

**Rechten en verantwoordelijkheden wanneer u
diensten ontvangt die worden aangeboden door
Aging and Long-Term Support Administration en
Developmental Disabilities Administration**
**Your Rights and Responsibilities When You Receive Services
Offered by Aging and Long-Term Support Administration and
Developmental Disabilities Administration**

NAAM CLIËNT
TOEGANG ID NUMMER

Beschikbare diensten

U heeft het recht om te kiezen uit de diensten waarvoor u in aanmerking komt. De diensten zijn vrijwillig. De diensten die Aging and Long-Term Support Administration (AL TSA) en Developmental Disabilities Administration (DDA) kunnen betalen, helpen u misschien niet met al uw behoeften.

AL TSA en DDA bieden diensten aan in:

- Een gezinshuis voor volwassenen, een faciliteit voor begeleid wonen, een faciliteit voor verbeterde dienstverlening, een verpleeginrichting, een begeleidingshuis, een pleeggezin voor kinderen, een residentieel kindertehuis met een vergunning; DDA groepshuizen, groepstrainingshuizen, ICF/ID's; OF
- Iemands eigen huis. **Opmerking:** AL TSA en DDA bieden geen betaalde 24 uur per dag persoonlijke verzorging in een eigen huis. Indien 24-uurs zorg nodig is, kunnen andere diensten worden overwogen.

Uw AAA Case Manager, DDA Case Resource Manager of HCS Social Service Specialist wordt in dit document een **hulpverlener** genoemd.

Uw rechten

U hebt recht op:

- Waardig, respectvol en zonder discriminatie behandeld te worden;
- Informatie over uzelf privé te houden binnen de grenzen van de wetten en DSHS-regels;
- Niet misbruikt, verwaarloosd, financieel uitgebuit of in de steek gelaten te worden. Ga voor een beschrijving van deze termen naar: <https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse>. Indien u of iemand die u kent wordt misbruikt, verwaarloosd of uitgebuit, bel dan DSHS gratis op 1-866-(End Harm) / 1-866-363-4276 om te praten met een medewerker die u kan helpen;
- Uw eigendom met respect te laten behandelen;
- Informatie te ontvangen over alle diensten die u kunt ontvangen en keuzes te maken over diensten die u wel of niet wilt;
- Samen met uw hulpverlener te werken aan de planning van uw zorg;
- Niet te worden gedwongen om vragen te beantwoorden of iets te doen wat u niet wilt;
- Schriftelijk geïnformeerd te worden over beslissingen van de instantie en een kopie te ontvangen van uw zorgplan of ondersteuningsplan samenvatting;
- Met een supervisor te praten als u en uw hulpverlener het niet eens zijn;
- Een administratieve hoorzitting aan te vragen, zelfs als u een klacht heeft ingediend;

- Dien een klacht in zonder angst voor schade, zelfs als u om een administratieve hoorzitting heeft gevraagd;
- Spreek met een advocaat door te bellen naar 1-888-201-1014;
- Alle diensten weigeren;
- Gratis tolkdiensten krijgen als u niet goed Nederlands spreekt of verstaat;
- Een gekwalificeerde dienstverlener kiezen, ontslaan of veranderen; en
- De resultaten ontvangen van het antecedentenonderzoek van elke individuele hulpverlener die u kiest.

Uw verantwoordelijkheden

U bent verantwoordelijk om:

- De hulpverlener ten minste jaarlijks uw beoordeling te laten uitvoeren op een voor u geschikte locatie;
- De hulpverlener ten minste jaarlijks uw leefomgeving te laten bekijken;
- Ons genoeg informatie te geven om uw beoordeling af te ronden;
- Uw hulpverlener te vertellen als iemand anders medische of financiële beslissingen voor u neemt;
- Deel te nemen aan de ontwikkeling van uw zorg- of ondersteuningsplan en dit te ondertekenen;
- Te begrijpen dat uw hulpverlener niet kan worden betaald voor diensten of uren die niet zijn goedgekeurd;
- Zelf uw gezondheidszorg te kiezen;
- Een gekwalificeerde hulpverlener te kiezen;
- Te zorgen voor een veilige werkplek;
- De achtergrondcontroles van de hulpverlener privé te houden;
- Uw hulpverlener vertellen als u problemen heeft met uw hulpverlener of als u niet de uren krijgt die door uw hulpverlener worden gedeclareerd;
- Uw provider elke maand te betalen als u meebetaalt aan uw zorg;
- Niet te handelen op een manier die iemand in gevaar brengt; en
- Uw hulpverlener op de hoogte te brengen van veranderingen in:
 - ✓ Uw medische toestand;
 - ✓ De hulp die u krijgt van familie of andere instanties;
 - ✓ Waar u woont; of
 - ✓ Uw financiële situatie.



Verantwoordelijkheden van de hulpverlener

Uw hulpverlener is verantwoordelijk voor:

- U waardig en met respect te behandelen;
- Uw privacy te bewaren;
- U te vertellen wat AL TSA en DDA al dan niet voor u kunnen doen;
- Informatie te verkrijgen van u en anderen om een beoordeling uit te voeren om uw niveau van hulp te bepalen en te beslissen uit welke diensten u kunt kiezen.
 - ✓ De evaluatie omvat uw sterke punten, beperkingen, doelen en voorkeuren.
 - ✓ De beoordeling omvat de hulp die u al krijgt of kunt krijgen van familie of andere instanties en hoe u wilt dat de diensten worden uitgevoerd;
- U bijstaan bij het ontwikkelen van een zorgplan of ondersteuningsplan dat betrekking heeft op hulp bij persoonlijke verzorging en dat uw persoonlijke doelen, voorkeuren en keuzes omvat;
- Informatie van u en anderen krijgen om uw zorgplan of ondersteuningsplan elk jaar bij te werken of wanneer uw toestand verandert;
- U voldoende tijd geven om de benodigde informatie te verstrekken;
- Problemen met uw zorgplan of ondersteuningsplan aanpakken wanneer ze zich voordoen;
- Uw rechten respecteren en meer hulp bieden bij de toegang tot diensten als u mentale, neurologische, zintuiglijke of fysieke beperkingen heeft; en
- U helpen een gekwalificeerde hulpverlener te vinden als u die niet kunt vinden.

Geavanceerde richtlijnen

U hebt het recht om richtlijnen op te stellen. Voorafgaande richtlijnen kunnen een levenstestament of een volmacht voor uw gezondheidszorg omvatten. Deze richtlijnen geven een samenvatting van uw wensen voor medische en/of geestelijke gezondheidszorg, inclusief het recht om medische, psychische of chirurgische behandelingen te accepteren of te weigeren als u niet in staat bent deze beslissingen te nemen. U kunt uw richtlijnen te allen tijde intrekken.

Mededeling voor klanten en werknemers (Titel VI en VII) Het Washington State Department of Social and Health Services is een werkgever met gelijke kansen en discrimineert op geen enkel gebied van werkgelegenheid, haar programma's of diensten op basis van leeftijd, geslacht, geslachtsidentiteit/expressie, burgerlijke staat, ras, geloof, kleur, nationale afkomst, religie of overtuigingen, politieke voorkeur, militaire status, eervol ontslagen veteraan, Vietnam Era, recent uitgetreden of andere beschermde veteranenstatus, de aanwezigheid van een zintuiglijke, mentale of fysieke handicap of het gebruik van een getrainde hondengids of dienaar door een persoon met een handicap, gelijke beloning of genetische informatie.

Kiezersregistratie

De National Voter Registration Act van 1993 vereist dat alle staten via hun openbare hulpverleningskantoren hulp bieden bij de registratie van kiezers. Een aanvraag tot registratie of een weigering tot registratie heeft geen invloed op de diensten of de hoogte van de uitkering die u van dit bureau ontvangt. Indien u hulp wenst bij het invullen van het kiezersregistratieformulier, zullen wij u helpen. Uw beslissing om u al dan niet te laten registreren wordt vertrouwelijk behandeld en alleen gebruikt voor de registratie van kiezers. Indien u van mening bent dat iemand uw recht op registratie of weigering van registratie als kiezer, uw recht op privacy bij de beslissing of u zich wilt laten registreren of bij het aanvragen van registratie als kiezer, of uw recht om uw eigen politieke partij of andere politieke voorkeur te kiezen, heeft geschonden, kunt u een klacht indienen bij:

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

Uw handtekening

Zet uw handtekening op de regel hieronder als u uw rechten en verantwoordelijkheden begrijpt en de verantwoordelijkheden van uw hulpverlener begrijpt.

HANDTEKENING VAN DE CLIËNT

DATUM

HANDTEKENING WETTELIJKE VERTEGENWOORDIGER

DATUM

**Uw rechten en verantwoordelijkheden wanneer u diensten ontvangt aangeboden door
Aging and Long-Term Support Administration en Developmental Disabilities Administration.**

INSTRUCTIES

1. Geef dit formulier aan de cliënt bij het invullen van de eerste CARE-beoordeling en het herzien van het zorgplan of ondersteuningsplan. Als de cliënt al diensten ontvangt en deze versie van het formulier niet eerder heeft ondertekend, leg het formulier dan bij de volgende beoordeling aan de cliënt voor. Neem het formulier met de cliënt door om eventuele vragen over zijn rechten en verantwoordelijkheden te beantwoorden.
2. Laat de cliënt of diens vertegenwoordiger twee exemplaren van het formulier ondertekenen om aan te geven dat hij/zij de rechten en verantwoordelijkheden van de cliënt bij het ontvangen van diensten van de Aging and Long-Term Support Administration en de Developmental Disabilities Administration begrijpt.
3. Berg één exemplaar op in het dossier of het Document Management Systeem (DMS) en geef het andere exemplaar aan de cliënt.