

**Ձեր իրավունքներն ու պարտականությունները,
Տարեցների և երկարատև խնամքի վարչության
և Զարգացման խանգարումների վարչության կողմից
ծառայություններ ստանալիս
Your Rights and Responsibilities When You Receive Services Offered by
Aging and Long-Term Support Administration and Developmental
Disabilities Administration**

ՀԱՃԱՆՈՐԴԻ ԱՆՈՒՆ
ACES ՆՈՒՅՆԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ԹԻՎ (ID)

Մասչեյի ծառայություններ

Դուք իրավունք ունեք ընտրելու այն ծառայությունները, որոնք ստանալու պահանջներին բավարարում էք: Ծառայությունները կամընտրական են: Այն ծառայությունները, որոնց համար վճարում են Տարեցների և երկարատև խնամքի վարչությունը (AL TSA) և Զարգացման խանգարումների վարչությունը (DDA), կարող են չօգնել Ձեզ՝ բավարարելու Ձեր բոլոր կարիքները: AL TSA-ը և DDA-ը առաջարկում են ծառայություններ հետևյալ հաստատություններում՝

- Տարեցների ընտանեկան կացարան, Աջակցվող բնակության հաստատություն, Ընդլայնված ծառայություններով հաստատություն, Բուժական խնամքի հաստատություն, Ընկերակցման կացարան (Companion Home), Երեխաների խնամքի կացարան, Արտոնագրված անձնակազմով երեխաների բնակության կացարան, DDA խմբային կացարաններ, Խմբային ուսուցողական կացարաններ, ICF/ID-ներ ԿՄՄ
- Անձի սեփական բնակարան: **Նշում.** AL TSA-ը և DDA-ը շուրջօրյա անձնական խնամքի ծառայություններ չեն տրամադրում անձի սեփական բնակարանում: Եթե ցանկանում եք շուրջօրյա խնամք, ապա պետք է հաշվի առնեք ծառայությունների մյուս տարբերակները:

Ձեր AAA Գործի կառավարիչը, DDA Գործի ռեսուրսների կառավարիչը կամ HCS Սոցիալական ծառայության մասնագետը այս փաստաթղթում կոչվում են **սոցիալական աշխատողներ:**

Ձեր իրավունքները

Դուք իրավունք ունեք՝

- Մտանալ արժանապատիվ, հարգալից և առանց խտրականության վերաբերմունք,
- Մտանալ Ձեր մասին տեղեկություններ, որոնք գաղտնի են պահվում՝ համաձայն օրենքներով նախատեսված սահմանների և DSHS-ի կանոնների,
- Չենթարկվել բռնության, չանտեսվել, ֆինանսապես չշահագործվել կամ չլքվել: Եթե Դուք կամ Ձեր ճանաչած որևէ այլ անձ ենթարկվում է բռնության, անտեսման կամ չարաշահման, խնդրում ենք զանգահարել DSHS-ի անվճար համարին՝ 1-866-363-4276, որպեսզի գրուցեք որևէ աշխատողի հետ, որը կարող է Ձեզ օգնել:
- Ապահովել Ձեր սեփականության նկատմամբ պատշաճ վերաբերմունք,
- Տեղեկացվել բոլոր ծառայությունների մասին, որոնք կարող եք ստանալ և ընտրություն կատարել՝ թե որ ծառայություններն ենք ցանկանում և որոնք՝ ոչ:
- Համագործակցել Ձեր սոցիալական աշխատողի հետ՝ Ձեր խնամքի ծրագիրը մշակելու գործում,
- Հրաժարվել գործի կառավարման լրացուցիչ ծառայություններից, որոնք չեք ցանկանում ստանալ (սակայն ծառայություններ ստանալու համար պետք է թույլատրեք սոցիալական աշխատողին տարին առնվազն մեկ անգամ կատարել հետևյալը՝ իրականացնել գնահատում, այցելել Ձեր տուն և ստուգել ծառայության տրամադրումը),
- Ստիպված չլինել պատասխանել հարցերի կամ անել որևէ գործողություն, որը չեք ցանկանում,

- Գրավոր տեղեկացվել գործակալության որոշումների մասին և ստանալ խնամքի ծրագրի պատճենը կամ աջակցության պլանի ամփոփագիրը,
- Խորհրդակցել ղեկավարի հետ, եթե Ձեր և Ձեր սոցիալական աշխատողի միջև կա անհամաձայնություն,
- Պահանջել վարչական լուսն, նույնիսկ եթե Դուք բողոք եք ներկայացրել,
- Բողոք ներկայացնել՝ առանց վնաս կրելու մտավախության, նույնիսկ եթե Դուք պահանջել եք վարչական լուսն,
- Խորհրդակցել իրավապաշտպանի հետ՝ զանգահարելով 1-888-201-1014 հեռախոսահամարով,
- Մերժել բոլոր ծառայությունները,
- Ստանալ անվճար թարգմանչի ծառայություններ, եթե լավ չեք խոսում կամ հասկանում անգլերեն,
- Ընտրել, աշխատանքից հեռացնել կամ փոխել ծառայությունների որակավորված տրամադրողին,
- Ստանալ Ձեր ընտրած ցանկացած տրամադրողի աշխատանքային անցյալի ստուգման արդյունքները:

Ձեր պարտականությունները

Դուք պարտավոր եք՝

- Թույլատրել սոցիալական աշխատողին կատարել Ձեր գնահատումը տարեկան առնվազն մեկ անգամ՝ Ձեզ հարմար վայրում,
- Թույլատրել սոցիալական աշխատողին տարեկան առնվազն մեկ անգամ ստուգել Ձեր կենցաղային և բնակության պայմանները,
- Ձեր գնահատումը կատարելու համար մեզ բավարար տեղեկատվություն տրամադրել,
- Հայտնել Ձեր սոցիալական աշխատողին, եթե որևէ այլ անձ է Ձեր մասին բժշկական կամ ֆինանսական որոշումներ ընդունում,
- Մասնակցել Ձեր խնամքի կամ աջակցության ծրագրի մշակմանը և ստորագրել այն,
- Տեղյակ լինել, որ Ձեր աշխատողը չի կարող վճարվել այն ծառայությունների կամ ժամերի համար, որոնք արտոնված չեն,
- Ընտրել Ձեր սեփական առողջապահական ծրագիրը,
- Ընտրել ծառայությունների որակավորված տրամադրող,
- Ապահովել անվտանգ աշխատավայր,
- Ծառայություններ տրամադրողի անցյալի ստուգման տվյալները պահել գաղտնի,
- Եթե ընտրում եք Անհատական տրամադրող (IP)՝
 - ✓ Տեղյակ լինել, որ Դուք հանդիսանում եք նրա գործատուն և Ձեր անհատական տրամադրողը, նախքան Ձեզ համար կատարած աշխատանքի դիմաց վճարվելը, պետք է ունենա պայմանագիր,
 - ✓ Ստուգել անհատական աշխատակցի՝ Ձեզ համար կատարած աշխատանքի ժամերը նրա ժամացուցակում,



Ձեր պարտականությունները (շարուն.)

- Հայտնել Ձեր սոցիալական աշխատողին, եթե խնդիրներ ունեք Ձեր տրամադրողի հետ կամ չեք ստանում նրա կողմից տրամադրվելիք ծառայության ժամերը,
- Ամեն ամիս վճարել Ձեր տրամադրողին, եթե մասնակցում եք Ձեզ տրամադրվող խնամքի վճարմանը,
- Չկատարել որևէ գործողություն, որը վտանգի է ենթարկում որևէ անձի,
- Հայտնել Ձեր սոցիալական աշխատողին, եթե փոփոխություն կա հետևյալում՝
 - ✓ Ձեր առողջական վիճակը,
 - ✓ Ձեր ընտանիքից կամ այլ գործակալություններից ստացվող օգնությունը,
 - ✓ Ձեր բնակության վայրը,
 - ✓ Ձեր ֆինանսական դրությունը:

Սոցիալական աշխատողի պարտականություններ

Ձեր սոցիալական աշխատողը պարտավոր է՝

- Ձեզ վերաբերվել արժանապատվորեն և հարգանքով,
- Պահպանել Ձեր գաղտնիությունը,
- Հայտնել Ձեզ, թե ALTA-ը և DDA-ը ինչ կարող են անել Ձեզ համար, և ինչ՝ ոչ,
- Գնահատում կատարելու նպատակով Ձեզնից և այլ անձանցից ստանալ տեղեկություններ՝ Ձեր օգնության անհրաժեշտության մակարդակը հաստատելու և որոշելու համար, թե ինչ ծառայություններ կարող եք ընտրել:
 - ✓ Գնահատումը կներառի Ձեր ուժեղ կողմերը, սահմանափակումները, նպատակները և նախապատվությունները:
 - ✓ Այդ գնահատման մեջ կներառվի այն օգնությունը, որն արդեն ստանում եք կամ կարող եք ստանալ ընտանիքից կամ այլ գործակալություններից և ինչպես եք ցանկանում ստանալ ծառայությունները,
- Աջակցել Ձեզ՝ մշակելու խնամքի կամ աջակցության ծրագիր, ըստ որի Ձեզ կտրամադրվի անձնական խնամք և որը կներառի Ձեր նպատակները, նախապատվությունները և ընտրությունները,
- Ձեզնից և այլ անձանցից ստանալ տեղեկություններ՝ խնամքի կամ աջակցության ծրագիրը թարմացնելու նպատակով՝ ամեն տարի կամ Ձեր պայմանները փոխվելու դեպքում,
- Ձեզ բավարար ժամանակ հատկացնել անհրաժեշտ տեղեկությունները տրամադրելու համար,
- Լուծել խնամքի ծրագրի կամ աջակցության ծրագրին առնչվող առաջացած խնդիրները,
- Հարգել Ձեր իրավունքները և լրացուցիչ օգնություն տրամադրել ծառայությունների ստացման համար այն դեպքում, երբ Դուք ունեք մտավոր, նյարդաբանական, զգայական կամ ֆիզիկական խանգարումներ,
- Օգնել Ձեզ՝ գտնելու որակավորված տրամադրող, եթե Դուք չեք կարողանում գտնել:

Ծանուցում հաճախորդներին և աշխատակիցներին (Վերնագիր VI և VII). Վաշինգտոն նահանգի Սոցիալական և առողջապահական ծառայությունները հավասար հնարավորություն տրամադրող գործատու է և խտրականություն չի դրսևորում աշխատանքի, իր ծրագրերի կամ ծառայությունների որևէ բնագավառում՝ հիմնվելով հետևյալի վրա՝ տարիք, սեռ, սեռական կողմնորոշում, գենդեր, գենդերային նույնականացում/արտահայտում, ընտանեկան կարգավիճակ, ռասա, դավանանք, գույն, ազգային պատկանելիություն, կրոն կամ հավատամքներ, քաղաքական կողմնորոշում, զինվորական կարգավիճակ, պատվով թռչակի անցած վետերան, Վիետնամի պատերազմի մասնակց, վերջերս բաժանված կամ վետերանի այլ պաշտպանված կարգավիճակ, որևէ զգայական, հոգեկան, ֆիզիկական հաշմանդամության ներկայություն կամ վարժեցված ուղեկցող շան կամ ծառայողական կենդանու օգտագործում հաշմանդամ անձի կողմից, հավասար վճար կամ գենետիկական տեղեկություն:

Նախնական բժշկական հանձնարարականներ

Դուք իրավունք ունեք կազմել նախնական բժշկական հանձնարարականներ: Նախնական հանձնարարականները կարող են ներառել առողջական կարգադրություններ կամ երկարատև ժամանակով տրված լիազորագիր՝ Ձեր բուժապասարկման համար: Նախնական հանձնարարականներն ամփոփում են բժշկական և/կամ մտավոր բուժապասարկման մասին Ձեր ցանկությունները, այդ թվում՝ բժշկական, մտավոր կամ վիրահատական բուժումն ընդունելու կամ մերժելու իրավունքը, երբ Ձեր մտավոր կարողությունները թույլ չտան Ձեզ՝ ընդունելու այդ որոշումները: Դուք կարող եք ցանկացած ժամանակ ետ վերցնել նախնական հանձնարարականները:

Քվեարկողի գրանցման ծառայություն

1993թ. Քվեարկողի գրանցման մասին ազգային ակտը պահանջում է բոլոր նահանգների քվեարկողի գրանցման աջակցություն ցուցաբերել իրենց հանրային աջակցության գրասենյակներին միջոցով: Քվեարկելու նպատակով գրանցվելու համար դիմելը կամ գրանցվելուց հրաժարվելը չի ազդի այս գործակալության կողմից Ձեզ տրամադրվող ծառայությունների կամ նպաստների քանակի վրա: Եթե ցանկանում եք լրացնել քվեարկողի գրանցման ձևը, ապա մենք կօգնենք Ձեզ այդ հարցում: Գրանցվելու կամ գրանցումից հրաժարվելու մասին Ձեր որոշումը կպահվի գաղտնի և կօգտագործվի միայն քվեարկողի գրանցման նպատակների համար: Եթե կարծում եք, որ ինչ-որ մեկը խախտել է քվեարկելու համար գրանցվելու կամ գրանցումից հրաժարվելու Ձեր իրավունքը, գրանցվելու մասին որոշման գաղտնիությունը, քվեարկելու նպատակով դիմելու ընթացքը կամ Ձեր սեփական քաղաքական կուսակցությանն ընտրելու կամ այլ քաղաքական համոզմունքներին առնչվող իրավունքները, ապա կարող եք բողոք ներկայացնել՝

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

Ձեր ստորագրությունը

Ստորագրեք ներքևի տողում, եթե հասկացել եք Ձեր իրավունքներն ու պարտականությունները, ինչպես նաև Ձեր սոցիալական աշխատողի պարտականությունները:

ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ

ԱՄՍԱԹԻՎ

ԻՐԱՎԱԿԱՆ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ

ԱՄՍԱԹԻՎ

**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.