

اسم العميل
رقم هوية ACES

الحقوق والمسئوليات عند تلقي الخدمات المقدمة بواسطة إدارة الشيخوخة وكبار السن وإدارة إعاقات النمو

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

الخدمات المتاحة

- لديك الحق في اختيار الخدمات المتاحة، وتكون هذه الخدمات تطوعية، ويمكن لإدارة دعم الشيخوخة وكبار السن وإدارة إعاقات النمو أن تدفع لك عندما لا تقدم لك المساعدة في تلبية احتياجاتك.
- تقدم إدارة دعم الشيخوخة وكبار السن وإدارة إعاقات النمو خدماتها التالية:
 - دار الأسرة للبالغين، ومرفق الرعاية الدائمة للمعاقين ومرفق الخدمات التحسينية ومرفق الرعاية التمريضية ودار الرفقة ومرفق رعاية الأطفال ودار الإقامة المرخصة للأطفال ودور إعاقات النمو والمساكن الجماعية ودور التدريب الجماعي ومرفق الرعاية المتوسطة (ICF/ID)، أو
 - دار الرعاية الشخصية- **ملحوظة:** لا تقدم كل من إدارة دعم الشيخوخة وكبار السن وإدارة إعاقات النمو خدمات رعاية شخصية مدفوعة على مدار الساعة في دار الرعاية الشخصية، وعند الرغبة في الحصول على رعاية على مدار الساعة فسيتم الأخذ في الاعتبار خيارات أخرى تتعلق بالخدمة.

مسئولياتك:

- عليك مسئوليات تتعلق بالآتي:
- ترك دارس الحالة يقوم بإكمال تقييمه على الأقل مرة سنويا في الموقع المناسب لك؛
- ترك دارس الحالة يقوم بالإطلاع على بيئة المعيشة الخاصة بك على الأقل سنويا؛
- إعطاؤنا المعلومات الكافية للقيام بإكمال التقييم الخاص بك؛
- إخبار دارس حالتك إذا اتخذ شخص آخر قرارات مالية أو طبية لك؛
- المشاركة في تطوير الرعاية الخاصة بك أو خطة الدعم والتوقيع عليها؛
- فهم أن مقدم الرعاية الخاص بك لن يتلقى أجر الخدمات أو الساعات غير المرخصة؛
- اختيار الرعاية الصحية الخاصة بك؛
- اختيار مقدم الرعاية المؤهل؛
- توفير مكان عمل آمن؛
- احرص على إبقاء عمليات فحص خلفية مقدم الخدمة خاصة؛
- أخبر دارس حالتك إذا كانت لديك مشاكل مع مقدم الرعاية أو إذا لم تكن تحصل على الساعات التي يديها مقدم الرعاية؛
- ادفع لمقدم الرعاية كل شهر إذا كنت تساعد في الدفع لرعايتك؛
- لا تتصرف بطريقة تسبب خطر لأي شخص؛ و
- أخبر دارس الحالة إذا كان هناك تغييرا في:
 - √ حالتك الطبية.
 - √ المساعدة التي تحصل عليها من العائلة أو الوكالات الأخرى.
 - √ أين تعيش
 - √ موقفك المالي.

إن مدير الحالة بإدارة الشيخوخة الخاص بك أو مدير موارد الحالة بإدارة إعاقات النمو أو أخصائي الخدمة الاجتماعي إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية ويسمى **دارس حالة** في هذا المستند.

حقوقك

يحق لك أن:

- يتم التعامل معك بكل كرامة واحترام وبدون تمييز؛
- الحفاظ على سرية معلوماتك في حدود القانون وقواعد إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية.
- لا يتم إساءة معاملتك أو إهمالك أو استغلالك ماديا أو تخلي عنك. وللحصول على وصف لهذه المصطلحات، تفضلُ بزيارة الرابط <https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse> . وفي حالة تعرضك أنت أو أحد الأشخاص الذين تعرفهم إلى إساءة معاملة أو إهمال أو استغلال فيرجى الاتصال بإدارة الخدمات الصحية والاجتماعية مجانا على الرقم 1-866-363-4276 / (End Harm) 1-866- لكي تتحدث مع الأخصائي الذي يمكنه تقديم المساعدة لك.
- يتم التعامل مع ممتلكاتك بكل احترام؛
- يتم إخبارك بجميع الخدمات التي يمكنك تلقيها وتقديم الخيارات حول الخدمات التي ترغب فيها أو التي لا ترغب فيها؛
- تعمل بالاشتراك مع الشخص الذي يقوم بدراسة حالتك للتخطيط لخطة الرعاية الخاصة بك،
- لا يتم إجبارك على إجابة الأسئلة أو القيام بشيء لا ترغب فيه؛
- يتم إخبارك كتابيا بقرارات الوكالة ويتم تسلمك نسخة من خطة الرعاية الخاصة بك أو ملخص خطة الدعم؛
- تتحدث مع المشرف إذا لم يتم الاتفاق بينك وبين دارس الحالة؛
- تطلب جلسة استماع إدارية إذا كانت لديك شكوى.



خدمة تسجيل الناخب

يطالب قانون تسجيل الناخب الوطني لعام 1993 جميع الولايات بتقديم مساعدة تسجيل ناخب من خلال مكاتب المساعدة العامة، كما أن تقديم طلب التسجيل أو رفض التسجيل للتصويت لن يؤثر على الخدمات أو مقدار المميزات التي يتم تقديمها لك من قبل هذه الوكالة، وإذا كنت تود المساعدة في ملأ استمارة تسجيل الناخب سنقوم بمساعدتك، وسيتم التعامل مع قرارك الخاص بالتسجيل أو رفض التسجيل بسرية ويستخدم فقط لأغراض تسجيل ناخب، وإذا كنت تعتقد أن شخصاً ما قد تدخل في حقل المتعلق بالخصوصية في تقرير ما إذا كنت تقوم بالتسجيل أو في تقديم طلب التسجيل للتصويت أو حقل لاختيار حزبك السياسي الخاص بك أو حقوق الاختيار السياسية الأخرى فيمكنك تقديم شكوى إلى:

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

√ سيتضمن التقييم قوائم وحدودك وأهدافك وتفضيلاتك.

√ سيتضمن التقييم المساعدة التي تحصل عليها بالفعل أو يمكنك الحصول عليها من العائلة أو الوكالات الأخرى وكيف تريد الطريقة التي يتم بها تقديم الخدمات.

توقيعك

عليك التوقيع على الخط الموجود أدناه إذا كنت تفهم حقوقك ومسئولياتك وتفهم مسئوليات دارس حالتك

توقيع العميل

التاريخ

توقيع الممثل القانوني

التاريخ

- التعامل معك بوقار واحترام.
- الحفاظ على خصوصياتك.
- إخبارك بما يمكن أن يقوم به إدارة دعم الشيخوخة وكبار السن وإدارة إعاقات النمو من أجل وما لا يمكنهم القيام به.
- الحصول على معلومات منك ومن الآخرين لكي يقوموا بالتقييم من أجل تحديد مستواك للمساعدة ويقرروا ما هي الخدمات التي يمكنك الاختيار منها.
- √ سيتضمن التقييم قوائم وحدودك وأهدافك وتفضيلاتك.
- √ سيتضمن التقييم المساعدة التي تحصل عليها بالفعل أو يمكنك الحصول عليها من العائلة أو الوكالات الأخرى وكيف تريد الطريقة التي يتم بها تقديم الخدمات.
- مساعدتك لتطوير خطة رعاية أو خطة دعم التي تتضمن الرعاية الشخصية وتتضمن أهدافك الشخصية واختياراتك.
- الحصول على معلومات منك ومن الآخرين لتحديث خطة الرعاية الخاصة بك أو خطة الدعم كل عام أو عندما تتغير أحوالك.
- إعطاؤك الوقت الكافي لتقديم المعلومات التي هناك حاجة إليها.
- مواجهة المشكلات المتعلقة بخطة الرعاية الخاصة بك أو خطة الدعم.
- احترام حقوقك وتوفير مزيد من المساعدة في الحصول على الخدمات إذا كان لديك إعاقات عقلية أو عصبية أو حسية أو جسدية و
- مساعدتك في إيجاد مقدم رعاية مؤهل إذا لم تكن قادراً على إيجاد أحدهم.

توجيهات مسبقة

لديك الحق في القيام بتوجيهات مسبقة وقد تتضمن التوجيهات المسبقة وصية قائمة أو توكيل بمدة محددة لرعايتك الصحية، وتقوم التوجيهات المسبقة بتلخيص رغباتك عن الرعاية الصحية الطبية و/أو العقلية ومن بينها الحق في قبول أو رفض الرعاية الصحية والعقلية والمعالجة الجراحية عندما لا تكون لديك القدرة العقلية لصنع تلك القرارات، ويمكنك إلغاء توجيهاتك المسبقة في أي وقت.

تعمل الإدارة الاجتماعية والخدمات الصحية بولاية واشنطن على أساس تكافؤ الفرص وعدم التمييز على أساس السن أو الجنس أو الميل الجنسي أو هوية الجنس / التعبير أو الحالة الاجتماعية أو العرق أو العقيدة أو اللون أو الوطن الأصلي أو الدين أو المعتقدات أو الانتماء السياسي أو الحالة العسكرية أو المحارب القديم بشكل مشرف أو حرب فيتنام أو المفصلة مؤخرًا أو غيرها من حالة المحارب القديم المتمتع بالحماية أو وجود أي إعاقة عقلية أو حسية أو جسدية أو استخدام كلب مدرب كمرشد أو خدمة الحيوان من قبل شخص من ذوي الإعاقة أو المساواة في الأجر أو المعلومات الوراثية.

حقوق ومسؤولياتك عندما تتلقى خدمات مُقدّمة من
إدارة الشيخوخة والدعم طويل الأجل وإدارة الإعاقات النمائية

إرشادات

1. يتم تقديم هذا النموذج إلى العميل عند إكمال تقييم الرعاية الأولية ومراجعة خطة الرعاية أو خطة الدعم. إذا كان العميل يحصل على الخدمات بالفعل ولم يوقع على هذا الإصدار من النموذج من قبل، فعليك تقديم النموذج إلى العميل خلال عملية التقييم التالية. راجع النموذج مع العميل للإجابة عن أي أسئلة عن حقوق العميل ومسؤولياته.
2. اجعل العميل أو من يمثله يوقع على نسختين من النموذج للإشارة إلى إدراكه لحقوق العميل ومسؤولياته عند الحصول على الخدمات المُقدّمة من قِبَل إدارة الشيخوخة والدعم طويل الأجل وإدارة الإعاقات النمائية.
3. قدّم نسخة واحدة في الملف الورقي أو نظام إدارة المستندات (DMS) وقدّم النسخة الأخرى إلى العميل.