

**የሚሰጡትን አገልግሎቶች በሚያገኙበት ጊዜ የእርስዎ መብቶች እና ግዴታዎች የአረጋጋጊያን እና የረጅም ጊዜ ድጋፍ አስተዳደር እና የእድገት አካል ጉዳት አስተዳደር**

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

የደንበኛ ስም
የኤሌክትሮኒክስ መታወቂያ ቁጥር

**የሚሰጡ አገልግሎቶች**

እርስዎ መስፈርቶችን የሚያሟሉትን አገልግሎቶች የመመረጥ መብት አለዎት። አገልግሎቶቹ በበጎ ፈቃድኝነት የሚሰጡ ናቸው። በአረጋጋጊያን እና ረጅም ጊዜ ድጋፍ አስተዳደር እና በእድገት አካል ጉዳት አስተዳደር የሚሰጣቸው አገልግሎቶች የእርስዎን ፍላጎት ላይ የሚመሩ ይችላሉ።

በአረጋጋጊያን እና ረጅም ጊዜ ድጋፍ አስተዳደር እና በእድገት አካል ጉዳት አስተዳደር አገልግሎቶቹን በሚከተሉት ቦታ ይሰጣል፡

- የአዋቂ ቤተሰብ ቤት፣ የድጋፍ መኖሪያ ቤት፣ ከፍተኛ አገልግሎቶች የሚሰጡበት ተቋም፣ የነርቪንግ ተቋም፣ የአስታማሚዎች ቤት፣ የህፃናት ማሳሪያ፣ ፍቃድ ያላቸው ባለሙያዎች ያሉበት የህፃናት መኖሪያ፣ የእድገት ጉዳት አስተዳደር የጋራ መኖሪያዎች፣ የጋራ የስልጠና ቤቶች፣ አይሲኤፍ/አይዲ፤ ወይም
- የግለሰብ መኖሪያ ቤት **ማሳሰቢያ**፡- የአረጋጋጊያን እና ረጅም ጊዜ ድጋፍ አስተዳደር እና በእድገት አካል ጉዳት አስተዳደር በግለሰብ ቤት የ24 ሰዓት የግል ክብካቤ አገልግሎት አይሰጥም። የ24 ሰዓት የጤና ክብካቤ ከተፈለገ ሌላ አማራጭ ይፈለጋል።

የእርስዎ የኤሌክትሮኒክስ ስራ አስኪያጅ፣ ዲዲኤ ኬዝ ሪሶርስ ስራ አስኪያጅ ወይም የኤችሲኤስ ማህበራዊ አገልግሎት ስፔሻሊስት በዚህ ሰነድ ውስጥ **የኬዝ ስራተኛ** ተብለው ይጠራሉ።

**የእርስዎ መብቶች**

እርስዎ የሚከተሉት መብቶች አለዎት፡

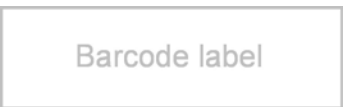
- በክብር ያለአድልዎ የመታከም፤
- በሕግ እና ዲኤስኤችኤስ ደንቦች መሰረት የእርስዎ መረጃዎች በሚሰጠር እንዲያዙ የማድረግ፤
- ያለመጠንቀቀስ፣ ያለመገለል፣ ለገንዘብ ብዝበዛ ላለመጋለጥ ወይም ያለመተው፤ የእርስዎ ወይም እርስዎ የሚያውቁት ሌላ ግለሰብ ከተበዘበዙ፣ የማግለል ድርጊት ከተፈፀመበት ወይም የገንዘብ ብዝበዛ ካጋጠመዎት እባክዎን ሊረዳዎ ከሚችል ሰራተኛ ጋር ለመነጋገር በዲኤስኤችኤስ ክፍያ ነፃ ስልክ ቁጥር 1-866-363-4276 ላይ ይደውሉ፤
- የእርስዎ ንብረት በክብር እንዲስተናገድ የማድረግ
- የሚሰጥዎት ሁሉንም አገልግሎቶች የማወቅ እና ስለሚፈልጉ ወይም ስለማይፈልጉ አገልግሎት የመምረጥ፤
- የእርስዎ ክብካቤ እቅድ በማውጣት ረገድ ከኬዝ ሰራተኛዎ ጋር በጋራ መስራት፤
- የማይወስዱትን ተጨማሪ የጉዳይ አመራር አገልግሎቶችን መሰረዝ (ነገር ግን አገልግሎቶቹን ለማግኘት ቢያንስ በአመት አንድ ጊዜ የኬዝ ሰራተኛው የሚከተሉትን እንዲያደርግ ወይም እንዲያደርግ መፍቀድ አለብዎት፡ የእርስዎን ግምገማ ቅጽ እንዲሞላ፤ የእርስዎን ቤት እንዲገቡኝ እና የእርስዎን የአገልግሎት አሰጣጥ መከታተል)፤
- የማይፈልጉትን ጥያቄዎች ለመመለስ ወይም የማይፈልጉትን ነገር ለማድረግ አይገደዱም፤

- በጽሑፍ ስለ ኤጀንሲው ውሳኔዎች ማወቅ እና የእርስዎን የክብካቤ እቅድ ወይም የድጋፍ እቅድ ማጠቃለያ መቀበል፤
- እርስዎ እና የኬዝ ሰራተኛ ካልተገባቡ ሱፐርቫይዘሩን ማናገር፤
- ምንም እንኳን እርስዎ ቅሬታ ቢያቀርቡም አስተዳዳሪዎ ይግባኝ መጠየቅ፤
- አስተዳዳሪዎ ይግባኝ የጠየቁ ቢሆንም ጉዳት ይደርስብኛል ብለው ሳይፈሩ ቅሬታዎን ማቅረብ፤
- በስልክ ቁጥር 1-888-201-1014 ላይ ደውለው ነገረፈጁን ወይም ጠበቃውን ያነጋግሩ፤
- ሁሉንም አገልግሎቶች ላለመገልገል መብት አለዎት፤
- እንግሊዝኛ በደንብ መናገር ወይም መገንዘብ የማይችሉ ከሆነ ያለክፍያ የአስተርጓሚ አገልግሎት ያገኛሉ፤
- ብቁ አገልግሎት ሰጪ መምረጥ፣ ማሰናበት ወይም መለወጥ፤ እና
- ስለመረጡት የግል አገልግሎት ሰጪ ዳራ መረጃ ማፈላለግ ውጤቶች የመቀበል።

**የእርስዎ ግዴታዎች**

እርስዎ የሚከተሉት ግዴታዎች ይኖሩታል፡

- ቢያንስ በአመት አንድ ጊዜ በተመቻቸው ቦታ የኬዝ ሰራተኛ የእርስዎን ግምገማ እንዲያካሂድ መፍቀድ፤
- ቢያንስ በአመት አንድ ጊዜ የኬዝ ሰራተኛው የእርስዎን የመኖሪያ ቦታ እንዲገመገም እና እንዲያይ መፍቀድ፤
- ግምገማዎን ለመሙላት እንዲቻል በቂ መረጃ ለእኛ መስጠት፤
- ለእርስዎ ሕክምናዎን ወይም የገንዘብ ፍላጎትዎን በተመለከተ ሌላ ሰው ውሳኔ የሚሰጥ ከሆነ ይህንኑን ለኬዝ ሰራተኛ ማሳወቅ፤
- በእርስዎ የክብካቤ ወይም የድጋፍ እቅድ ውስጥ መሳተፍ እና በእቅዱ ላይ መፈረም፤
- የእርስዎ አገልግሎት አቅራቢ እንዳልተፈቀደ አገልግሎት ወይም ሰዓት ሊከፈለው እንደማይችል መገንዘብ፤
- የራስዎን የጤና ክብካቤ ይምረጡ፤
- ብቁ የሆነ አገልግሎት ሰጪ ይምረጡ፤
- ደህንነቱ የተጠበቀ የሰራ ቦታ ያቅርቡ፤
- የአገልግሎት ሰጪውን በዳራ መረጃዎች በሚሰጥር ይያዙ፤
- የግል አገልግሎት ሰጪ ከመረጡ (IP):
  - ✓ እርስዎ የእነርሱ አሰሪ መሆን እና የእርስዎ አገልግሎት ሰጪ ለእርስዎ ለሰጠው አገልግሎት ክፍያ ከማግኘቱ በፊት እኛን ማነጋገር እንዳለበት መገንዘብ፤ እና
  - ✓ የግል አገልግሎት ሰጪ ሰራተኛው ለእርስዎ የሰራውን ሰዓት በሰዓት መቆጣጠሪያው ላይ ማረጋገጥ፤



**የእርስዎ ግዴታዎች(ካለፈው የቀጠለ)**

- ከአቅራቢዎ ጋር ችግር ውስጥ ገብተው ከሆነ ወይም በአገልግሎት ሰጪው የተጠየቀው ሰዓት ለእርስዎ ያልተሰራ ከሆነ ለኬዝ ሰራተኛዎ ይነገሩ፤
- ለሕክምና ከብካቤዎ የክፍያ እገዛ የሚያደርጉ ከሆነ በየወሩ ለአገልግሎት ሰጪዎ ክፍያ ይፈጽሙ፤
- ማንንም ለአደጋ በሚያጋልጥ መልኩ መተግበር የለብዎትም፤ እና
- በእርስዎ የሕክምና ሁኔታ ላይ ለውጥ ካለ ለኬዝ ሰራተኛዎ ይነገሩ፡
  - ✓ ስለ ወልቀ ኹነታት ሕክምና፤
  - ✓ ከቤተሰብ ወይም ከሌላ ተቋም የሚያገኘው እገዛ፤
  - ✓ የመኖሪያ ቤታዎ፤ ወይም
  - ✓ የእርስዎ የገንዘብ ሁኔታ፡፡

**የኬዝ ሰራተኛው ግዴታዎች**

የእርስዎ የኬዝ ሰራተኛ የሚከተሉት ግዴታዎች አሉበት፡

- እርስዎን በክብር የማከም፤
- ሚስጢር የመጠበቅ፤
- ኤኤልቴኤስኤ እና ዲዲኤ ለእርስዎ የሚያደርገውን ወይም የማያደርገውን ነገር በተመለከተ ለእርስዎ መነገር፤
- እርስዎ ለእርዳታው ብቁ መሆንዎን እና አለመሆንዎን እና እርስዎ መምረጥ የሚችሉትን አገልግሎቶች ለመወሰን ከእርስዎ እና ከሌሎች መረጃ መሰብሰብ፡፡
  - ✓ ግምገማው ወይም ጥናቱ የእርስዎን ጠንካራ ጎን፤ ደካማ ጎን፤ ግቦች እና ምርጫዎች ያካትታል፡፡
  - ✓ ግምገማ እርስዎ ከዚህ በፊት የሚያገኙትን ወይም ከቤተሰብ ወይም ከሌሎች ተቋማት ማግኘት የሚችሉትን እርዳታ ወይም አገልግሎቱ እንዴት እንዲሰጠዎት እንደሚፈልጉ ሀሳብዎን ማወቅ ያካትታል፤
- እርስዎ የክብካቤ እቅድ ወይም የእርስዎን የግል ክብካቤ ለመጠበቅ የሚያግዙ እቅዶችን መደገፍ ሲሆን ይህም የግል ግቦች፣ ምርጫዎች እና አማራጮች ያካትታል፤
- የእርስዎን የጤና ክብካቤ እቅድ ወቅታዊ ለማድረግ ወይም በየአመቱ የእርስዎን እቅድ ለመደገፍ ወይም የእርስዎ የጤና ሁኔታ ሲለወጥ ከእርስዎ እና ከሌሎች መረጃዎችን መሰብሰብ፤
- አስፈላጊ መረጃዎች እንዲሰጡ ለእርስዎ በቂ ጊዜ መስጠት፤
- በክብካቤ እቅድዎ ወይም በእቅድዎ ድጋፍ ላይ የተነሱትን ችግሮች ማሳወቅ፤
- የእርስዎን መብቶች ማክበር እና እርስዎ የአእምሮ ስሜት፣ የነርቭ በሽተኛ፣ የሰሜት ህዋስ ወይም የአካል ጉዳተኛ ከሆኑ ተጨማሪ የተደራሽነት አገልግሎቶቹን ለመስጠት የበለጠ ድጋፍ ማድረግ፤ እና
- እርስዎ የአገልግሎት ሰጪ ማግኘት ካልቻሉ ብቁ የአገልግሎት ሰጪ በማፈላለግ ረገድ እርስዎን ማገዝ፡፡

**አስቀድሞ መመሪያ መስጠት**

እርስዎ በቅድሚያ መመሪያ የመስጠት መብት አልዎት፡፡ የቅድመ መመሪያ ለጤና ክብካቤ ሰጪ ተቋም በህይወት እያለ ኑዛዜ የመስጠት ወይም የውክልና ስልጣን መስጠትን ያካትታል፡፡ በቅድሚያ የሚሰጠው መመሪያ ወይም ቃል ስለ ሕክምና እና/ወይም የአእምሮ ጤና ክብካቤ በተመለከተ ያልዎት ፍላጎት እንዲሁም እርስዎ ውሳኔዎቹን ለማስተላለፍ ችሎታ በሚያጥርበት ጊዜ ስለ ሜዲካል፣ የአእምሮ ጤና ወይም የቀዶ ህክምና የመቀበል ወይም እምቢ የማለት መብት ያጠቃልላል፡፡ እርስዎ በቅድሚያ የሚሰጡትን ቃል በማንኛውም ጊዜ መሻር ይችላሉ፡፡

**የመረጫ ምዝገባ አገልግሎት**

በ1993 እ.ኤ.አ የወጣው ብሔራዊ የመረጫ ምዝገባ ደንብ ሁሉም ግዛቶች በሕዝብ ድጋፍ ሰጪ ጽ/ቤቶቻቸው አማካይነት የመረጫ ምዝገባ እገዛ እንዲሰጡ ያስገድዳቸዋል፡፡ የእርስዎ ለመምረጥ መመዘገብ ወይም መተው እርስዎ በዚህ ኤጀንሲ የሚያገኙት አገልግሎት ወይም የጥቅማጥቅም መጠን ላይ ተጽእኖ አይኖረውም፡፡ እርስዎ የመረጫ ምዝገባ ቅጽ መሙላት ሂደት ላይ እገዛ ከፈለጉ እኛ እናግዝዎታለን፡፡ እርስዎ ለመመዘገብ መወሰን ወይም እምቢ ማለትዎ በሚስጡ የሚያዝ ሲሆን ለመረጫ ምዝገባ አላማ ብቻ ጥቅም ላይ ይውላል፡፡ እርስዎ ለመመዘገብ ወይም ለምርጫ ላለመዘገብ መብትዎን የመጠቀም ሂደት በሌላ ግለሰብ ጣልቃ ተገብቶበታል ብለው የሚያምኑ ከሆነ ለመመዘገብ ወይም ለምርጫ ለመመዘገብ ለማመልከት ወይም የራስዎ የፖለቲካ ፓርቲ ወይም ሌላ የፈለጉትን ፖለቲካ የመምረጥ ወይም የማራመድ መብትዎ በሚስጡ የመያዝ ሂደት ጣልቃ ተገብቶበታል ብለው የሚያምኑ ከሆነ በሚከተለው አድራሻ ቅሬታ ማቅረብ ይችላሉ፡፡

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

**የእርስዎ ፊርማ**

የእርስዎን መብት እና ግዴታ ከተገነዘቡ እና የኬዝ ወርከርዎን ግዴታዎች ከተረዱ ከዚህ በታች በቀረበው መስመር ላይ ይፈርሙ፡፡

\_\_\_\_\_

የደንበኛ ፊርማ

\_\_\_\_\_

ቀን

\_\_\_\_\_

የሕጋዊ ወኪል ፊርማ

\_\_\_\_\_

ቀን

ማስታወቂያ ለደንበኞች ሰራተኞች (ርዕስ) VI እና VII: የሞሽንግተን ክፍለ ግዛት ማህበራዊና ጤና አገልግሎቶች መምሪያ ለሚቀጠሩት ሰራተኞች እኩል ዕድል የሚሰጥ እንደመሆኑ መጠን በማንኛውም ቅጥር መስኮች፣ ፕሮግራሞቹ ወይም አገልግሎቶቹ በዕድሜ፣ በጾታ፣ በግብረ-ሰጋ ምርጫ፣ በጾታ ማንነት/አገላለጽ፣ በጋብቻ ሁኔታ፣ በዘር፣ በአይማኖት፣ በቀለም፣ በዜግነት፣ በእምነት ወይም በአመለካከት፣ በፖለቲካ አመለካከት፣ በውትድርና ደረጃ፣ ቀድሞ ባገለገሉ ወታደራዊ አገልግሎት በክብር በተሸኙት፣ በየቪቲናም ዘመን፣ በቅርቡ በተለያዩ ወይም በሌሎች ቀድሞ በመዘመት ጥበቃ በሚደረግላቸው ደረጃ ላይ ባሉት፣ በማንኛውም ሴንሰር፣ አህምሮ፣ አካላዊ ጉዳተኝነት ወይም በሰለጠነ የሚመራ ውሻ በመጠቀም ወይም በእንሰሳትን በሚጠቀም አካል ጉዳተኛ፣ በእኩል ክፍያ ወይም በዘር ግንድ መረጃ ላይ ተመስርቶ አድሎ አያደርግም፡፡

**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.