

## Hak dan Kewajiban Anda Ketika Anda Menerima Layanan yang Ditawarkan oleh Aging and Long-Term Support Administration dan Developmental Disabilities Administration

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

NAMA KLIEN
NOMOR ID ACES

#### Layanan yang tersedia

Anda memiliki hak untuk memilih layanan yang sesuai dengan kondisi Anda. Layanan bersifat sukarela. Bantuan yang bisa dibayarkan oleh layanan Aging dan Long-Term Support Administration (AL TSA) dan Developmental Disabilities Administration (DDA) mungkin tidak dapat mencukupi semua kebutuhan Anda.

AL TSA dan DDA menawarkan layanan:

- *Adult Family Home* (rumah yang ditinggali oleh beberapa orang tua dengan disediakan perawatan untuk mereka), Fasilitas tempat tinggal untuk penyandang disabilitas, Fasilitas perawatan untuk orang dengan kebutuhan kompleks, Fasilitas Perawatan, *Companion Home* (*jasa pelayanan untuk menemani dan merawat orang tua di rumah*), Rumah anak asuh, Rumah tinggal untuk anak dengan pekerja berlisensi; Grup Rumah DDA, Grup Rumah Pelatihan, ICF/ID; atau
- Rumah pribadi. **Catatan:** AL TSA dan DDA tidak menyediakan layanan berbayar 24 jam/pelayanan perawatan pribadi di rumah pribadi. Jika menginginkan perawatan 24 maka pilihan layanan lainnya dapat dipertimbangkan.

*Pengelola Kasus AAA Anda, Pengelola Kasus Sumber DDA, atau Petugas Dinas Sosial HCS disebut petugas sosial dalam dokumen ini.*

#### Hak Anda

Anda memiliki hak untuk:

- Diperlakukan dengan bermartabat, hormat dan tanpa diskriminasi;
- Informasi pribadi Anda terjaga kerahasiaannya dalam batas-batas hukum dan aturan DSHS;
- Tidak dilecehkan, diabaikan, dimanfaatkan secara finansial, atau tidak diurus; jika Anda atau seseorang yang Anda kenal sedang dilecehkan, diabaikan atau dimanfaatkan, hubungi nomor telepon bebas pulsa DSHS di 1-866-(End Harm) / 866-363-4276 untuk berbicara dengan petugas yang dapat membantu Anda;
- Apakah barang kepunyaan milik Anda diperlakukan dengan baik;
- Beritahu tentang semua layanan yang Anda terima dan buat keputusan tentang layanan yang Anda inginkan.
- Bekerjasama dengan petugas sosial dalam merencanakan perawatan Anda;
- Tidak dipaksa untuk menjawab pertanyaan atau melakukan sesuatu yang tidak Anda inginkan ;

- Diberitahu secara tertulis keputusan agen dan menerima salinan rencana perawatan atau rencana bantuan Anda;
- Bicara dengan pengawas jika Anda dan petugas sosial tidak setuju;
- Meminta penjelasan melalui persidangan administrasi (administrative hearing) bahkan saat Anda sudah membuat pengaduan;
- Membuat pengaduan tanpa takut akan resiko bahkan jika Anda telah meminta persidangan administrasi;
- Bicara ke pengacara dengan menelepon ke 1-888-201-1014;
- Menolak semua layanan;
- Mendapat layanan jasa penerjemah yang diberikan kepada Anda secara gratis jika Anda tidak dapat berbicara atau mengerti bahasa Inggris dengan baik;
- Pilih, pecat atau ganti ke penyedia jasa lain yang lebih berkualitas; dan
- Menerima hasil pemeriksaan latar belakang untuk setiap penyedia layanan jasa yang Anda pilih.

#### Kewajiban Anda

Anda memiliki kewajiban untuk:

- Memperbolehkan petugas sosial melengkapi penilaian terhadap kondisi Anda setidaknya setiap tahun, di lokasi yang nyaman bagi Anda;
- Membiarkan petugas sosial melihat lingkungan sekitar Anda setidaknya setiap tahun;
- Memberi kami informasi yang cukup untuk melengkapi penilaian terhadap kondisi Anda;
- Beritahu petugas sosial jika orang lain membuat keputusan medis atau keuangan bagi Anda;
- Berpartisipasi dalam penyusunan rencana perlindungan dan bantuan untuk Anda, dan menandatangani;
- Memahami bahwa bahwa penyedia layanan jasa Anda tidak dibayar untuk layanan atau waktu-waktu tertentu yang tidak diperbolehkan.
- Pilih perawatan kesehatan Anda sendiri;
- Pilih penyedia layanan yang berkualitas;
- Sediakan tempat kerja yang aman;
- Simpan pemeriksaan latar belakang penyedia layanan jasa di tempat aman;



## Kewajiban Anda (lanjutan)

- Beritahu petugas sosial jika Anda mengalami masalah dengan penyedia layanan jasa atau jika Anda tidak mendapatkan waktu pelayanan seperti yang diklaim oleh penyedia jasa;
- Membayar penyedia layanan Anda setiap bulan jika Anda membantu membayar untuk biaya perawatan Anda;
- Tidak melakukan sesuatu yang bisa menempatkan orang dalam bahaya; dan
- Beritahu petugas sosial Anda jika ada perubahan:
  - ✓ Kondisi medis Anda;
  - ✓ Bantuan yang Anda dapatkan dari keluarga atau agen lain;
  - ✓ Dimana Anda tinggal; atau
  - ✓ Situasi keuangan Anda.

## Kewajiban Petugas Sosial

Petugas sosial berkewajiban untuk:

- Memperlakukan Anda dengan bermartabat dan hormat;
- Menjaga rahasia Anda;
- Memberitahu Anda apa yang bisa dan tidak bisa dilakukan ALTA dan DDA untuk Anda;
- Mendapatkan informasi dari Anda dan orang lain untuk melakukan penilaian untuk menentukan tingkat bantuan dan memutuskan layanan yang dapat Anda pilih.
  - ✓ Penilaian akan mencakup kelebihan Anda, keterbatasan, tujuan, dan preferensi Anda.
  - ✓ Penilaian akan meliputi bantuan yang telah Anda dapatkan dari keluarga atau agen lain dan bagaimana Anda menginginkan layanan dilakukan untuk Anda;
- Membantu Anda untuk menyusun rencana perawatan atau rencana bantuan yang membahas bantuan untuk perawatan pribadi dan termasuk juga tujuan pribadi Anda, preferensi, dan pilihan;
- Mendapatkan informasi dari Anda dan orang lain untuk memperbarui rencana perawatan atau rencana bantuan setiap tahun atau ketika kondisi Anda berubah;
- Memberikan Anda cukup waktu untuk memberikan informasi yang diperlukan;
- Mengatasi masalah dengan rencana perawatan atau rencana bantuan ketika mereka muncul;
- Menghormati hak-hak Anda dan memberikan lebih banyak bantuan pelayanan jika Anda memiliki gangguan mental, gangguan syaraf, gangguan pancaindera, atau gangguan gerak; dan
- Membantu Anda menemukan penyedia layanan yang memenuhi syarat jika Anda tidak dapat menemukannya sendiri.

## Instruksi Lanjutan

Anda memiliki hak untuk membuat instruksi lanjutan. Instruksi lanjutan mungkin berisi keinginan Anda atau kuasa yang lebih kuat kepada pengacara mengenai kesehatan Anda. Instruksi lanjutan memuat keinginan Anda mengenai perawatan kesehatan medis dan/atau kesehatan jiwa, termasuk hak untuk menerima atau menolak perawatan medis, kesehatan jiwa, atau tindakan bedah, bila Anda tidak memiliki kemampuan mental untuk membuat keputusan-keputusan tersebut. Anda dapat mencabut instruksi lanjutan Anda setiap saat.

## Layanan Pendaftaran Pemilih

Undang-Undang National Pendaftaran Pemilih Tahun 1993 mewajibkan negara bagian untuk memberikan bantuan pendaftaran pemilih melalui kantor publik mereka. Apakah Anda memilih untuk memberikan suara atau tidak berpartisipasi dalam pemilihan, tidak akan mempengaruhi kualitas layanan atau jumlah manfaat yang akan Anda terima dari agen Anda. Jika Anda membutuhkan bantuan dalam mengisi formulir pendaftaran pemilih, kami akan membantu Anda. Keputusan Anda untuk mendaftar atau menolak akan dirahasiakan dan hanya digunakan untuk tujuan pendaftaran pemilih. Jika Anda yakin bahwa ada seseorang yang campur tangan saat Anda membuat keputusan mengikuti pemilihan atau tidak, Anda dapat melaporkannya. Anda mempunyai hak dalam memutuskan apakah Anda akan mendaftar menjadi pemilih dan memberikan suara. Anda mempunyai hak untuk memilih partai politik atau pilihan politik lainnya sesuai keinginan Anda sendiri. Anda dapat melaporkan pengaduan ke:

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

## Tanda Tangan Anda

Tanda tangan di bawah jika Anda memahami hak dan kewajiban Anda dan memahami kewajiban petugas sosial Anda.

---

TANDA TANGAN KLIEN

---

TANGGAL

---

TANDA TANGAN PERWAKILAN HUKUM

---

TANGGAL

**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.