نام مؤکل
شماره شناسنامه اسس ACES

حقوق و مسئولیت های شما هنگامیکه خدماتی را که توسط اداره سالخورده گان و حمایت درازمدت، و اداره اختلالات رشدی پیشکش میگردد را دریافت مینمائید

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

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

خدمات موجود

شما حق دارید از خدماتی که واجد شرایط دریافت آن هستید انتخاب نمائید. خدمات اختیاری میباشد. خدماتی را که اداره سالخورده گان و حمایت درازمدت (ALTSA) و اداره اختلالات رشدی (DDA) میتواند پرداخت نماید شاید شما را با تمام ضروریات کمک کرده نتواند.

ALTSA و DDA خدمات ذیل را پیشکش مینمایند:

- خانه بزرگسالان، مرکز زنده گی همکاری شده، مرکز خدمات ارتقایی، خانه پرورش اطفال، خانه مسکونی مجوز اطفال; خانه های گروهی DDA، خانه های آموزش گروهی، ICF/IDs، یا
- خانه شخصی یک فرد. **یادداشت**: ALTSA و DDA خدمات مراقبت شخصی 24 ساعت/روزانه پرداخت شده را در خانه شخصی فرد فراهم نمیسازد. درصورتیکه مراقبت 24 ساعته ترجیح داده شود پس گزینه های خدمات دیگر میتواند قابل ملاحظه قرار گیرد.

آمر سوانح خدمات خانه یا جامعه یا نماینده گی ساحوی (AAA)، آمر منابع سوانح DDA یا متخصص خدمات اجتماعی HCS شما درین سند به کارمند سوانح یاد میگردد.

حقوق شما

شما حق دارید تا:

- با وقار، احترام و بدون تبعیض مورد برخورد قرار گیرید;
- به معلوماتی که درباره شما در محدوده قوانین و مقررات دیپارتمنت خدمات صحی و اجتماعی بگونه محرم نگهداری میشود دسترسی داشته باشید;
- در معرض سوء استفاده، بی توجهی، بهره برداری مالی، یا ترک قرار گیرید; اگر شما یا کسی را که میشناسید مورد سوء استفاده، بی توجهی یا بهره برداری قرار گرفته باشد، لطفاً از طریق شماره رایگان 1-866-363-4276 / 1-866-(End Harm) دیپارتمنت خدمات صحی و اجتماعی جهت صحبت با کارمندیکه شما را کمک مینماید به تماس شوید;
- ملکیت شما با احترام مورد برخورد قرار بگیرد;
- درباره تمام خدماتی که شما دریافت میکنید یا انتخاب یا درباره خدماتی که شما میخواهید یا نمیخواهید گفته شود;
- در برنامه ریزی مراقبت خود همراه با کارمند سوانح کار نمائید;
- بخاطر پاسخ به سوالات یا انجام کاری که شما نمیخواهید انجام دهید تحت فشار قرار گیرید;
- بگونه تحریری از تصامیم اداره و دریافت یک کاپی از پلان مراقبتی یا خلاصه پلان حمایوی به شما گفته شود;
- درصورتیکه شما و کارمند سوانح شما توافق ننمایند با یک ناظر صحبت نمائید;
- حتی درصورتیکه شکایت درج نموده باشید، تقاضای محاکمه اداری نمائید;
- حتی اگر قبلاً درخواست محاکمه اداری را نموده اید میتوانید بدون اضطراب شکایت درج کنید;
- با تماس به شماره 1-888-201-1014 با وکیل مدافع صحبت نمائید;
- تمام خدمات را نپذیرید;
- داشتن خدمات ترجمانی که در صورتیکه نتوانید به لسان انگلیسی بخوبی صحبت نمائید یا آنرا درک نمائید بگونه رایگان برایتان فراهم میگردد;
- یک مراقب شایسته را انتخاب، منفک یا تغییر دهید;
- نتایج بررسی سابقه را در رابطه به هر مراقب شخصی که انتخاب نمائید دریافت نمائید

مسئولیت های شما

شما مسئولیت دارید تا:

- اجازه دهید تا کارمند سوانح حد اقل بصورت سالیانه در یک محل مناسب برای شما ارزیابی شما را تکمیل نماید;
- اجازه دهید تا کارمند سوانح حد اقل بصورت سالیانه محیط زنده گی شما را بررسی نماید;
- معلومات کافی را بخاطر تکمیل نمودن ارزیابی شما به ما بدهید;
- درصورتیکه شخص دیگیری تصامیم طبی یا مالی را در مورد شما بگیرد به کارمند سوانح بگوئید;
- در انکشاف مراقبت یا برنامه حمایوی خود اشتراک نموده، و آنرا امضا نمائید;
- بدانید که به مراقب شما نمیتواند بخاطر خدمات یا ساعاتی که اجازه ندارد پرداخت نمیگردد;
- مراقبت صحی را خود تان انتخاب نمائید;
- یک مراقب شایسته را انتخاب نمائید;
- یک محل مناسب کاری را فراهم سازید;
- بررسی سابقه مراقب را بصورت محرمانه ادامه دهید;
- درصورتیکه با مراقب مشکل داشته باشید یا ساعات ادعا شده توسط مراقب را دریافت ننمائید با کارمند سوانح صحبت کنید;
- اگر بخاطر مراقبت کمک کنید به مراقب هر ماه پرداخت نمائید;
- کاری انجام ندهید تا کسی در معرض خطر قرار گیرد; و
- درصورتیکه در موارد ذیل تغییر دیده شود به کارمند سوانح بگوئید:
  - ✓ وضع طبی شما;
  - ✓ کمکی که از خانواده یا نهادها دریافت مینمائید;
  - ✓ جائیکه زنده گی میکنید; یا
  - ✓ وضع مالی شما.

Barcode label

16172

مسئولیت های کارمند سوانح

کارمند سوانح شما مسئول میباشد تا:

- به شیوه وقار و احترام با شما رفتار نماید;
- از حریم شما نگهداری نماید;
- آنچه را ALTSA و DDA میتواند، یا نمیتواند برای شما انجام دهد به شما بگوید;
- از شما و اشخاص دیگر معلومات بگیرد تا یک ارزیابی نماید که سطح همکاری و تصمیم اینکه کدام خدمات را انتخاب کرده میتوانید معین سازد.
  - ✓ ارزیابی مذکور شامل قوت، محدودیت ها، اهداف، و اولویت های شما میشود.
  - ✓ ارزیابی مذکور شامل کمک های که شما در حال حاظر دریافت میکنید یا میتوانید از خانواده یا نهادهای دیگر دریافت نمائید و اینکه چگونه میخواهید خدمات مذکور انجام شوند میباشد;
- شما را در انکشاف یک پلان مراقبتی یا پلان حمایوی که به همکاری با پرسونل مراقبتی رسیده گی مینماید و شامل اهداف شخصی، اولویت ها، و انتخاب ها میشوند کمک نماید;
- از شما و دیگران بخاطر بروز رسانی پلان مراقبتی یا پلان حمایوی هرساله یا هنگامیکه وضعیت شما تغییر نماید معلومات حاصل نماید;
- به شما بخاطر فراهم سازی معلومات مورد ضرورت وقت کافی بدهد:
- به مشکلات پلان مراقبتی یا پلان حمایوی شما در صورت بروز آن رسیده گی نماید;
- به حقوق شما احترام گذاشته و اگر شما مشکل روانی، عصبی، حسی، یا فزیکی داشته باشید کمک بیشتر بخاطر دسترسی به خدمات نماید; و
- در پیدا کردن مراقب شایسته در صورتیکه شما قادر به پیدا کردن آن نباشید شما را کمک نماید.

دستورات بیشتر

شما حق دستورات خاص را دارید. دستورات خاص شامل خواهش زنده گی کردن یا قدرت پایدار وکالت برای مراقبت صحی شما میباشد. دستورات خاص آرزو های شما را درباره مراقبت صحی روانی و/یا طبی، بشمول حق قبولی یا رد صحت روانی، طبی، یا درمان جراحی، درصورتیکه توانائی روانی را بخاطر این تصمیم گیری ها نداشته باشید خلاصه مینماید. شما میتوانید دستورات خاص را در ر زمانی که بخواهید لغو نمائید.

خدمات ثبت نام رای دهنده گان

نظر به قانون ملی ثبت نام رای دهنده گان 1993 تمام ایالات ضرورت دارند تا کممک ثبت نام رای دهنده گان را از طریق دفاتر همکاری عامه شان فراهم سازند. درخواست برای ثبت نام یا صرف نظر از ثبت نام بخاطر رای دهی خدمات یا مقدار مزایای را که از طرف این نهاد برای شما فراهم خواهد شد متآثر نمیسازد. درصورتیکه شما خواهان کمک در خانه پری فورمه ثبت نام رای دهی باشید ما شما را کمک کرده میتوانیم. تصمیم شما مبنی بر ثبت نام یا طرف نظر از ثبت نام محرمانه باقی مانده و صرفاً بخاطر مقاصد ثبت نام رای دهنده مورد استفاده میگیرد. اگر شما باورمند هستید که کسی در حق ثبت نام شما یا صرف نظر از ثبت نام شما بخاطر رای دهی ، حق حریم خصوصی در تصمیم گیری مبنی بر اینکه ثبت نام نمائید یا بخاطر رای دهی درخواست ثبت نام نمائید، یا حق شما بخاطر انتخاب گروه سیاسی خود تان یا ترجیح سیاسی دیگر دخالت مینماید، میتوانید به آدرس ذیل شکایت درج نمائید:

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

امضای شما

درصورتیکه حقوق و مسئولیت ها خود را درک کردید و مسئولیت های کارمند سوانح را نیز دانستید در سطر ذیل امضا نمائید.

_____
امضای مؤکل

_____
تاریخ

_____
امضای نماینده حقوقی

_____
تاریخ

یادداشت برای مشتریان و کارمندان (عنوان VIو VII): دیپارتمنت خدمات صحی و اجتماعی ایالت واشنگتن یک استخدام کننده با فرصت های مساویانه بوده که در هیچ ساحه شغلی، برنامه ها یا خدمات بر اساس سن، جنس، گرایش جنسی، جنسیت، هویت جنسیتی/بیان جنسیتی، حالت مدنی، نژاد، کیش، رنگ، منشاء ملی، مذهب یا عقیده، وابسته گی سیاسی، وضع نظامی، ترخیص افتخاری از بخش نظامی، در عصر ویتنام، اخیراً مرخص شده یا وضع محافظت شده سربازی، موجودیت هرگونه ناتوانی حسی، روانی یا فزیکی یا استفاده از راهنما یا خدمات سگ تعلیمی آموزش دیده توسط یک شخص ناتوان، پرداخت مساویانه یا معلومات ژنیتیکی تبعیض نمینماید،

حقوق و مسئولیت های شما هنگامیکه خدماتی را که از طرف اداره سالخورده گان و حمایت درازمدت و اداره اختلالات رشدی پیشکش میگردد دریافت مینمائید

هدایات

1. هنگام تکمیلی ارزیابی مراقبت ابتدائی و مرور پلان مراقبت یا پلان حمایوی این فورمه را به مؤکل تسلیم نمائید. درصورتیکه مؤکل از قبل خدمات را دریافت مینماید و این نسخه فورمه را قبلاً امضا ننموده است، فارم مذکور را در ارزیابی بعدی به وی پیشکش نمائید. فورمه را یکجا با مؤکل بخاطر پاسخ به سواات درباره حقوق و مسئولیت های مؤکل مرور نمائید.
2. از مؤکل یا نماینده مؤکل بخواهید تا دو کاپی فورمه را امضا نماید تا درک وی را از حقوق و مسئولیت های مؤکل هنگام دریافت خدماتی که از طرف اداره سالخورده گان و حمایت درازمدت و اداره اختلالات رشدی پیشکش میگردد نشان دهد.
3. یک کاپی آنرا در دوسیه یا سیستم مدیریت اسناد (DMS) ثبت نموده و کاپی دیگر را به مؤکل تسلیم نمائید.