

**Vaše práva a povinnosti při čerpání služeb
poskytovaných Úřadem pro stárnutí a dlouhodobou
podporu a Úřadem pro pomoc s vývojovými poruchami**
**Your Rights and Responsibilities When You Receive Services Offered
by Aging and Long-Term Support Administration and Developmental
Disabilities Administration**

JMÉNO KLIENTA
PŘÍSTUPOVÉ IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO ACES

Dostupné služby

Máte právo vybrat si ze služeb, na které máte nárok. Poskytování služeb je dobrovolné. Služby, které může hradiť Úřad pro stárnutí a dlouhodobou podporu (AL TSA) a Úřad pro pomoc s vývojových poruchami (DDA), vám však nemusí pomoci se všemi vašimi potřebami.

AL TSA a DDA nabízejí služby v těchto oblastech:

- Rodinný domov pro dospělé, zařízení pro osoby se zdravotním postižením, zařízení s rozšířenými službami, pečovatelské zařízení, domov pro osoby se zdravotním postižením, péčovská péče, dětský domov s licencovaným personálem; skupinové domovy DDA, skupinové tréninkové domovy, pomoc lidem s mentálním postižením; NEBO
- Vlastní domov. **Poznámka:** AL TSA a DDA neposkytují placené služby osobní péče 24 hodin denně ve vlastní domácnosti. Pokud klient požaduje 24-hodinovou péči, lze zvážit využití jiných služeb.

Váš koordinátor případu AAA, koordinátor případových zdrojů DDA, nebo specialista sociálních služeb HCS se v tomto dokumentu nazývá **případový pracovník**.

Vaše práva

Máte právo:

- Na důstojné zacházení, s respektem a bez diskriminace;
- Na zachování důvěrnosti informací o sobě v rámci zákonů a pravidel DSHS;
- Nebýt zneužíván, zanedbáván, finančně vykořisťován nebo opuštěn. Popis těchto pojmů naleznete na adrese:
<https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse>.
Pokud jste vy nebo někdo, koho znáte, zneužívání, zanedbávání nebo vykořisťování, zavolejte na bezplatnou linku DSHS 1-866-(End Harm) / 1-866-363-4276 a promluvte si s pracovníkem, který vám může pomoci;
- Aby s vaším majetkem bylo zacházeno s úctou;
- Být informován o všech službách, které vám mohou být poskytnuty, abyste si mohl/a vybrat služby, které chcete nebo nechcete;
- Při plánování péče spolupracovat se svým případovým pracovníkem;
- Nebýt nucen odpovídat na otázky nebo dělat něco, co nechcete;
- Být písemně informován o rozhodnutích úřadu a obdržet kopii plánu péče nebo přehled plánu podpory;
- Pokud se s případovým pracovníkem neshodnete, poradit se s nadřízeným;
- Požádat o správní řízení, i když jste podali stížnost;

- Podat stížnost, a to bez obav z újmy i v případě, že jste požádali o správní řízení;
- Obrátit se na advokáta na telefonním čísle 1-888-201-1014;
- Odmítnout veškeré služby;
- Využít bezplatné tlumočnické služby, pokud nemluvíte nebo nerozumíte dobře anglicky.
- Můžete si vybrat kvalifikovaného poskytovatele, nebo ho propustit či vyměnit; a
- Obdržet výsledky prověrky jednotlivých poskytovatelů, které si vyberete.

Vaše povinnosti

Vaší povinností je:

- Umožnit osobě, která na případu pracuje, provést alespoň jednou ročně posudek na místě, které vám vyhovuje;
- Umožnit osobě, která na případu pracuje, alespoň jednou ročně prohlédnout si místo, kde žijete;
- Poskytnout nám dostatek informací k dokončení posudku;
- Informovat případového pracovníka, pokud za vás někdo jiný rozhoduje o zdravotních nebo finančních záležitostech;
- Podílet se na se na vypracování plánu péče nebo podpory a podepsat jej;
- Vztít na vědomí, že vašemu poskytovateli nelze zaplatit za služby nebo hodiny, které nejsou autorizovány;
- Zvolit si vlastní zdravotní péči;
- Vybrat si kvalifikovaného poskytovatele;
- Zajistit bezpečné pracoviště;
- Udržet v tajnosti prověrky poskytovatelů;
- Informovat svého případového pracovníka, pokud máte problémy s poskytovatelem nebo pokud váš poskytovatel neplní počet hodin, které vykazuje;
- Platit svému poskytovateli každý měsíc, pokud se podílíte na platbě za péči;
- Nejednat způsobem, který někoho vystavuje nebezpečí; a
- Informovat případového pracovníka, pokud dojde ke změně v jednom z níže uvedených:
 - ✓ Zdravotní stav;
 - ✓ Pomoc, které se vám dostává od rodin či jiných úřadů;
 - ✓ Místo bydliště; nebo
 - ✓ Vaše finanční situace.



Povinnosti případového pracovníka

Váš případový pracovník je povinen:

- Jednat s vámi s úctou a respektem;
- Respektovat vaše soukromí;
- Říci vám, co pro vás AL TSA a DDA mohou nebo nemohou udělat;
- Získat od vás a dalších osob informace, na jejichž základě provede posudek, aby určil míru podpory a rozhodl, z jakých služeb si můžete vybírat.
 - ✓ Posudek bude zahrnovat vaše silné stránky, omezení, cíle a preference.
 - ✓ Posudek bude zahrnovat míru pomoci, kterou již dostáváte nebo můžete dostat od rodiny nebo jiných úřadů, a způsob, jakým chcete, aby byly služby poskytovány;
- Pomoci vám vypracovat plán péče nebo plán podpory, který se týká pomoci při osobní péči a zahrnuje vaše osobní cíle, preference a volby;
- Získat informace od vás a dalších osob a aktualizovat váš plán péče nebo plán podpory každý rok nebo při změně vašeho zdravotního stavu;
- Dát vám dostatek času na poskytnutí potřebných informací;
- Vyřešit problémy týkající se plánu péče nebo plánu podpory, a to jakmile se objeví;
- Respektovat vaše práva a poskytovat větší pomoc pokud jde o přístup ke službám, v případě, že máte mentální, neurologické, smyslové nebo fyzické postižení; a
- Pomoci vám najít kvalifikovaného poskytovatele, pokud ho nemůžete najít.

Dříve vyslovená přání

Máte právo připravit si dříve vyslovená přání. Mezi tato přání může patřit závěť nebo trvalá plná moc pro zdravotní péči. Dříve vyslovená přání shrnují, co si přejete v oblastech lékařské a/nebo psychiatrické péče, včetně práva přijmout nebo odmítnout lékařskou, psychiatrickou nebo chirurgickou léčbu, až nebudete mít duševní schopnost učinit tato rozhodnutí. Dříve vyslovená přání můžete kdykoli odvolat.

Upozornění pro zákazníky a zaměstnance (hlava VI a VII) Ministerstvo zdravotnictví a sociálních věcí státu Washington je zaměstnavatel poskytující rovné příležitosti a odmítající diskriminaci v jakékoliv oblasti zaměstnání, svých programů nebo služeb a ta ať na základě věku, pohlaví, sexuální orientace, genderu, genderové identity/vyjádření, rodinného stavu, rasy, vyznání, barvy pleti, národnostního původu, náboženského vyznání nebo přesvědčení, politické příslušnosti, vojenského statusu, čestně vysloužilého veterána, veterána z vietnamské éry, nedávno vysloužilého veterána nebo veterána jiného chráněného stavu, jakéhokoli smyslového, mentálního nebo fyzického postižení nebo používání vycvičeného vodícího psa nebo služebního zvířete osobou s postižením, rovnosti odměňování nebo genetických informací.

Služba registrace voličů

Národní zákon o registraci voličů z roku 1993 vyžaduje, aby všechny státy poskytovaly pomoc při registraci voličů prostřednictvím svých úřadů veřejné podpory. Podání žádosti o registraci nebo odmítnutí registrace k volbám nemá vliv na služby nebo výši dávek, které vám tato agentura poskytne. Pokud chcete pomoci s vyplněním registračního formuláře, pomůžeme vám. Vaše rozhodnutí o registraci nebo odmítnutí registrace bude považováno za důvěrné a bude použito pouze pro účely registrace voličů. Pokud se domníváte, že někdo zasáhl do vašeho práva na registraci nebo odmítnutí registrace k volbám, do vašeho práva na soukromí při rozhodování o registraci nebo při podání žádosti o registraci k volbám nebo do vašeho práva na volbu politické strany nebo jiné politické preference, můžete podat stížnost u:

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

Váš podpis

Podepište se na níže uvedený řádek, pokud rozumíte svým právům a povinnostem a chápete i povinnosti svého případového pracovníka.

PODPIS KLIENTA

DATUM

PODPIS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

DATUM

**Vaše práva a povinnosti při čerpání služeb poskytovaných
Úřadem pro stárnutí a dlouhodobou podporu a Úřadem pro pomoc s vývojovými poruchami**

POKYNY

1. Tento formulář předložte klientovi při provádění úvodního posouzení PÉČE (CARE) a při revizi plánu péče nebo plánu podpory. Pokud klient již služby využívá a tuto verzi formuláře dříve nepodepsal, předložte mu ji při příštím posouzení. Projděte s klientem formulář a zodpovězte případné dotazy týkající se jeho práv a povinností.
2. Nechte klienta nebo jeho zástupce podepsat dvě kopie formuláře, aby vyjádřil své porozumění právům a povinnostem klienta při využívání služeb nabízených Úřadem pro stárnutí a dlouhodobou podporu a Úřadem pro pomoc s vývojovými poruchami.
3. Jednu kopii založte do papírové složky nebo do systému pro správu dokumentů (DMS) a druhou kopii předejte klientovi.