

Вашите права и отговорности, когато получавате услуги, предлагани от Администрацията за дългосрочна подкрепа и помощ на възрастни хора и Администрацията за развитие на хората с увреждания
Your Rights and Responsibilities When You Receive Services Offered by Aging and Long-Term Support Administration and Developmental Disabilities Administration

ИМЕ НА КЛИЕНТА
ACES ИДЕНТИФИКАЦИОНЕН НОМЕР

Достъпни услуги

Вие имате право да избирате услугите, които имате право да получавате. Услугите не са задължителни. Услугите, за които могат да платят Администрацията за дългосрочна подкрепа и помощ на възрастни хора (AL TSA) и Администрацията за развитие на хората с увреждания (DDA) може би няма да могат да задоволят всички Ваши нужди.

AL TSA и DDA предлагат услуги в областта на:

- Дом за възрастни хора, обект за подпомагане на начина на живот, обект с увеличени услуги, обект за старческа помощ, дом с придружител, дом за сираци, лицензирано жилище с персонал за деца, групови домове на DDA, домове за групово обучение, ICF / IDs ИЛИ
- Лица със собствен дом **Забележка:** AL TSA и DDA не осигуряват 24 часови услуги на ден за лична грижа в собствения дом на клиента. Ако е необходима 24 часова грижа, то трябва да се вземат в предвид други възможности.

Агентът по Вашия случай от AAA, мениджърът за ресурси по Вашия случай от DDA или специалистът за социални услуги от HCS в този документ се нарича **служител отговорен за Вашия случай.**

Вашите права:

Имате правото да:

- Бъдете третирани с достойнство, уважение и без дискриминация,
- Информациите за Вас да бъдат пазени като лични данни в рамките на законите и правилата на DSHS,
- Да не се злоупотребява с Вас, да не бъдете пренебрегвани, да не бъдете изоставени; ако познавате някой, с който се злоупотребява, който е пренебрегван или изоставен, моля обадете се на безплатния телефон на DSHS - 1-866-363-4276, за да говорите със служител, който може да Ви помогне,
- Уверете се, че с Вашата собственост се борави с уважение,
- Да бъдете информирани за всички услуги, които можете да получите и да изберете услугите, които искате или не искате,
- При планирането на Вашата грижа, работете заедно със служителя, отговорен за Вашия случай,
- Да не бъдете принуждавани да отговаряте на въпроси или да направите нещо, което не искате;

- Поискайте писмени копия от решенията на Агенцията и поискайте копия от Вашия здравен план или резюме на Вашия план за подкрепа,
- Говорете с някой ръководител, ако не сте съгласни със служителя, отговорен за Вашия случай,
- Поискайте административно изслушване дори и ако имате подадена жалба,
- Подайте жалба без никакво притеснение за вреда дори и когато сте поискали административно изслушване,
- Консултирайте се с адвокат като позвъните на 1-888-201-1014,
- Откажете всички услуги,
- Ако не говорите или не разбирате добре английски език, ще Ви осигурим преводач, за който няма да плащате.
- Изберете, уволните или промените квалифицирания доставчик на грижа, и
- Да получите резултатите от допълнителната детайлна проверка относно всеки отделен доставчик на грижи, който изберете.

Вашите отговорности

Вие сте отговорен да:

- позволите на служителя отговорен за Вашия случай да завърши Вашата оценка най-малко веднъж годишно на място, което най-подходящо за Вас,
- Да позволите на служителя отговорен за Вашия случай най-малко веднъж годишно да прегледа обкръжението където живеете,
- Да ни предоставите достатъчно информация, за да завършим Вашата оценка,
- Да уведомите служителя отговорен за Вашия случай, ако някой друг от Ваше име взема решенията за Вашето здраве или финанси;
- Да участвате в развитието на Вашия здравен план или план за подкрепа и да го подпишете,
- Да разберете, че на Вашият доставчик на грижа не може да бъде платено за услуги или работни часове, които не са одобрени,
 - ✓ Да изберете Вашата здравна грижа
 - ✓ Да изберете квалифициран доставчик на грижа,
 - ✓ Да осигурите безопасно работно място,
 - ✓ Да запазите в тайна проверките на доставчика на грижа



Вашите отговорности (продължава)

- Да кажете на служителя отговорен за Вашия случай, че имате проблеми с Вашия доставчик на грижа или че не получавате часовете, които са договорени,
- Да плащате на Вашия доставчик на грижи всеки месец, ако вие помагате при плащането за грижите,
- Да не постъпвате така, че някой може да бъде в опасност, и
- Да уведомите служителя, отговорен за Вашия случай, ако има промяна в:
 - ✓ Вашето здравословно състояние,
 - ✓ Помощта, която получавате от семейството си или други агенции,
 - ✓ Мястото, където живеете, или
 - ✓ Вашата финансова ситуация.

Отговорности на служителя отговорен за Вашия случай

Служителят отговорен за Вашия случай е отговорен за:

- Да се отнася към Вас с достойнство и уважение,
- Да не нарушава Вашата поверителност,
- Да Ви уведомява какво AL TSA и DDA могат или не могат да направят за Вас,
- Да получи информация от Вас и други хора с цел да изготви оценка, която да определи нивото на помощта, както и услугите, които можете да изберете.
 - ✓ Оценката ще включва Вашите силни страни, ограничения, цели и предпочитания;
 - ✓ Оценката ще включва помощта, която вече получавате или можете да получите от семейството си или други агенции, както и начина, по който искате същите услуги да се извършат;
- Да ви помогне да развиете здравен план или план за подкрепа, който ще обхваща помощ с лична грижа и ще включва Вашите лични цели, предпочитания и избори;
- Да получи информация от Вас и други лица, за да може всяка година да актуализира Вашия здравен план или план за подкрепа или когато състоянието Ви се промени,
- Да Ви даде достатъчно време, за да осигурите необходимата информация,
- Да решава проблемите по отношение на Вашия здравен план или план за подкрепа, ако се появяват такива,
- Да зачита Вашите права и да Ви осигури повече помощ при достъпа до услуги в случай, ако имате умствени, неврологични, сензорни или физически увреждания, и
- Да Ви помогне при намирането на квалифициран доставчик на грижа, ако не сте в състояние да го направите.

Забележка за клиенти и служители (Категория VI и VII): Отделът за социални и здравни услуги на Щата Вашингтон е равнопоставена възможност за всеки и служителът няма право на дискриминация в която и да е област на наемане на работа, в своите програми или услуги, въз основа на възраст, пол, сексуална ориентация, полова идентичност / изразяване, семейно положение, раса, вероизповедание, цвят, национален произход, религия или убеждения, политическа принадлежност, военен статут, почтено завладяващ ветеран, Виетнамска ера, наскоро отделен или друг защитен статут на ветеран, наличието на всякакво сензорно, умствено, физическо увреждане или използването на обучено куче-водач или служебно животно от лице с увреждане, равно заплащане или генетична информация.

Право на изразяване воля

Имате право да изготвите изразяване на Вашата воля. Изразяването на Вашата воля може да включва биологичен атестат или дългосрочно пълномощно за Вашата здравна грижа. Изразяването на Вашата воля обхваща Вашите желания по отношение на здравеопазването и/или психологична грижа, включително правото да приемете или да откажете здравна, психологична грижа или хирургично лечение, когато нямате умствените способности да взимате такива решения. По всяко време можете да откъдете изразяване на волята си.

Отдел по регистрация на гласоподавател

Законът за националната регистрация на гласоподаватели от 1993 г. изисква всички щати да осигурят помощ при регистрация на избирател чрез своите офиси за публична помощ. Записването за регистрация или отказ на регистрацията за гласуване няма да повлияе върху услугите или обхвата на ползи, които ще получавате от тази агенция. Ако искате помощ при попълването на формата за регистрация на гласоподавател, ние ще Ви помогнем. Вашето решение за регистрация или отказ на регистрацията е поверително и ще се използва единствено за целите на регистрацията на гласоподавател. Ако смятате, че някой е нарушил Вашето право да се регистрирате за гласоподавател, да се откажете да се регистрирате за гласоподавател, нарушил е Вашето право за конфиденциалност при вземането на решение дали да се регистрирате или не или Вашето право да изберете своя политическа партия или други политически предпочитания, подайте жалба към:

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

Вашият подпис

Подпишете се върху долната линия, ако разбирате Вашите права и отговорности и разбирате отговорностите на служителя, отговорен за Вашия случай.

ПОДПИС НА КЛИЕНТА

ДАТА

ПОДПИС НА ЗАКОНЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ

ДАТА

Вашите права и отговорности, когато получавате услуги, предлагани от Администрацията за дългосрочна подкрепа и помощ на възрастни хора и Администрацията за развитие на хората с увреждания

ИНСТРУКЦИИ

1. Представете този формуляр на клиента, когато завършите първоначалната оценка на CARE и прегледате плана за грижи или плана за подкрепа. Ако клиентът вече получава услуги и преди това не е подписал тази версия на формуляра, представете го на клиента при следващата оценка. Прегледайте формуляра заедно с клиента, за да отговорите на всички въпроси относно правата и отговорностите на клиента..
2. Клиентът или представителят на клиента трябва да подпишат два екземпляра от формуляра, за да потвърдят разбирането си за правата и отговорностите на клиента, когато получават услуги, предлагани от Администрацията за дългосрочна подкрепа и помощ на възрастни хора и Администрацията за развитие на хората с увреждания..
3. Изпратете едно копие във файла или в Системата за управление на документи (DMS) и дайте другото копие на клиента.