نام مراجع
شماره شناسایی ACES

حقوق و مسئولیت‌های شما هنگام دریافت خدماتی که توسط Aging and Long-Term Support Administration و Developmental Disabilities Administration ارائه می‌گردد

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

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

خدمات موجود

شما حق دارید از بین خدماتی که واجد شرایط دریافت آنها هستید، خدمات دلخواه خود را انتخاب کنید. خدمات داوطلبانه هستند. خدماتی که Aging and Long-Term Support Administration (ALTSA) و Developmental Disabilities Administration (DDA) می‌توانند هزینه آنها را بپردازند ممکن است برای رفع همه نیازهای شما کافی نباشند.

ALTSA و DDA خدماتی را در مراکز زیر ارائه می‌دهند:

- منازل خانوادگی بزرگسالان (Adult Family Home)، مراکز زندگی امداد شده (Assisted Living Facility)، مراکز خدمات ارتقاء یافته (Enhanced Services Facility)، مراکز پرستاری یا خانه سالمندان، خانه‌های همراهان (Companion Home)، پرورشگاه‌ها، خانه‌های مسکونی دارای کارکنان رسمی ویژه کودکان، منازل گروهی DDA، منازل آموزش گروهی، ICF/IDها؛ یا
- منزل شخصی فرد متقاضی خدمات. **توجه:** ALTSA و DDA هزینه خدمات مراقبت‌های شخصی که به صورت 24 ساعت شبانه‌روز در منزل شخصی فرد متقاضی ارائه می‌شود را نمی‌پردازند. در صورت نیاز به مراقبت‌های 24 ساعته، می‌توانید سایر گزینه‌های خدماتی را مد نظر قرار دهید.

در اینجا، مدیر پرونده AAA، مدیر منابع پرونده DDA، یا متخصص خدمات اجتماعی HCS شما **«مددکار»** نامیده میشود.

حقوق شما

شما حق دارید:

- با عزت و احترام و بدون هیچ گونه تبعیضی با شما رفتار شود؛
- اطلاعاتی که مربوط به شما است در محدوده قوانین مربوطه و مقررات DSHS محرمانه نگه داشته شود؛
- مورد آزار، غفلت، سوء استفاده مالی، یا بی‌توجهی قرار نگیرید؛ اگر شما یا یکی از آشنایان شما مورد آزار، غفلت، سوء استفاده مالی، یا بی‌توجهی قرار می‌گیرید، لطفاً از طریق شماره رایگان 1-866-363-4276 با DSHS تماس بگیرید و موضوع را با یکی از مددکاران مسئول در میان بگذارید؛
- با احترام با اموال شما رفتار شود؛
- درباره کلیه خدماتی که می‌توانید دریافت کنید اطلاعات کافی به شما داده شود و بتوانید خدماتی که مایل به دریافت آنها هستید یا نیستید را انتخاب کنید؛
- در برنامه‌ریزی برای مراقبت‌های مورد نیاز خود، با مددکارتان همکاری کنید؛
- خدمات مددکاری اضافی که مایل به دریافت آنها نیستید را قبول نکنید (به هر حال، به منظور دریافت خدمات مورد نیاز خود، باید به مددکار اجازه دهید اقدامات زیر را حداقل سالی یک بار انجام دهد: تکمیل ارزیابی؛ بازدید از محل سکونت شما و نظارت بر ارائه خدمات)؛
- به پاسخ دادن به پرسش‌ها یا انجام کارهایی که تمایل ندارید مجبور نشوید؛
- تصمیمات سازمان کتباً به اطلاع شما رسانده شود و یک کپی از طرح مراقبتی یا خلاصه طرح حمایتی خود را دریافت کنید؛
- اگر شما یا مددکار شما با تصمیمی مخالف هستید، درباره آن با یکی از سرپرست‌ها صحبت کنید؛
- حتی اگر شکایت هم کرده باشید، درخواست رسیدگی اداری کنید؛
- حتی اگر درخواست رسیدگی اداری هم کرده باشید، بدون ترس از عواقب احتمالی، شکایت کنید؛
- از طریق تماس با شماره 1-888-201-1014 با یک وکیل صحبت کنید؛
- از پذیرش کلیه خدمات خودداری کنید؛
- اگر نمی‌توانید به زبان انگلیسی صحبت کنید، از خدمات ترجمه شفاهی رایگان بهره‌مند شوید؛
- یک ارائه دهنده واجد شرایط را انتخاب، استخدام یا اخراج کنید؛
- نتایج بررسی پیشینه هر ارائه دهنده‌ای که انتخاب می‌کنید را دریافت نمایید.

مسئولیت‌های شما

شما مسئولیت دارید:

- به مددکار اجازه دهید ارزیابی شما را حداقل سالی یک بار در محلی که برای شما مناسب است انجام دهد؛
- به مددکار اجازه دهید حداقل سالی یک بار از محیط زندگی شما بازدید کند؛
- به ما اطلاعات کافی بدهید تا بتوانیم ارزیابی شما را تکمیل کنیم؛
- چنانچه شخص دیگری به جای شما تصمیمات پزشکی یا مالی را اتخاذ می‌کند، به مددکار خود اطلاع دهید؛
- در تهیه طرح مراقبتی یا حمایتی خود مشارکت و آن را امضاء کنید؛
- بدانید که ما نمی‌توانیم هزینه خدمات یا ساعاتی که مجوزی برای آنها صادر نشده را به ارائه دهنده شما پرداخت کنیم؛
- مراقبت‌های بهداشتی‌تان را خودتان انتخاب کنید؛
- یک ارائه دهنده واجد شرایط را انتخاب نمایید؛
- یک محل کار امن و ایمن را فراهم کنید؛
- بررسی‌های مربوط به پیشینه ارائه دهنده را محرمانه نگه دارید؛
- اگر یک ارائه دهنده شخصی (IP) را انتخاب می‌کنید:
  - ✓ بدانید که شما کارفرمای او محسوب می‌شوید و پرداخت حق‌الزحمه IP مستلزم آن است که وی قبلاً قراردادی را با شما امضاء کرده باشد؛ و
  - ✓ و ساعاتی که IP برای شما کار کرده را در کاربرگ وی تأیید کنید؛

Barcode label

16172

مسئولیت‌های شما (ادامه)

- اگر با ارائه دهنده خود مشکلی دارید یا خدمات را به تعداد ساعاتی که ارائه دهنده ادعا می‌کند دریافت نمی‌کنید، به مددکار خود اطلاع دهید؛
- اگر قرار است بخشی از حق‌الزحمه ارائه دهنده را خودتان بپردازید، هر ماه سهم خودتان از حق‌الزحمه را پرداخت کنید؛
- به گونه‌ای رفتار نکنید که خودتان یا دیگران به خطر بیفتند؛
- در صورت تغییر در موارد زیر، به مددکارتان اطلاع دهید:
  - ✓ بیماری شما؛
  - ✓ کمک‌هایی که از خانواده یا سایر نهادها دریافت می‌کنید؛
  - ✓ محل سکونت شما؛ یا
  - ✓ وضعیت مالی شما.

مسئولیت‌های مددکار

مددکار شما مسئولیت دارد:

- با عزت و احترام با شما رفتار کند؛
- حریم خصوصی شما را حفظ کند؛
- به شما بگوید که ALTSA و DDA چه خدماتی را می‌توانند به شما ارائه دهند؛
- به منظور انجام یک ارزیابی و تعیین میزان کمکی که نیاز دارید و نیز خدماتی که می‌توانید انتخاب کنید؛ اطلاعاتی را از شما و دیگران دریافت کند.
  - ✓ ارزیابی شامل نقاط قوت، محدودیت‌ها، اهداف، و اولویت‌های شما خواهد بود.
  - ✓ ارزیابی شامل کمک‌هایی خواهد بود که در حال حاضر از خانواده یا سایر نهادها دریافت می‌کنید یا می‌توانید دریافت کنید و اینکه مایل هستید چگونه آنها را دریافت نمایید؛
- در تهیه یک طرح مراقبتی یا طرح حمایتی به شما کمک کند؛ طرح‌های مذکور باید متناسب با کمک‌ها یا مراقبت‌های شخصی مورد نیاز شما و شامل اهداف، اولویت‌ها و گزینه‌های شخصی شما باشند؛
- به منظور به‌روزرسانی طرح مراقبتی یا طرح حمایتی شما در هر سال یا هر زمانی که شرایط شما تغییر می‌کند، اطلاعاتی را از شما و دیگران دریافت نماید؛
- به شما وقت کافی بدهد تا اطلاعات مورد نیاز را ارائه دهید؛
- مشکلات احتمالی مربوط به طرح مراقبتی یا طرح حمایتی شما را برطرف کند؛
- به حقوق شما احترام بگذارد و اگر دچار اختلالات ذهنی، عصبی، حسی یا جسمی هستید، در دسترسی به خدمات به شما کمک بیشتری نماید.
- اگر خود شما نمی‌توانید یک ارائه دهنده واجد صلاحیت را پیدا کنید، در یافتن چنین شخصی به شما کمک کند؛

دستورالعمل‌های قبلی

شما حق دارید دستورالعمل‌های قبلی تهیه کنید. دستورالعمل‌های قبلی می‌توانند شامل یک وصیتنامه مربوط به دوران حیات یا یک وکالتنامه طولانی برای مراقبت‌های بهداشتی شما باشد. دستورالعمل‌های قبلی حاوی خلاصه‌ای از خواسته‌های شما درباره مراقبت‌های پزشکی و/یا بهداشت روانی است، از جمله حق پذیرش یا عدم پذیرش درمان‌های پزشکی، بهداشت روانی، یا جراحی، در زمانی که از توانایی ذهنی لازم برای تصمیم‌گیری درباره آنها برخوردار نیستید. می‌توانید دستورالعمل‌های قبلی خود را در هر زمانی لغو کنید.

خدمات ثبت‌نام رأی دهنده

قانون ثبت‌نام رأی دهنده ملی (National Voter Registration Act) مصوب سال 1993 کلیه ایالت‌ها را موظف می‌داند که خدمات ثبت‌نام رأی دهنده را از طریق دفاتر امداد عمومی خود ارائه دهند. درخواست برای یا خودداری از ثبت‌نام جهت رأی دادن بر خدمات یا میزان مزایایی که از طریق این سازمان دریافت می‌کنید هیچ تأثیری نخواهد گذاشت. اگر برای تکمیل فرم ثبت‌نام رأی دهنده به کمک نیاز داشته باشید، ما به شما کمک خواهیم کرد. تصمیم شما برای ثبت‌نام یا خودداری از ثبت‌نام محرمانه نگه داشته و از آن فقط برای اهداف ثبت‌نام رأی دهنده استفاده خواهد شد. اگر معتقد هستید که کسی در حق شما برای ثبت‌نام یا خودداری از ثبت‌نام جهت رأی دادن، حق شما برای برخورداری از حریم خصوصی در تصمیم‌گیری راجع به ثبت‌نام یا درخواست برای ثبت‌نام جهت رأی دادن، یا حق شما برای انتخاب حزب سیاسی مورد نظر خود یا سایر اولویت‌های سیاسی شما مداخله کرده است، می‌توانید شکایتی را به نشانی زیر تسلیم کنید:

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

امضای شما

اگر حقوق و مسئولیت‌های خود و نیز مسئولیت‌های مددکارتان را کاملاً درک می‌کنید، امضای خود را در سطر زیر درج کنید.

_____
امضای مراجع

_____
تاریخ

_____
امضای نماینده قانونی

_____
تاریخ

قابل توجه مراجعین و کارمندان (عناوین شش و هفت): سازمان خدمات درمانی و اجتماعی ایالت واشینگتن کارفرمای ارائه دهنده فرصت برابر است و در هیچ یک از مراحل استخدامی، برنامه ها یا خدمات بر اساس سن، جنسیت، گرایش جنسی، جنسیت، هویت جنسی، وضعیت تأهل، نژاد، کیش، رنگ، اصالت ملی،مذهب و عقاید، سوگیری سیاسی، وضعیت نظامی، کهنه سربازان محترم، کهنه سربازان جنگ ویتنام، سایر کهنه سربازان یا سربازانی که به تازگی تحت حمایت قرار گرفته اند،افراد دارای هرگونه معلولیت حسی، ذهنی، جسمی یا افرادی دارای معلولیتی که از سگ آموزش دیده یا خدمات حیوانی استفاده می کنند، تبعیضی قائل نمی شود و همگی پرداخت و اطلاعات عمومی یکسانی دریافت می کنند.

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

INSTRUCTIONS

1. Present this form to the client when completing the initial CARE assessment and reviewing the care plan or plan. If the client is already receiving services and did not previously sign this version of the form, present support the form to the client at the next assessment. Review the form with the client to answer any questions about the client‘s rights and responsibilities.

2. Have the client or the client’s representative sign two copies of the form to indicate his/her understanding of the client’s rights and responsibilities when receiving services offered by Aging and Long-Term Support Administration and Developmental Disabilities Administration.

3. File one copy in the hard file or Document Management System (DMS) and give the other copy to the client.