Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

Вашите права и отговорности, когато получавате услуги, предлагани от Администрацията за дългосрочна подкрепа и стареене и Администрацията недостатъци при развитие

Your Rights and Responsibilities When You Receive Services Offered by Aging and Long-Term Support Administration and Developmental Disabilities Administration

ИМЕ НА КЛИЕНТА
ACES ИДЕНТИФИКАЦИОНЕН НОМЕР

Достъпни услуги

Вие имате право да избирате услугите, за които сте подобни да ги получавате. Услугите не са задължителни. Услугите, за които могат да платят Администрацията за дългосрочна подкрепа и стареене (ALTSA) и Администрацията за недостатъци при развитие (DDA) може би няма да Ви помогнат да задоволите всички Ваши нужди.
ALTSA и DDA предлагат услуги в областта на:

- Дом за възрастни хора, обект за подпомогнато живеене, обект с увеличени услуги, обект за старческа помощ, дом с партньор, приемен дом за деца, лицензирано жилище с персонал за деца, групови домове на DDA, домове за групово обучение, ICF / IDs ИЛИ
- Лица със собствен дом **Забележка:** ALTSA и DDA не позволяват 24 часа/ден услуги за лична грижа на личността в своя дом. Ако е необходима 24 часова грижа, в този случай трябва да се вземат предвид други възможности

Агента по Вашия случай от AAA , мениджърът за ресурси по Вашия случай от DDA или специалистът за социални услуги от HCS в този документ се нарича **служител отговорен за Вашия случай**.

Вашите права:
Имате правото да:

- Бъдете третирани с достойнство, уважение и без дискриминация,
- Пазете информациите за Вас като лични в рамките на законите и DSHS правилата,
- Да не ви злоупотребяват, пренебрегват, използват финансово или напускат; ако познавате някой, с който се злоупотребява, пренебрегван е или използван, моля Ви обадете се на безплатния телефон на DSHS – 1-866-(End Harm) / 1-866-363-4276, за да говорите с служител, който може да Ви помогне,
- Уверете се, че с Вашата собственост се борави с уважение,
- Информирайте се за всички услуги, които получавате и изберете услугите, които искате или не искате,
- При планирането на Вашата грижа, работете заедно с служителя, отговорен за Вашия случай,
- Да не бъдете принудени да отговорите на въпроси или да направите нещо, което не искате;
- Поискайте писмени копия от решенията на Агенцията и поискайте копия от Вашата здравна застраховка или късо съдържание от Вашата застраховка за подкрепа,
- Говорете с някой шеф, ако не сте съгласни със служителят, отговорен за Вашия случай,
- Поискайте административно изслушване дори и когато имате подадена жалба,
- Подайте жалба без никакъв страх от щети дори и когато сте поискали административно изслушване,
- Консултирайте се с адвокат с позоваване на 1-888-201-1014,
- Откажете всички услуги,
- Ако не разбирате английски език, обадете се на преводач, за който Вие няма да платите.
- Изберете, освободете или променете квалифициран осигурител/доставчик на грижа, и
- Получавайте резултатите от допълнителната конкретна проверка относно всеки отделен осигурител/доставчик на грижи, които ще изберете.

Вашите отговорности
Вие сте отговорен да:

- позволите на служителя отговорен за Вашия случай да завърши Вашата оценка най-малко веднъж годишно на място, което най-много е подходящо за Вас,
- Да позволите на служителя отговорен за Вашия случай най-малко веднъж годишно, да прегледа обкръжението където живеете,
- Да ни позволите достатъчно информация, за да приключим Вашата оценка,
- Уведомете служителя отговорен за Вашия случай, ако някой друг от Ваше име приема услуги по отношение на здравето или финансите,
- Учствайте в развитието на Вашата здравна застраховка или застраховка за подкрепа и подпишете същото,
- Разберете, че на Вашият осигурител/доставчик на грижа не може да е платен за услуга или работни часове, които не са одобрени,
- Изберете Вашата здравна грижа
- Изберете квалифициран осигурител/доставчик на грижа,
- Осигурете безопасно работно място,
- Не публикувайте допълнителните подробни проверки на осигурителя/доставчика на грижа,

Barcode label

16172

Вашите отговорности (продължава)

- Кажете на служителя отговорен за Вашия случай, че имате проблеми с Вашия осигурител/доставчик на грижа или не получавате часовете, които трябва да ви позволи Вашият осигурител/доставчик на грижи,
- Плащайте на Вашия осигурител/доставчик на грижи всеки месец, ако вие подпомагате при плащането за грижите,
- Не постъпвайте така, че някой може да доведе в опасност, и
- Уведомете служителя отговорен за Вашия случай, ако има промяна в:

  - ✓ Вашето здравословно състояние,
  - ✓ Помощта, която получавате от семейството си или други агенции,
  - ✓ Където живеете, или
  - ✓ Вашата финансова ситуация.

Отговорности на служителя отговорен за Вашия случай

Служителят отговорен за Вашия случай е отговорен за:

- Да се отнася към Вас с достойнство и уважение,
- Да не нарушава Вашата поверителност,
- Да Ви уведомява какво ALTSA И DDA могат или не могат да направят за Вас,
- Да получи информация от Вас и други хора с цел да изготви оценка, която ще определи нивото на услугата, която трябва да ви позволи, както и услугите, от които можете да изберете.

  - ✓ Оценката ще включва Вашите силни страни, ограничения, цели и предпочитания.
  - ✓ Оценката ще включва помощта, която вече получавате или можете да получите от семейството си или други агенции както и начина, по който искате същите услуги да се извършат,

- Да ви помогне да развиете здравна застраховка или застраховка за подкрепа, която ще обхваща помощ с лична грижа и ще включва Вашите лични цели, предпочитания и избори,
- Да получи информация от Вас и другите за да може всяка година да актуализира Вашата здравна застраховка или застраховка за подкрепа или когато състоянието Ви ще се промени,
- Да ви даде достатъчно време, за да осигурите необходимата информация,
- Да решава проблемите по отношение на Вашата здравна застраховка или застраховка за подкрепа, както същите се появяват,
- Да зачита Вашите права и да ви позволи повече помощ при достъпа до услугите в случай, ако имате неврологични, сетилни или физически недостатъци, и
- Да ви помогне при намирането на квалифициран осигурител/доставчик на грижа, ако не сте в състояние да направите това.

Право на изразяване воля

Имате право да изготвите изразяване на Вашата воля. Изразяването на Вашата воля може да включва биологични атестат или дългосрочно пълномощно за Вашата здравна грижа. Изразяването на Вашата воля обхваща Вашите желания по отношение на здравеопазването и/или психологична грижа, включително правото да приемете или да откажете здравствена, психологична грижа или хирургично лечение, когато нямате умствените способности да решите. По всяко време можете да откжете изразяване на волята си.

Отдел по регистрация на избирател

Законът за регистрация на избирател в рамките на държавата от 1993 г. предвижда всички държави да осигурят помощ при регистрация на избирател чрез своите офиси за публична помощ. Записването за регистрация или отказ на регистрацията за гласуване няма да повлияе върху услугите или обхвата на ползи, които ще получавате от тази агенция. Ако искате помощ при попълването на формата за регистрация на избиратели, ние ще Ви помогнем. Вашето решение за регистрация или отказ на регистрация ще се провежда като поверителна и ще се използва единствено за целите на регистрацията на избирател. Ако смятате, че някой се е замесил във Вашето право на регистрация или отказ на регистрация на избирател, вашето право на поверителност при вземането на решение дали да се регистрирате или при записването за регистрация на избиратели, или пък във вашето право да изберете Вашата политическа партия или друго политическо предпочитане, можете да подадете жалба на следващия контакт:

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

Ваш подпис

Подпишете се върху долната линия, ако разбирате Вашите права и отговорности и разбирате отговорностите на служителя отговорен за Вашия случай.

_____
ПОДПИС НА КЛИЕНТА

_____
ДАТА

_____
ПОДПИС НА ЗАКОНЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ

_____
ДАТА

Your Rights and Responsibilities When You Receive Services Offered by Aging and Long-Term Support Administration and Developmental Disabilities Administration

INSTRUCTIONS

1. Present this form to the client when completing the initial CARE assessment and reviewing the care plan or support plan. If the client is already receiving services and did not previously sign this version of the form, present the form to the client at the next assessment. Review the form with the client to answer any questions about the client‘s rights and responsibilities.

2. Have the client or the client’s representative sign two copies of the form to indicate his/her understanding of the client’s rights and responsibilities when receiving services offered by Aging and Long-Term Support Administration and Developmental Disabilities Administration.

3. File one copy in the hard file or Document Management System (DMS) and give the other copy to the client.