

Ձեր իրավունքներն ու պարտավորությունները Ծերացման և երկարաժամկետ աջակցության վարչության և Չարգացման հաշմանդամության վարչության կողմից առաջարկվող 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 ID ՀԱՄԱՐ

Հասանելի ծառայություններ

Դուք իրավունք ունեք ընտրելու այն ծառայություններից, որոնք իրավասու եք ստանալ: Ծառայությունները կամընտրական են: Հնարավոր է, որ այն ծառայությունները, որոնց համար կարող է վճարել Ծերացման և երկարաժամկետ աջակցության վարչությունը (AL TSA) և Չարգացման հաշմանդամության վարչությունը (DDA), չաջակցեն Ձեր բոլոր կարիքներին:

AL TSA-ն և DDA-ը առաջարկում են ծառայություններ հետևյալ ոլորտներում՝

- Չափահասների ընտանեկան տուն, Օժանդակվող բնակության հաստատություն, Ընդլայնված ծառայությունների հաստատություն, Ծերանոց, Ընկերակցության հաստատություն, Երեխաների խնամատար հաստատություն, Երեխաների արտոնագրված անձնակազմով բնակության հաստատություն; DDA Group տներ, Խմբային համակցության տներ, ICF/ID-ներ ԿԱՍ
- Անձի սեփական տուն: **Նշում.** AL TSA-ն և DDA-ը անձի սեփական տանը օրական 24-ժամյա վճարովի անհատական խնամքի ծառայություններ չեն տրամադրում: Եթե անհրաժեշտ է 24-ժամյա խնամք, ապա պետք է դիտարկվեն այլ ծառայությունների տարբերակներ:

Այս փաստաթղթում գործի աշխատակից է կոչվում Ձեր AAA գործի կառավարիչը, DDA գործի ռեսուրսների կառավարիչը կամ HCS սոցիալական ծառայությունների մասնագետը:

Ձեր իրավունքները

Դուք իրավունք ունեք.

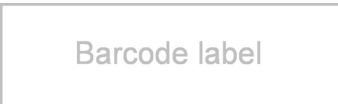
- Արժանանալ հարգալից, արժանապատիվ և առանց խտրականության վերաբերմունքի,
- Ստանալ Ձեր մասին տեղեկությունները, որոնք գաղտնի են պահվում օրենքների և DSHS կանոնների շրջանակներում,
- Ձեր մնալ բնութային, անտեսումից, ֆինանսական շահագործումից կամ լքվածությունից: Այս տերմինների նկարագրության համար այցելե՛ք՝ <https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse>: Եթե Դուք կամ Ձեր ճանաչած որևէ անձ ենթարկվում է բռնության, անտեսման կամ շահագործման, խնդրում ենք զանգահարել DSHS-ի անվճար հեռախոսահամարով՝ 1-866-(End Harm) / 1-866-363-4276՝ աշխատողի հետ զրուցելու համար, ով կարող է օգնել Ձեզ,
- Ստանալ Ձեր ունեցվածքի նկատմամբ հարգալից վերաբերմունք,
- Տեղեկանալ այն բոլոր ծառայությունների մասին, որոնք կարող եք ստանալ, և ընտրություն կատարել ծառայություններից, որոնք ցանկանում կամ չեք ցանկանում ստանալ,
- Համագործակցել Ձեր գործի աշխատակցի հետ՝ Ձեր խնամքը պլանավորելու հարցում,
- Հարկադրված չլինել պատասխանել հարցերի կամ անել որևէ գործողություն, որը չեք ցանկանում,
- Գրավոր տեղեկացվել գործակալության որոշումների մասին և ստանալ Ձեր խնամքի ծրագրի կամ աջակցության ծրագրի ամփոփագրի պատճենը,
- Չրոկել կառավարիչի հետ, եթե Ձեր և Ձեր գործի աշխատակցի միջև համաձայնություն չկա,
- Պահանջել վարչական լուսն, նույնիսկ եթե բողոք եք ներկայացրել:

- Ներկայացնել բողոք՝ առանց վնաս կրելու վախի, նույնիսկ եթե վարչական լուսն եք խնդրել,
- Խոսել իրավապաշտպանի հետ՝ զանգահարելով 1-888-201-1014,
- Հրաժարվել բոլոր ծառայություններից,
- Ստանալ անվճար թարգմանչական ծառայություններ, եթե չեք կարող լավ խոսել կամ հասկանալ անգլերեն,
- Ընտրել, ազատել կամ փոխել որակավորված մատակարարին, և
- Ստանալ Ձեր ընտրած անհատ մատակարարի կենսագրական տվյալների ստուգման արդյունքները:

Ձեր պարտավորությունները

Դուք պարտավոր եք.

- Թույլ տալ, որ գործի աշխատակիցը կատարի Ձեր գնահատումը առնվազն տարին մեկ անգամ՝ Ձեզ համար հարմար վայրում,
- Թույլ տալ գործի աշխատակցին ստուգել Ձեր բնակության վայրը առնվազն տարին մեկ անգամ,
- Մեզ բավարար տեղեկատվություն տրամադրել՝ Ձեր գնահատումը կատարելու համար,
- Հայտնել Ձեր գործի աշխատակցին, եթե մեկ այլ անձ է Ձեր փոխարեն բժշկական կամ ֆինանսական որոշումներ կայացնում,
- Մասնակցել Ձեր խնամքի կամ աջակցության ծրագրի մշակմանը և ստորագրել այն,
- Հասկանալ, որ Ձեր մատակարարը չի կարող վճարվել այն ծառայությունների կամ ժամերի համար, որոնք լիազորված չեն,
- Ընտրել Ձեր սեփական առողջապահությունը,
- Ընտրել որակավորված մատակարար,
- Ապահովել անվտանգ աշխատավայր,
- Գաղտնի պահել մատակարարի կենսագրական տվյալների ստուգումները,
- Տեղեկացնել Ձեր գործի աշխատակցին, եթե Ձեր մատակարարի հետ կապված խնդիրներ ունեք, կամ եթե չեք ստանում Ձեր մատակարարի պահանջած ժամերը,
- Ամեն ամիս վճարել Ձեր մատակարարին, եթե մասնակցում եք Ձեր խնամքի վճարումներին,
- Չկատարել որևէ գործողություն, որը կարող է ինչ-որ մեկին վտանգի ենթարկել,
- Տեղեկացնել Ձեր գործի աշխատակցին, եթե փոփոխություն կա հետևյալում.
 - ✓ Ձեր առողջական վիճակ,
 - ✓ Ընտանիքից կամ այլ գործակալություններից ստացվող օգնություն,
 - ✓ Բնակության վայր,
 - ✓ Ֆինանսական դրություն,



Գործի աշխատակցի պարտավորությունները

Ձեր գործի աշխատակիցը պարտավոր է.

- Ձեզ հետ վարվել արժանապատվորեն և հարգալից,
- Պահպանել Ձեր գաղտնիությունը,
- Հայտնել Ձեզ, թե ALTSA-ն և DDA-ը ինչ կարող են, և ինչ չեն կարող, անել Ձեզ համար,
- Ձեզնից և ուրիշներից ստանալ տեղեկատվություն՝ գնահատում կատարելու համար, որպեսզի որոշվի Ձեր աջակցության մակարդակը, և թե որ ծառայություններից կարող եք ընտրություն կատարել:
 - ✓ Գնահատման մեջ ներառված կլինեն Ձեր ուժեղ կողմերը, սահմանափակումները, նպատակները և նախասիրությունները:
 - ✓ Գնահատման մեջ ներառված կլինի այն օգնությունը, որն արդեն ստանում եք կամ կարող եք ստանալ ընտանիքից կամ այլ գործակալություններից, և ինչպես եք ցանկանում, որ տրամադրվեն ծառայությունները,
- Օգնել Ձեզ մշակել խնամքի ծրագիր կամ աջակցության ծրագիր, որը նախատեսում է Ձեր անձնական խնամքի հետ կապված աջակցությունը և ներառում է Ձեր անձնական նպատակները, նախասիրությունները և ընտրությունները,
- Ձեզնից և ուրիշներից ստանալ տեղեկատվություն՝ Ձեր խնամքի ծրագիրը կամ աջակցության ծրագիրը թարմացնելու նպատակով՝ յուրաքանչյուր տարի կամ երբ Ձեր իրավիճակը փոխվի,
- Ձեզ բավարար ժամանակ տալ՝ անհրաժեշտ տեղեկատվությունը տրամադրելու համար,
- Լուծել Ձեր խնամքի ծրագրի կամ աջակցության ծրագրի հետ կապված խնդիրները, եթե դրանք առաջանան,
- Հարգել Ձեր իրավունքները և լրացուցիչ օգնություն տրամադրել՝ ծառայություններից օգտվելու համար, եթե ունեք մտավոր, նյարդաբանական, զգայական կամ ֆիզիկական խանգարումներ,
- Օգնել Ձեզ գտնել որակավորված մատակարար, եթե Դուք չեք կարողանում:

Նախնական հրահանգներ

Դուք նախնական հրահանգներ տալու իրավունք ունեք: Նախնական հրահանգները կարող են ներառել Ձեր առողջապահության վերաբերյալ բժշկական կամարտահայտումը կամ երկարաժամկետ լիազորագիրը: Նախնական հրահանգներն ամփոփում են Ձեր ցանկությունները բժշկական և/կամ մտավոր առողջության պահպանման վերաբերյալ, այդ թվում՝ բժշկական, մտավոր առողջության կամ վիրաբուժական բուժումն ընդունելու կամ մերժելու իրավունքը, երբ Դուք չունենաք այդպիսի որոշումներ կայացնելու մտավոր ունակություններ: Դուք կարող եք ցանկացած ժամանակ չեղարկել Ձեր նախնական հրահանգները:

Ծանուցում հաճախորդների և աշխատակիցների համար (Վերնագիր VI և VII) Վաշինգտոն նահանգի Սոցիալական և առողջապահական ծառայությունների վարչությունը հավասար հնարավորություններ ապահովող գործատու է և խտրականություն չի կիրառում աշխատանքային որևէ ոլորտում, իր ծրագրերում կամ ծառայություններում՝ հիմնվելով տարիքի, սեռի, սեռական կողմնորոշման, գենդերի, գենդերային ինքնության/արտահայտման, ամուսնական կարգավիճակի, ռասայի, դավանանքի, մաշկի գույնի, ազգային ծագման, կրոնի կամ համոզմունքների, քաղաքական պատկանելության, զինվորական կարգավիճակի, պատվով պաշտոնաթող վետերանության, վիետնամական պատերազմի վետերանության, վերջերս ազատված կամ վետերանի այլ պաշտպանված կարգավիճակի, ինչպես նաև որևէ զգայական, մտավոր, ֆիզիկական հաշմանդամության կամ հաշմանդամություն ունեցող անձի կողմից վարժեցված շան կամ այլ սպասարկու կենդանու՝ որպես ուղեկից օգտագործման, հավասար վարձատրության կամ գենետիկ տեղեկատվության վրա:

Ընտրողների գրանցման ծառայություն

1993թ. Ընտրողների գրանցման ազգային ակտը բոլոր նահանգներից պահանջում է ընտրողների գրանցման հարցում աջակցություն տրամադրել իրենց հանրային աջակցության գրասենյակների միջոցով: Զվեարկության նպատակով գրանցվելու համար դիմելը կամ գրանցվելուց հրաժարվելը չի ազդի այն ծառայությունների կամ նպաստների չափի վրա, որոնք տրամադրվում են այս գործակալության կողմից: Եթե ընտրողների գրանցման ձևաթուղթը լրացնելու հարցում աջակցության կարիք ունեք, մենք կօգնենք Ձեզ: Գրանցվելու կամ գրանցվելուց հրաժարվելու Ձեր որոշումը գաղտնի կպահվի և կօգտագործվի միայն ընտրողների գրանցման նպատակով: Եթե կարծում եք, որ ինչ-որ մեկը միջամտել է զվեարկության համար գրանցման կամ գրանցվելուց հրաժարման Ձեր իրավունքին, գրանցվելու վերաբերյալ որոշում կայացնելու կամ գրանցվելու համար դիմելու Ձեր գաղտնիության իրավունքին, կամ Ձեր սեփական քաղաքական կուսակցությանը ընտրելու կամ քաղաքական այլ նախապատվության Ձեր իրավունքին, կարող եք բողոք ներկայացնել հետևյալ հասցեով՝

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

Ձեր ստորագրությունը

Ստորագրեք ստորև նշված տողում, եթե հասկանում եք Ձեր իրավունքներն ու պարտավորությունները, և հասկանում եք Ձեր գործի աշխատակցի պարտավորությունները:

ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ԱՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ

ԱՄՍԱԹԻՎ

ԻՐԱՎԱԿԱՆ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՅՑԻ ԱՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ

ԱՄՍԱԹԻՎ

Ձեր իրավունքներն ու պարտավորությունները Ծերացման և երկարաժամկետ աջակցության վարչության և Չարգացման հաշմանդամության վարչության կողմից առաջարկվող ծառայություններ ստանալիս

ՅՐԱՅԱՆՁՆԵՐ

1. Ներկայացրեք այս ձևաթուղթը հաճախորդին CARE-ի նախնական գնահատումն անցկացնելիս և խնամքի ծրագիրը կամ աջակցության ծրագիրը վերանայելիս: Եթե հաճախորդն արդեն ստանում է ծառայություններ և նախկինում չի ստորագրել ձևաթղթի այս տարբերակը, ապա ձևաթուղթը հաճախորդին ներկայացրեք հաջորդ գնահատման ժամանակ: Վերանայեք ձևաթուղթը հաճախորդի հետ՝ հաճախորդի իրավունքների և պարտավորությունների վերաբերյալ ցանկացած հարցի պատասխանելու համար:
2. Խնդրեք հաճախորդին կամ հաճախորդի ներկայացուցչին ստորագրել ձևաթղթի երկու պատճենը՝ հաստատելու, որ նա հասկանում է հաճախորդի իրավունքները և պարտավորությունները՝ Ծերացման և երկարաժամկետ աջակցության վարչության և Չարգացման հաշմանդամության վարչության կողմից առաջարկվող ծառայություններ ստանալու ընթացքում:
3. Մի պատճենը պահեք տպագիր փաստաթղթերում կամ Փաստաթղթերի կառավարման համակարգում (DMS), իսկ մյուս պատճենը տվեք հաճախորդին: