



**Sus derechos y responsabilidades cuando recibe servicios ofrecidos por la Administración de Adultos Mayores y Apoyo a Largo Plazo y la Administración de Discapacidades del Desarrollo**  
**Your Rights and Responsibilities When You Receive Services Offered by Aging and Long-Term Support Administration and Developmental Disabilities Administration**

NOMBRE DEL CLIENTE
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN ACES

**Servicios disponibles**

Usted tiene derecho a elegir entre los servicios para los que es elegible. Los servicios son voluntarios. Los servicios que la Administración de Adultos Mayores y Apoyo a Largo Plazo (por sus siglas en inglés, "AL TSA") y la Administración de Discapacidades del Desarrollo (por sus siglas en inglés, "DDA") pueden pagar podrían no ayudarle con todas sus necesidades.

AL TSA y DDA ofrecen servicios en:

- Un hogar familiar para adultos, instalación de vida asistida, instalación de servicios mejorados, instalación de enfermería, hogar de compañeros, hogar temporal para niños, hogar residencial con personal autorizado para niños, hogares grupales de DDA, hogares de entrenamiento grupal, ICF/IDs; O
- El propio hogar de una persona. **Nota:** AL TSA y DDA no ofrecen servicios de cuidado personal remunerados las 24 horas del día en el propio hogar de una persona. Si se desea atención las 24 horas se pueden considerar otras opciones de servicio.

Su administrador del caso de AAA, administrador de recursos del caso del DDA o especialista en trabajo social de HCS es denominado un **asistente del caso** en este documento.

**Sus derechos**

Usted tiene derecho a:

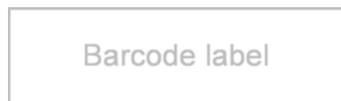
- Ser tratado con dignidad, respeto y no ser discriminado;
- Que su información se mantenga confidencial dentro de los límites de las leyes y las reglamentaciones de DSHS;
- No sufrir maltrato, descuido, explotación financiera o abandono; si usted o alguien que conozca sufre de maltrato, descuido o explotación, llame sin costo al DSHS al 1-866-(End Harm) / 1-866-363-4276 para hablar con un asistente que pueda ayudarle;
- Que su propiedad sea tratada con respeto;
- Ser informado sobre todos los servicios que puede recibir y a elegir los servicios que quiera y no quiera recibir;
- Trabajar en conjunto con su asistente del caso en la planificación de su cuidado;
- No ser obligado a contestar preguntas o a hacer algo que no quiere hacer;

- Ser informado por escrito acerca de las decisiones de la agencia y recibir una copia del resumen de su plan de cuidado o plan de apoyo;
- Hablar con un supervisor si usted y su trabajador de servicios sociales no están de acuerdo;
- Solicitar una audiencia administrativa incluso si ha presentado una queja;
- Presentar una queja sin temor de ser perjudicado incluso si ha solicitado una audiencia administrativa;
- Hablar con un defensor llamando al 1-888-201-1014;
- Rechazar todos los servicios;
- Ser provisto de servicios de interpretación sin cargo si usted no puede hablar o entender inglés con fluidez;
- Elegir, despedir o cambiar a un proveedor calificado; y
- Recibir los resultados de la verificación de antecedentes de cualquier proveedor individual que usted elija.

**Sus responsabilidades**

Usted tiene la responsabilidad de:

- Permitir que el asistente del caso complete su evaluación al menos una vez al año en un lugar conveniente para usted;
- Permitir que el asistente del caso vea su entorno de vida al menos una vez al año;
- Darnos suficiente información para completar su evaluación;
- Informar a su asistente del caso si alguien más toma decisiones médicas o financieras por usted;
- Participar en el desarrollo de su plan de cuidado o plan de apoyo y firmarlo;
- Comprender que su proveedor no puede recibir pago por servicios u horas que no estén autorizados;
- Escoger su propia atención médica;
- Escoger un proveedor calificado;
- Proporcionar un lugar de trabajo seguro;
- Mantener con carácter confidencial las verificaciones de antecedentes del proveedor;



## Sus responsabilidades (continuación)

- Informar a su asistente del caso si está teniendo problemas con su proveedor o si usted no está recibiendo las horas reclamadas por su proveedor;
- Pagar a su proveedor cada mes si ayuda a pagar por su atención;
- No actuar de una manera que pueda poner en peligro a alguien; e
- Informar a su asistente del caso si se produce un cambio en:
  - ✓ Su condición médica;
  - ✓ La ayuda que recibe de su familia o de otras agencias;
  - ✓ Dónde vive; o
  - ✓ Su situación financiera.

## Responsabilidades del asistente del caso

Su asistente del caso es responsable de:

- Tratarlo con dignidad y respeto;
- Mantener su privacidad;
- Notificarle lo que AL TSA y DDA pueden y no pueden hacer por usted;
- Obtener información de usted y de otras personas para realizar una evaluación con el fin de determinar su nivel de asistencia y decidir qué servicios puede elegir.
  - ✓ La evaluación incluirá sus fortalezas, limitaciones, objetivos y preferencias.
  - ✓ La evaluación incluirá la ayuda que ya está recibiendo o que puede obtener de la familia u otras agencias y cómo quiere que se realicen los servicios;
- Ayudarle a desarrollar un plan de cuidado o plan de apoyo que se ocupe de la asistencia con el cuidado personal e incluya sus objetivos, preferencias y selecciones personales;
- Obtener información de usted y de otras personas para actualizar su plan de cuidado o plan de apoyo cada año o cuando cambie su condición;
- Darle tiempo suficiente para proporcionar la información que se necesita;
- Tratar los problemas con su plan de cuidado o plan de apoyo a medida que surjan;
- Respetar sus derechos y brindar más ayuda en el acceso a los servicios si tiene impedimentos mentales, neurológicos, sensoriales o físicos; y
- Ayudarle a encontrar un proveedor calificado si usted no es capaz de encontrar uno.

## Directivas anticipadas

Usted tiene derecho a elaborar directivas anticipadas. Las directivas anticipadas pueden incluir un testamento en vida o una carta poder duradera para su atención médica. Las directivas anticipadas resumen sus deseos acerca de la atención médica y/o atención de salud mental, incluyendo el derecho a aceptar o rechazar tratamiento médico, de salud mental o quirúrgico, cuando usted no tiene la capacidad mental para tomar esas decisiones. Usted puede revocar sus directivas anticipadas en cualquier momento.

## Servicio de registro de votante

La Ley Nacional de Registro de Votantes de 1993 requiere que todos los estados brinden ayuda para el registro de votantes mediante sus oficinas de asistencia pública. Hacer una solicitud para registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará los servicios o el monto de los beneficios que le brindará esta agencia. Si desea ayuda para completar el formulario de registro de votante, le ayudaremos a hacerlo. Su decisión de registrarse o negarse a registrarse se mantendrá confidencial y sólo se usará para fines de registro de votante. Si cree que alguien ha interferido en su derecho a registrarse o negarse a registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir registrarse o solicitar registrarse para votar, o su derecho a escoger su propio partido político u otra preferencia política, usted puede presentar una queja en:

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

## Su firma

Firme en la línea a continuación si comprende sus derechos y responsabilidades y comprende las responsabilidades de su asistente del caso.

---

FIRMA DEL CLIENTE

---

FECHA

---

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

---

FECHA

**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.