Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

สิทธิและหน้าที่ของท่านเมื่อรับบริการที่เสนอให้โดยเจ้าหน้าที่ฝ่ายให้ความช่วยเหลือระยะยาวแก่ผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าฝ่ายพัฒนาการบุคคลทุพลภาพ

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

ชื่อผู้รับบริการ
เลขประจำตัว ACES

บริการที่ใช้ได้

ท่านมีสิทธิที่จะเลือกรับบริการที่ท่านอาจมีสิทธิได้รับ
การให้บริการนั้นเป็นไปตามความสมัครใจ
การให้บริการซึ่งเจ้าหน้าที่ฝ่ายให้ความช่วยเหลือระยะยาวแก่ผู้สูงอายุ (ALTSA) และเจ้าหน้าที่ฝ่ายพัฒนาการบุคคลทุพลภาพ (DDA)
อาจให้บริการอาจจะไม่ช่วยเหลือท่านได้ตามความต้องการในทุกๆ เรื่อง

- บ้านพักผู้ใหญ่
  การให้ความช่วยเหลือทางด้านความเป็นอยู่
  การให้ความช่วยเหลือทางด้านบริการพิเศษ
  การให้ความช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาล
  สถานเลี้ยงเด็กที่ได้รับใบอนุญาต
  บ้านในกลุ่มฝ่ายพัฒนาการบุคคลทุพลภาพ
  บ้านการฝึกฝนเป็นกลุ่ม IFC/ID หรือ
- บ้านส่วนบุคคล **หมายเหตุ** ALTSA และ DDA
  ไม่มีบริการการดูแลส่วนบุคคลตลอด 24 ชั่วโมงในบ้านส่วนบุคคล
  หากต้องการรับบริการการดูแลตลอด 24 ชั่วโมงอาจจะต้องพิจารณาเลือกใช้บริการอื่น

ผู้จัดการการดูแล AAA ของท่าน
ผู้จัดการทรัพยากรฝ่ายพัฒนาบุคคลทุพลภาพหรือผู้เชี่ยวชาญการบริการสังคม HCS ในเอกสารนี้ เรียกว่า **ผู้ดูแล**

สิทธิของท่าน

ท่านมีสิทธิที่จะ

- ได้รับการปฏิบัติอย่างมีเกียรติ เคารพ และปราศจากการเลือกปฏิบัติ
- ได้รับการเก็บรักษาข้อมูลของท่านไว้เป็นความลับตามขอบเขตของกฎหมายหรือกฎหมายของ DSHS (กรมบริการสุขภาพและสังคม)
- ไม่ถูกล่วงละเมิด ละเลย เอาเปรียบทางด้านการเงิน หรือทอดทิ้ง หากท่านหรือบุคคลที่ท่านรู้จักถูกล่วงละเมิด ละเลย หรือเอาเปรียบ โปรดติดต่อสายด่วน DSHS โดยไม่มีค่าใช้จ่ายที่หมายเลข 1-866-(End Harm) / 1-866-363-4276
  เพื่อติดต่อกับพนักงานที่อาจช่วยเหลือท่านได้
- ได้รับการดูแลทรัพย์สินของท่านด้วยความเคารพ
- ได้รับแจ้งเกี่ยวกับบริการที่ท่านสามารถรับได้และเลือกบริการที่ท่านต้องการหรือไม่ต้องการได้
- ทำงานเป็นหุ้นส่วนร่วมกันกับผู้ดูแลในการวางแผนการดูแลของท่าน
- ไม่มีการบังคับให้ตอบคำถามหรือกระทำการอันใดที่ท่านไม่ต้องการ
- ได้รับการบอกกล่าวคำตัดสินของผู้แทนเป็นลายลักษณ์อักษรและได้รับสำเนาแผนการดูแลของท่านหรือข้อสรุปแผนการให้ความช่วยเหลือ
- พูดคุยกับผู้ควบคุมดูแลหากท่านหรือผู้ดูแลของท่านไม่อาจตกลงกันได้
- ร้องขอให้มีการไต่สวนทางด้านการบริหารจัดการหากท่านได้มีคำร้องทุกข์
- ทำการร้องทุกข์โดยไม่ต้องเกรงกลัวหรือได้รับอันตราย
  หากท่านได้ร้องขอให้มีการไต่สวนทางด้านการบริหารจัดการ
- พูดคุยกับผู้ให้ความช่วยเหลือโดยโทร 1-888-201-1014
- ปฏิเสธไม่รับบริการทั้งหมด
- รับบริการล่ามโดยไม่มีค่าใช้จ่ายหากท่านไม่สามารถพูดหรือไม่เข้าใจภาษาอังกฤษได้เป็นอย่างดี
- เลือก ถอดถอน
  หรือเปลี่ยนแปลงผู้ให้บริการที่มีคุณสมบัติ และ
- รับผลการตรวจสอบภูมิหลังสำหรับผู้ให้บริการอิสระที่ท่านเลือก

หน้าที่ของท่าน

ท่านมีหน้าที่ที่จะต้อง

- อนุญาตให้ผู้ดูแลทำการประเมินให้เสร็จสมบูรณ์อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้งในสถานที่ที่ท่านสะดวก
- อนุญาตให้ผู้ดูแลเข้าชมสภาพความเป็นอยู่ของท่านอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง
- ให้ข้อมูลที่เพียงพอต่อทางเจ้าหน้าที่เพื่อให้ทำการประเมินได้จนเสร็จสมบูรณ์
- แจ้งให้ผู้ดูแลทราบหากมีบุคคลอื่นใดทำการตัดสินใจทางด้านการแพทย์หรือทางด้านการเงินแทนท่าน
- เข้าร่วมในการพัฒนาการรักษาพยาบาลหรือแผนการให้ความช่วยเหลือของท่าน และลงชื่อเข้าร่วม
- ทำความเข้าใจว่าผู้ให้บริการของท่านไม่อาจได้รับชำระเงินจากการให้บริการหรือรายชั่วโมงที่ให้บริการได้หากมิได้รับอนุญาต
- เลือกการดูแลสุขภาพของตัวท่านเอง
- เลือกผู้ให้บริการที่มีคุณสมบัติเหมาะสม
- จัดเตรียมสถานที่ปฏิบัติงานที่มีความปลอดภัย
- รักษาการตรวจสอบของผู้ให้บริการไว้เป็นความลับ

Barcode label

16172

หน้าที่ของท่าน (ต่อ)

- แจ้งให้ผู้ดูแลของท่านทราบหากท่านมีปัญหากับผู้ให้บริการหรือหากไม่ได้รับการบริการตามชั่วโมงที่ผู้ให้บริการได้กล่าวอ้างไว้
- ชำระเงินให้แก่ผู้ให้บริการทุกเดือนหากท่านช่วยชำระเงินสำหรับการดูแลของท่าน
- ไม่กระทำการใดซึ่งทำให้บุคคลหนึ่งใดตกอยู่ในอันตราย และ
- แจ้งให้ผู้ดูแลของท่านทราบหากมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้
  - ✓ อาการของท่าน
  - ✓ ความช่วยเหลือที่ท่านได้รับจากครอบครัวหรือหน่วยงานอื่นๆ
  - ✓ ที่อยู่ของท่าน หรือ
  - ✓ สถานการณ์ทางการเงินของท่าน

หน้าที่ของผู้ดูแล

ผู้ดูแลของท่านมีหน้าที่

- ปฏิบัติต่อท่านอย่างมีเกียรติและด้วยความเคารพ
- รักษาความลับของท่าน
- แจ้งให้ท่านทราบว่า ALTSA และ DDA สามารถทำสิ่งใดและไม่สามารถทำสิ่งใดให้แก่ท่านได้
- เก็บข้อมูลจากท่านหรือบุคคลอื่นเพื่อทำการประเมินและกำหนดระดับการให้ความช่วยเหลือของท่านและตัดสินว่าท่านสามารถเลือกบริการใดได้บ้าง
  - ✓ การประเมินจะต้องรวมถึงความแข็งแรง ข้อจำกัด เป้าหมายและความชอบของท่าน
  - ✓ การประเมินจะรวมถึงความช่วยเหลือซึ่งท่านได้รับอยู่ในปัจจุบันแล้วหรือสามารถได้รับจากครอบครัวหรือหน่วยงานอื่นๆ และท่านมีความต้องการให้บริการเป็นเช่นไร
- ให้ความช่วยเหลือแก่ท่านเพื่อพัฒนาแผนการดูแลและการให้ความช่วยเหลือซึ่งช่วยให้ความช่วยเหลือในด้านการดูแลรักษาส่วนตัว รวมทั้งเป้าหมาย ความชอบ และทางเลือกส่วนบุคคลของท่าน
- เก็บข้อมูลจากท่านและบุคคลอื่นเพื่อปรับปรุงแผนการดูและการให้ความช่วยเหลือของท่านให้ทันสมัยตลอดทุกๆปีหรือเมื่ออาการของท่านมีการเปลี่ยนแปลง
- ให้เวลาที่เพียงพอแก่ท่านในการให้ข้อมูลที่จำเป็น
- แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับแผนการดูแลหรือการให้ความช่วยเหลือของท่าน
- เคารพในสิทธิของท่านและให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติมในการเข้าถึงบริการหากท่านมีความบกพร่องทางด้านจิตใจ ระบบประสาท การรับรู้ หรือทางกายภาพ และ
- ช่วยท่านค้นหาผู้ให้บริการที่มีคุณสมบัติซึ่งท่านไม่อาจพบได้ด้วยตนเอง

คำสั่งล่วงหน้า

ท่านมีสิทธิที่จะออกคำสั่งล่วงหน้า
คำสั่งล่วงหน้าอาจรวมถึงพินัยกรรมที่มีผลในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่หรือหนังสือมอบอำนาจสำหรับบริการทางสุขภาพของท่าน
คำสั่งล่วงหน้าจะต้องสรุปความประสงค์ของท่านเกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาลทางด้านการแพทย์หรือทางด้านจิตใจ รวมทั้ง สิทธิที่จะได้รับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาล การรักษาทางด้านจิตใจ หรือการเข้ารับการผ่าตัด
เมื่อท่านไม่สามารถทำการตัดสินใจในเรื่องดังกล่าวได้
ท่านอาจเพิกถอนคำสั่งล่วงหน้าของท่านได้ตลอดเวลาไม่ว่าในเวลาใด

บริการจดทะเบียนผู้มีสิทธิออกเสียง

พระราชบัญญัติการจดทะเบียนผู้มีสิทธิออกเสียงแห่งชาติ ค.ศ. 1993
กำหนดให้รัฐทั้งหมดจะต้องให้ความช่วยเหลือในด้านการจดทะเบียนแก่ผู้มีสิทธิออกเสียงโดยผ่านทางสำนักงานฝ่ายให้ความช่วยเหลือสาธารณะ
การยื่นจดทะเบียนหรือปฏิเสธไม่จดทะเบียนออกเสียงจะไม่มีผลต่อบริการหรือจำนวนผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากหน่วยงานนี้
หากท่านต้องการให้ความช่วยเหลือในการส่งต่อแบบจดทะเบียนผู้มีสิทธิออกเสียง
ทางเจ้าหน้าที่จะช่วยเหลือท่าน
การตัดสินใจของท่านท่านจะจดทะเบียนหรือปฏิเสธไม่จดทะเบียนออกเสียงจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ
และใช้สำหรับวัตถุประสงค์ในการจดทะเบียนผู้มีสิทธิออกเสียงเท่านั้น
หากท่านเชื่อว่ามีบุคคลหนึ่งใดได้ขัดขวางรบกวนสิทธิในการจดทะเบียนหรือปฏิเสธที่จะจดทะเบียน
สิทธิที่จะเก็บรักษาการตัดสินจดทะเบียนหรือไม่จดทะเบียนของท่านไว้เป็นความลับ
หรือสิทธิของท่านที่จะเลือกพรรคการเมืองหรือความพอใจทางด้านการเมืองอื่นๆ ท่านอาจยื่นคำร้องทุกข์มายัง

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

ลงนาม

ลงนามในเส้นบรรทัดด้านล่างนี้หากท่านเข้าใจถึงสิทธิและหน้าที่ของท่าน
และเข้าใจหน้าที่ของผู้ดูแลของท่านแล้ว

_____
ลายมือชื่อผู้รับบริการ

_____
วันที่

_____
ลายมือชื่อของตัวแทนทางกฎหมาย

_____
วันที่

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.