлена версія форми, попросіть клієнта підписати оновлену форму. Найновіша форма про права та обов’язки клієнта, яку працівник, який веде справу, надав клієнту та яку клієнт підписав, замінює всі раніше підписані форми.
2. Попросіть клієнта або його представника підписати два примірники форми для підтвердження того, що вони розуміють права та обов’язки клієнта під час отримання послуг, що надаються Адміністрацією з питань проживання вдома і в громаді та Адміністрацією у справах осіб з інвалідністю внаслідок вад розвитку.
3. Один примірник долучіть до електронної справи клієнта, а інший передайте клієнту.