

노인장기지원국과 발달장애지원국이  
제공하는 서비스 수혜 시 수혜자의 권리와 책임  
Your Rights and Responsibilities When You Receive Services  
Offered by Aging and Long-Term Support Administration and  
Developmental Disabilities Administration

의뢰인 이름
ACES ID 번호

### 이용할 수 있는 서비스

귀하에게는 수혜할 자격이 있는 서비스를 선정할 권리가 있습니다. 서비스는 귀하가 원할 경우 이루어집니다. 노인장기지원국(ALTSA) 및 발달장애지원국(DDA)이 비용을 지급해줄 수 있는 서비스에서 귀하의 모든 요구가 충족되지 않을 수도 있습니다.

ALTSA 및 DDA 는 다음 분야의 서비스를 제공합니다.

- 성인 패밀리 홈, 생활 보조 시설, 향상된 서비스 시설, 요양 시설, 컴패니언 홈, 아동 위탁 가정, 아동 유연허 직원 상주 입주 홈, DDA 그룹 홈, 그룹 훈련 홈, ICF/ID, 또는
- 당사자의 자택. **참고:** ALTSA 및 DDA 는 해당 개인의 자택에서 하루 24 시간 유급 개인위생관리서비스를 제공하지 않습니다. 24 시간 개인위생관리서비스를 희망하는 경우, 다른 서비스 옵션을 고려해볼 수 있습니다.

이 문서에서는 귀하의 AAA 사례 관리자, DDA 사례 자원 매니저, 또는 HCS 사회 복지사 전문가를 **사례담당자(case worker)**라고 통칭합니다.

### 귀하의 권리

귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 품위 있고 존중하는 태도로 차별 없이 대우 받을 권리
- 본인에 관한 정보를 해당 법규 및 DSHS 규정 한도 내에서 기밀로 취급 받을 권리
- 학대, 방치, 재정적 착취, 또는 유기 당하지 않을 권리: 주변에 아는 사람이 학대, 방치 또는 착취를 당하고 있다면, DSHS 무료 전화 번호 1-866-(End Harm) / 1-866-363-4276 으로 전화해서 도움을 구하십시오
- 귀하의 소유물을 소중하게 취급 받을 권리
- 귀하가 받을 수 있는 모든 서비스에 관한 정보를 들을 권리 및 원하거나 원하지 않는 서비스를 선택할 권리
- 귀하의 간병을 계획하는 데 사례담당자와 협력해 계획할 권리
- 질문에 대해 답하거나 원하지 않는 것을 하라고 강요 받지 않을 권리

- 기관에서 내린 결정에 대해 서면으로 통지를 받고 귀하의 치료 계획서 또는 지원 계획 요약서 사본을 제공받는다
- 귀하 및 담당 사회복지사가 동의하지 않을 경우 감독자에게 말할 권리
- 이의를 제기한 경우에도 행정 심의회를 요청한다
- 행정 심의회를 요청한 경우에도 손해를 입을 두려움 없이 이의를 제기할 권리
- 1-888-201-1014 로 전화해서 대변자와 상의할 권리
- 모든 서비스를 거절할 권리
- 영어를 구사하거나 이해할 수 없는 경우 무료로 통역 서비스를 제공 받을 권리
- 유자격 간병인을 선택, 해고 또는 교체할 권리
- 선택한 개인 간병인에 대한 신원조회 결과를 제공 받을 권리.

### 귀하의 책임

귀하에게는 다음과 같은 책임이 있습니다.

- 사례담당자가 귀하에게 편리한 장소에서 일년에 한 번 이상 귀하에 대한 평가를 완수하게 할 책임
- 사례담당자가 일년에 한 번 이상 귀하의 거주 환경을 관찰하게 할 책임
- 귀하에 대한 평가를 완수할 수 있도록 충분한 정보를 제공할 책임
- 귀하 대신 다른 사람이 의료 또는 재정 문제를 결정하는 경우 이를 사례 복지사에게 말할 책임.
- 치료 또는 지원 계획을 수립할 때 참여하고 그 계획서에 서명할 책임.
- 정식으로 허가 받지 않은 서비스 또는 근무 시간에 대해서는 간병인이 보수를 지불 받을 수 없다는 사실을 이해할 책임
- 자신의 건강보험사(health care)를 선택할 책임
- 유자격 간병인을 선택할 책임
- 간병인에게 안전한 근무 장소를 제공할 책임.
- 의료 제공자에 대한 신원조회 정보를 기밀로 취급할 책임



## 귀하의 책임 (계속)

- 간병인 때문에 문제가 있거나 간병인이 주장한 시간만큼 간병을 받지 못하는 경우 사회복지사에게 알릴 책임
- 간병 비용을 일부 무담할 경우 매달 간병인에게 지불할 책임
- 사람을 위협에 처하게 하는 행동을 하지 않을 책임
- 다음 변경 사항이 있으면 사회복지사에게 알릴 책임
  - ✓ 귀하의 건강 상태
  - ✓ 가족 또는 다른 기관으로부터 받는 지원
  - ✓ 거주지
  - ✓ 재정 상태

## 사회복지사의 책임

사회복지사에게는 다음과 같은 책임이 있습니다.

- 품위와 존중의 태도로 귀하를 대할 책임
- 귀하의 정보를 기밀로 유지할 책임
- ALTA 및 DDA 가 귀하를 위해 할 수 있는 일 또는 할 수 없는 일을 귀하에게 알려야 할 책임
- 귀하와 다른 사람으로부터 귀하의 지원 등급 결정을 위한 평가 및 귀하가 선택할 수 있는 서비스를 결정하기 위한 평가에 필요한 정보를 얻을 책임.
  - ✓ 평가에는 귀하의 장점, 제약사항, 목표 및 우선사항 등을 포함하고,
  - ✓ 가족이나 다른 기관으로부터 이미 받고 있거나 받을 수 있는 도움 및 어떻게 서비스를 받기 원하는지 등을 포함할 수 있습니다.
- 개인위생관리에 대한 지원과 귀하의 개인 목표, 우선사항 및 선택사항을 포함하는 치료계획서 또는 지원계획서 작성을 지원할 책임
- 매년 또는 귀하의 상태가 변경되는 경우 귀하의 치료계획서 또는 지원계획서 갱신에 필요한 정보를 귀하나 다른 사람으로부터 얻을 책임
- 귀하에게 필요한 정보를 요구할 때 충분한 시간을 줄 책임
- 치료계획서 또는 지원계획서에 발생하는 문제를 다룰 책임
- 귀하의 권리를 존중하고 귀하에게 정신성, 신경성, 지각신경 또는 신체적 장애가 있을 경우 더 많은 서비스를 제공할 권리
- 귀하가 유자격 간병인을 찾을 수 없을 경우 유자격 간병인을 찾을 수 있도록 도울 책임.

## 사전의사결정서(Advance Directives)

귀하에게는 사전의사결정서를 작성할 권리가 있습니다. 사전의사결정서에는 유서 또는 건강관리 위임권이 포함될 수 있습니다. 사전의사결정서는 환자가 스스로 판단할 수 없는 상태일 경우를 대비해 의료, 정신건강 또는 외과적 치료 수용/거절을 포함하여 의료 및/또는 정신건강치료에 관해 본인이 원하는 바를 미리 작성해 놓는 문서입니다. 이 사전의사결정서는 언제든지 폐지할 수 있습니다.

## 유권자 등록 서비스(Voter Registration Service)

모든 주(州)는 1993년 전국유권자등록법(National Voter Registration Act of 1993)에 따라 각 주의 대민지원기관을 통해 유권자등록을 지원할 의무가 있습니다. 투표를 하기 위해 등록 신청을 하거나 투표 등록을 거절한다고 해서 본 기관에서 제공하는 서비스나 보조금 액수에 영향을 미치지 않습니다. 유권자 등록 양식을 작성하는 데 도움이 필요한 경우 지원해 드립니다. 유권자 등록 여부에 대한 귀하의 결정사항은 기밀로 취급되며 해당 정보는 유권자 등록 용도로만 사용됩니다. 유권자 등록 또는 등록 거절에 대한 귀하의 권리를 침해하거나 투표를 위한 등록 또는 등록 신청 결정에 따른 사생활보호권 등을 침해 또는 본인이 원하는 정당 또는 기타 우선하는 정당을 선택할 권리를 침해하는 사람이 있으면 아래 주소로 이의를 제기할 수 있습니다.

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

## 귀하의 서명

귀하의 권리와 책임 그리고 귀하의 사회복지사의 책임을 이해할 경우 아래에 서명해 주십시오.

---

수혜자 서명

---

날짜

---

법적 대리인 서명

---

날짜

**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.