

Vos droits et obligations lorsque vous recevez des services offerts par l'Administration du vieillissement et du soutien à long terme des personnes âgées et l'Administration des déficiences développementales
Your Rights and Responsibilities When You Receive Services Offered by Aging and Long-Term Support Administration and Developmental Disabilities Administration

NOM DU CLIENT
NUMÉRO D'IDENTIFICATION ACES

Services disponibles

Vous avez le droit de choisir parmi les services que vous êtes admissible à recevoir. Les services sont volontaires. Les services que l'Administration du vieillissement et du soutien à long terme des personnes âgées (AL TSA) et l'Administration des déficiences développementales (DDA) peuvent payer peuvent ne pas répondre à tous vos besoins.

L'AL TSA et la DDA offrent des services dans :

- Une maison familiale pour adultes, une maison de retraite médicalisée, un établissement de services améliorés, un établissement de soins infirmiers, un foyer d'accompagnement, un foyer d'accueil pour enfants, un foyer résidentiel autorisé pour enfants ; des maisons de groupe DDA, des maisons de formation de groupe, ICF/IDs ; OU
- Au domicile d'une personne. **Remarque :** L'AL TSA et la DDA ne fournissent pas des services de soins à la personne payants 24 heures sur 24 au domicile d'une personne. Si vous souhaitez un service de soins 24 h sur 24, vous pouvez envisager d'autres options de service.

Votre gestionnaire de cas AAA, gestionnaire de ressources de cas DDA ou spécialiste des services sociaux HCS est appelé un **assistant social** dans ce document.

Vos droits

Vous avez le droit de :

- Être traité avec dignité, respect et sans discrimination ;
- Avoir des informations vous concernant maintenues confidentielles dans les limites des lois et des règles du DSHS ;
- Ne pas être victime d'abus, de négligence, d'exploitation financière, ou d'abandon. Retrouvez une description de ces termes sur : <https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse>. Si vous, ou quelqu'un que vous connaissez, êtes maltraité, négligé ou exploité, veuillez appeler gratuitement le DSHS au 1-866-(End Harm) / 1-866-363-4276 pour parler à un agent qui peut vous aider ;
- Avoir votre propriété traitée avec respect ;
- Être informé de tous les services que vous pouvez recevoir et choisir les services que vous voulez ou que vous ne voulez pas ;
- Travailler en partenariat avec votre assistant social pour planifier vos soins ;
- Ne pas être obligé de répondre à des questions ou de faire quelque chose que vous ne voulez pas faire ;
- Être informé par écrit des décisions de l'agence et recevoir un exemplaire du résumé de votre plan de soins ou plan de prise en charge ;
- Parler à un superviseur si vous et votre assistance sociale n'êtes pas d'accord ;
- Demander une audience administrative, même si vous avez déposé une plainte ;

- Déposer une plainte sans crainte de préjudice même si vous avez demandé une audience administrative ;
- Parler à un avocat en appelant le 1-888-201-1014 ;
- Refuser tous les services ;
- Bénéficier de services d'interprètes gratuitement si vous ne parlez pas ou ne comprenez pas bien l'anglais ;
- Choisir, renvoyer ou changer de fournisseur qualifié ; et
- Recevoir les résultats de la vérification des antécédents pour le fournisseur individuel de votre choix.

Vos obligations

Vous avez l'obligation de :

- Laisser l'assistant social compléter votre évaluation au moins une fois par an dans un endroit qui vous convient ;
- Laisser l'assistant social voir votre cadre de vie au moins une fois par an ;
- Nous donner suffisamment d'informations pour compléter votre évaluation ;
- Dire à votre assistant social si quelqu'un prend des décisions médicales ou financières pour vous ;
- Participer à l'élaboration de votre plan de soins ou de prise en charge, et le signer ;
- Comprendre que votre fournisseur ne peut pas être payé pour les services ou les heures non autorisés ;
- Choisir vos propres soins de santé ;
- Choisir un fournisseur qualifié ;
- Fournir un lieu de travail sûr ;
- Garder les vérifications des antécédents du fournisseur confidentielles ;
- Dire à votre assistant social si vous avez des problèmes avec votre fournisseur ou si vous n'obtenez pas les heures réclamées par votre fournisseur ;
- Payer votre fournisseur chaque mois si vous aidez à payer vos soins ;
- Ne pas agir d'une manière qui met quelqu'un en danger ; et
- Dire à votre assistant social s'il y a un changement dans les éléments suivants :
 - ✓ Votre état de santé ;
 - ✓ L'aide que vous recevez de votre famille ou d'autres agences ;
 - ✓ Votre domicile ; ou
 - ✓ Votre situation financière.



Obligations de l'assistant social

Votre assistant social a l'obligation de :

- Vous traiter avec dignité et respect ;
- Respecter votre vie privée ;
- Vous dire ce que l'ALTSA et la DDA peuvent, ou ne peuvent pas, faire pour vous ;
- Obtenir des informations auprès de vous et des autres pour effectuer une évaluation afin de déterminer votre niveau d'assistance et décider quels services vous pouvez choisir.
 - ✓ L'évaluation inclura vos forces, vos limites, vos objectifs et vos préférences.
 - ✓ L'évaluation inclura l'aide que vous obtenez déjà ou pouvez obtenir de la famille ou d'autres agences et la façon dont vous voulez que les services soient faits ;
- Vous assister à élaborer un plan de soins ou de prise en charge qui traite de l'aide avec les soins personnels et inclut vos objectifs personnels, vos préférences et vos choix ;
- Obtenir des informations auprès de vous et d'autres personnes pour mettre à jour votre plan de soins ou votre plan de prise en charge chaque année ou lorsque votre état change ;
- Vous donner suffisamment de temps pour fournir les informations nécessaires ;
- Résoudre les problèmes liés à votre plan de soins ou plan de prise en charge au fur et à mesure qu'ils surviennent ;
- Respecter vos droits et fournir plus d'aide pour accéder aux services si vous êtes atteint de déficiences mentales, neurologiques, sensorielles ou physiques ; et
- Vous aider à trouver un fournisseur qualifié si vous ne parvenez pas à en trouver un.

Directives anticipées

Vous avez le droit de faire des directives anticipées. Les directives anticipées peuvent inclure un testament de vie ou une procuration durable pour vos soins de santé. Les directives anticipées résument vos souhaits concernant les soins médicaux et/ou médico-psychologiques, y compris le droit d'accepter ou de refuser un traitement médical, médico-psychologique ou chirurgical, lorsque vous n'avez pas la capacité mentale de prendre ces décisions. Vous pouvez révoquer vos directives anticipées à tout moment.

Notice à l'intention des clients et des employés (Article VI et VII) Le Département de la santé et des services sociaux de l'Etat de Washington est un employeur souscrivant au principe de l'égalité d'accès à l'emploi et qui ne pratique aucune discrimination sur la base de l'âge, du sexe, de l'orientation sexuelle, de l'expression ou de l'identité sexuelle, du statut marital, de la race, des croyances, de la couleur, de l'origine ethnique, de la religion, de l'affiliation politique, du statut militaire ou du statut d'ancien combattant honorablement libéré de ses fonctions, de l'ère du Vietnam, du statut d'ancien combattant récemment séparé ou autre statut d'ancien combattant protégé, ou de la présence d'un handicap sensoriel, mental, physique ou de l'utilisation d'un chien-guide entraîné ou d'un animal d'assistance par une personne souffrant d'un handicap, de l'égalité de salaire ou des données génétiques.

Service d'inscription sur les listes électorales

La loi de 1993 de l'inscription sur les listes électorales stipule que tous les états doivent apporter une assistance à l'inscription sur les listes électorales par le biais des bureaux d'aide publique. Effectuer une demande d'inscription ou refuser de s'inscrire sur les listes électorales n'affectera pas vos prestations ou le montant des allocations que vous obtiendrez par cette agence. Si vous souhaitez une assistance pour remplir le formulaire d'inscription sur les listes électorales, nous vous y aiderons. Votre décision de vous inscrire ou non sera gardée confidentielle et utilisée seulement à des fins d'inscription sur les listes électorales. Si vous pensez que quelqu'un a porté atteinte à votre droit d'inscription ou de refus d'inscription sur les listes électorales, votre droit de confidentialité dans votre décision de vous inscrire ou lors d'une demande d'inscription, ou votre droit de choisir votre propre parti ou préférence politique, vous pouvez porter plainte auprès de :

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

Votre signature

Signez sur la ligne ci-dessous si vous comprenez vos droits et obligations et comprenez les obligations de votre assistant social.

SIGNATURE DU CLIENT

DATE

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL

DATE

Vos droits et obligations lorsque vous recevez des services offerts par l'Administration du vieillissement et du soutien à long terme des personnes âgées et l'Administration des déficiences développementales (Aging and Long-Term Support Administration and Developmental Disabilities Administration)

INSTRUCTIONS

1. Présentez ce formulaire au client lors de l'évaluation CARE initiale et réviser le plan de soins ou le plan de prise en charge. Si le client reçoit déjà des services et n'a pas signé cette version du formulaire, présentez le formulaire au client lors de la prochaine évaluation. Passez en revue le formulaire avec le client pour répondre aux questions sur les droits et les obligations du client.
2. Faites signer au client ou au représentant du client deux exemplaires du formulaire pour indiquer sa compréhension des droits et obligations du client lorsqu'il reçoit les services offerts par l'Administration du vieillissement et du soutien à long terme des personnes âgées et l'Administration des déficiences développementales (Aging and Long-Term Support Administration and Developmental Disabilities Administration).
3. Classez un exemplaire dans un classeur ou un système de gestion de documents (DMS) et donnez l'autre exemplaire au client.