

તમારા હકો અને જવાબદારીઓ જ્યારે તમે  
એજિંગ એન્ડ લોંગ ટર્મ સપોર્ટ એડમિનિસ્ટ્રેશન (વૃદ્ધાવસ્થા અને લાંબા  
ગાળાની મદદ પ્રશાસન) અને ડેવેલપમેન્ટલ ડિસેબિલિટીઝ એડમિનિસ્ટ્રેશન  
(વિકાસ સંબંધી અક્ષમતા પ્રશાસન) દ્વારા પૂરી પડાતી સેવાઓ મેળવતા હો  
**Your Rights and Responsibilities When You Receive Services  
Offered by Aging and Long-Term Support Administration and  
Developmental Disabilities Administration**

કલાયન્ટનું નામ
ACES ઓળખ નંબર

**ઉપલબ્ધ સેવાઓ**

જે સેવાઓ મેળવવા માટે તમે પાત્રતા ધરાવતા હો તેમાંથી પસંદગી કરવાનો તમને અધિકાર છે. સેવાઓ સ્વૈચ્છિક છે. એજિંગ એન્ડ લોંગ ટર્મ સપોર્ટ એડમિનિસ્ટ્રેશન (AL TSA) અને ડેવેલપમેન્ટલ ડિસેબિલિટીઝ એડમિનિસ્ટ્રેશન (DDA) જે સેવાઓ માટે ચુકવણી કરી શકે તે તમારી બધીજ જરૂરિયાતો પૂરી કરવામાં મદદરૂપ ન થતી હોય તેવું બની શકે.

AL TSA અને DDA આમાં સેવાઓ પૂરી પાડે છે:

- પુખ્ત વ્યક્તિનું ઘર, આસિસ્ટેડ લિવિંગ (મદદ સાથે જીવવું) સુવિધા, એન્હાન્સ્ડ સર્વિસિસ (ઉન્નત સેવાઓ) સુવિધા, નર્સિંગ સુવિધા, કમ્પેનિયન હોમ, બાળકો માટે ફોસ્ટર હોમ (પાલક પરિવારનું ઘર), બાળકોનું લાઇસન્સધારક સ્ટાફ ધરાવતું નિવાસ હોમ; DDA ગ્રૂપ હોમ્સ, ગ્રૂપ ટ્રેઇનિંગ હોમ્સ, ICF/IDs; અથવા
- વ્યક્તિનું પોતાનું ઘર. નોંધ: AL TSA અને DDA વ્યક્તિના પોતાના ઘરમાં 24 કલાક/દિવસની અંગત સંભાળ સેવા પૂરી પાડતા નથી. જો 24 કલાકની સંભાળ ઇચ્છવામાં આવે તો અન્ય સેવાઓ વિકલ્પોનો વિચાર થઇ શકે.

તમારા AAA કેસ મેનેજર, DDA કેસ રિસોર્સ મેનેજર અથવા HCS સોશિયલ સર્વિસ સ્પેશિયલિસ્ટને આ દસ્તાવેજમાં કેસ વર્કર કહેવાયા છે

**તમારા હકો**

તમારા પાસે આ હકો છે:

- ગૌરવભર્યું, આદરભર્યું અને ભેદભાવરહિત વર્તન પ્રાપ્ત કરવાનો;
- કાયદાની સીમાઓ અને DSHS ના નિયમોની સીમાઓની અંદર રહીને તમારા અંગેની ખાનગી રખાયેલ માહિતી મેળવવાનો;
- દુર્વ્યવહાર, ઉપેક્ષા ન થવાનો, નાણાકીય રીતે શોષણ ન થવાનો અથવા તરછોડી ન દેવાવાનો; આ શબ્દોના વર્ણન માટે અહીં જાવ: <https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse>. જો તમારી અથવા તમે જાણતા હો તેવી કોઈ વ્યક્તિ સાથે દુર્વ્યવહાર, ઉપેક્ષા કે શોષણ થઈ રહ્યા હોય, તો કૃપા કરીને DSHSને 1-866-(End Harm) / 1-866-363-4276 પર ટોલ ફ્રી કોલ કરીને એક એવા કાર્યકર્તા સાથે વાત કરો જે તમને મદદરૂપ થઈ શકે તેમ હોય;
- તમારી વસ્તુઓ સાથે આદરભર્યું વર્તન કરાવાનો;
- તમે જે કોઈ સેવાઓ મેળવી શકો છો તે બધી સેવાઓ અંગે તમને જાણ કરાવાનો અને તમને જોઇતી કે ન જોઇતી સેવાઓ અંગે પસંદગીઓ કરવાનો;
- તમારી સંભાળના આયોજન માટે તમારા કેસ વર્કર સાથે ભાગીદારીમાં કામ કરવાનો;
- તમે ઇચ્છતા ન હોય તેવા પ્રશ્નોના જવાબ આપવા કે એવું કાંઈક કરવા માટે ફરજ ન પડવાનો;
- સંસ્થાના નિર્ણયોની જાણકારી લેખિતમાં મેળવવા અને તમારા કેરપ્લાન કે સપોર્ટ પ્લાનના સારની એક નકલ મેળવવાનો;
- જો તમે અને તમારા કેસ વર્કર સંમત ન થઈ શકો તો કઈ સુપરવાઇઝર સાથે વાત કરવો;
- જો તમે એક ફરિયાદ કરી હોય તો પણ એક વહિવટી સુનાવણી (એડમિનિસ્ટ્રેટિવ હિયરિંગ)ની માંગણી કરવાનો;

- તમે એક વહિવટી સુનાવણી (એડમિનિસ્ટ્રેટિવ હિયરિંગ) માટે માંગણી કરેલ હોય તો પણ નુકસાનના કોઇપણ ભય વિના ફરીયાદ કરો;
- 1-888-201-1014 પર કોલ કરીને વકીલ સાથે વાત કરો;
- બધી જ સેવાઓનો ઇનકાર કરો;
- જો તમે અંગ્રેજી સારી રીતે બોલી કે સમજી ન શકો તો તમને નિ:શુલ્ક પૂરી પાડવામાં આવતી ઇન્ટરપ્રિટર સર્વિસિસ (દુભાષિયા સેવાઓ) મેળવો;
- એક લાયકાત પ્રાપ્ત પ્રોવાઇડરને પસંદ કરો, છૂટો કરો અથવા બદલો; અને
- કોઇપણ ઇન્ડિવિજ્યુઅલ પ્રોવાઇડર કે જેને તમે પસંદ કરો તેના બેકગ્રાઉન્ડ તપાસના પરિણામો મેળવો.

**તમારી જવાબદારીઓ**

તમે આમ કરવાની જવાબદારી ધરાવો છો:

- તમને અનુકૂળ હોય તેવા કોઈ સ્થળે વર્ષમાં ઓછામાં ઓછું એક વાર કેસ વર્કરને તમારું મૂલ્યાંકન પૂરું કરવા દેવું;
- કેસ વર્કરને ઓછામાં ઓછું વર્ષમાં એક વાર તમે જેમાં રહો છો તે પરિવેશને જોવા દેવો;
- તમારા મૂલ્યાંકનને પૂર્ણ કરવા માટે અમને પૂરતી માહિતી આપવી;
- જો તમારા માટે કોઈ બીજી વ્યક્તિ તબીબી કે આર્થિક નિર્ણયો લે તો તમારા કેસ વર્કરને જણાવવું;
- તમારી સંભાળ અથવા મદદ માટેની યોજનાના વિકાસમાં ભાગ લેવો અને તેના પર સહી કરવી;
- સમજવું કે જે કલાકોની અધિકૃતિ ન હોય તે કલાકો માટે તમારા પ્રોવાઇડરને ચુકવણી કરી શકાય નહીં;
- તમારી પોતાની આરોગ્ય સંભાળ પસંદ કરવી;
- લાયકાત પ્રાપ્ત પ્રોવાઇડર પસંદ કરવા;
- એક સુરક્ષિત કાર્યસ્થળ પુરું પાડવું;
- પ્રોવાઇડર બેકગ્રાઉન્ડ ચેક્સને ખાનગી રાખવા;
- જો તમને તમારા પ્રોવાઇડર સાથે સમસ્યાઓ ડોચ અથવા જો તમને તમારા પ્રોવાઇડર કલેઇમ કરતા હોય તે કલાકો ન મળતા હોય, તો તમારા કેસ વર્કરને જાણ કરવી;
- જો તમે તમારી સંભાળ માટે ચુકવણી કરવા મદદ કરતા હો તો તમારા પ્રોવાઇડરને દરેક મહિને ચુકવણી કરવી;
- એવી કોઈ રીતે કામ ન કરવું કે જે કોઇપણ વ્યક્તિને ભયમાં મૂકે; અને
- જો આમાં ફેરફાર થાય તો તમારા કેસ વર્કરને જાણ કરવી:
  - ✓ તમારી તબીબી સ્થિતિ;
  - ✓ પરિવાર કે અન્ય એજન્સીઓ પાસેથી તમને મળતી મદદ;
  - ✓ તમે રહેતા હો તે સ્થળ; અથવા
  - ✓ તમારી નાણાકીય સ્થિતિ.



## કેસ વર્કરની જવાબદારી

તમારા કેસ વર્કર આના માટે જવાબદાર છે:

- તમારી સાથે ગૌરવ અને આદરભર્યો વ્યવહાર કરવો;
- તમારી ગુપ્તતા જાળવવી;
- ALTA અને DDA તમારા માટે શું કરી શકે અને શું ન કરી શકે તે તમને જણાવવું;
- સહાયતાનું તમારું સ્તર નક્કી કરવા માટે મૂલ્યાંકન કરવું માટે અને તમે કઈ સેવાઓમાંથી પસંદગી કરી શકો છો તે નક્કી કરવા માટે તમારી અને અન્ય લોકો પાસેથી માહિતી મેળવવી.
  - ✓ મૂલ્યાંકનમાં તમારી તાકાતો, મર્યાદાઓ, લક્ષ્યો અને પસંદગીઓનો સમાવેશ થશે.
  - ✓ મૂલ્યાંકનમાં તમે જે મદદ પહેલાથી મેળવી રહ્યા છો અથવા પરિવાર કે અન્ય સંસ્થાઓ પાસેથી મેળવી શકો છો અને સેવાઓ કેવી રીતે કરાવાની તમે ઇચ્છા રાખો છો તેનો સમાવેશ થશે;
- તમને એવો કેર પ્લાન (સંભાળ યોજના) અથવા સપોર્ટ પ્લાન (મદદ માટેની યોજના) વિકસાવવામાં મદદ કરવી જે અંગત સંભાળ સાથે મદદને સંબોધે છે અને તમારા અંગત લક્ષ્યો, પ્રાથમિકતાઓ અને પસંદગીઓનો સમાવેશ કરે છે;
- દર વર્ષે અથવા જ્યારે તમારી સ્થિતિ બદલાય ત્યારે તમારા કેર પ્લાન કે સપોર્ટ પ્લાનને અદ્યતન કરવો;
- તમારા કેર પ્લાન કે સપોર્ટ પ્લાન સાથે સંબંધ ધરાવતા પ્રશ્નો જ્યારે ઉદ્ભવે ત્યારે તેનો નિકાલ લાવવો;
- જેની જરૂર પડે તેવી માહિતી પૂરી પાડવા માટે તમને પૂરતો સમય આપવો;
- જો તમે માનસિક જ્ઞાનતંતુ સંબંધિત ઇન્દ્રિયજન્ય કે શારીરિક ખામીઓ ધરાવતા હો તો તમારા હકોનો આદર કરવો અને સેવાઓનો ઉપયોગ કરવામાં વધુ મદદ પૂરી પાડવી; અને
- જો તમે લાયકાત પ્રાપ્ત પ્રોવાઇડર શોધવા સક્ષમ ન હો તો તે શોધવામાં તમને મદદ કરવી.

## આગોતરી માર્ગદર્શક સૂચનાઓ (એડવાન્સ ડાયરેક્ટિવ્સ)

તમે આગોતરી માર્ગદર્શક સૂચનાઓ આપવાનો અધિકાર ધરાવો છો. આગોતરી માર્ગદર્શક સૂચનાઓમાં જીવવાની ઇચ્છા અથવા તમારી આરોગ્ય સંભાળ માટેના ટકાઉ અધિકાર પત્રનો સમાવેશ થઈ શકે છે. આગોતરી માર્ગદર્શક સૂચનાઓ તબીબી અને/અથવા માનસિક આરોગ્ય સંભાળ અંગેની તમારી ઇચ્છાઓને ટુંકમાં રજૂ કરે છે, કે જેમાં જ્યારે તમે આવા નિર્ણયો કરવા માટેની માનસિક સક્ષમતા ધરાવતા ન હો ત્યારે તબીબી, માનસિક આરોગ્ય કે સર્જીકલ ઉપચાર સ્વીકારવાની કે અસ્વીકાર કરવાના હક્કનો સમાવેશ થાય છે. તમે કોઈપણ સમયે તમારા એડવાન્સ ડાયરેક્ટિવ્સ એટલે કે આગોતરી માર્ગદર્શક સૂચનાઓને રદ કરી શકો છો.

ગ્રાહકો અને રોજગારદાતાઓ માટે નોટિસ (ટાઇટલ VI અને VII) Washington State Department of Social and Health Services (ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ સોશિયલ એન્ડ હેલ્થ સર્વિસિસ) એક સમાન અવસર રોજગારદાતા છે અને રોજગાર આપવા, પોતાના પ્રોગ્રામો કે સેવાઓના કોઈપણ ક્ષેત્રમાં ઉંમર, લિંગ, જાતીય પસંદગી, લિંગ, લૈંગિક ઓળખ/અભિવ્યક્તિ, લગ્ન સંબંધી સ્થિતિ, જાતિ, ધર્મ, રંગ, મૂળ રાષ્ટ્રીયતા, ધર્મ અથવા આસ્થા, રાજનૈતિક સંબંધ, સૈનિક સ્થિતિ, સાદર છૂટા કરાયેલ ભૂતપૂર્વ સૈનિક, વિયતનામ કાળના સૈનિક, હાલ અલગ થયેલા અથવા અન્ય સંરક્ષિત પૂર્વસૈનિક સ્થિતિ, કોઈપણ સંવેદી, માનસિક, શારીરિક અક્ષમતા અથવા અક્ષમતા ધરાવનાર વ્યક્તિ દ્વારા ગાઇડ તરીકે તાલીમ પામેલ ફૂટરા અથવા બીજા સર્વિસ એનિમલના ઉપયોગ, સમાન વેતન અથવા જેનેટિક માહિતીના આધારે ભેદભાવ કરતા નથી.

## વોટર રજિસ્ટ્રેશન સેવા

1993 નો રાષ્ટ્રીય વોટર રજિસ્ટ્રેશન કાયદો (નેશનલ વોટર રજિસ્ટ્રેશન એક્ટ) બધા રાજ્યોને તેઓની સાર્વજનિક સહાયતા કચેરીઓ દ્વારા વોટર રજિસ્ટ્રેશન સહાયતા પૂરી પાડવાની બધા જ રાજ્યોને ફરજ પાડે છે. આ સંસ્થા દ્વારા તમને જે લાભ અપાશે તેની માત્રા કે સેવાઓને વોટ કરવા માટેની અરજી કરવાની કે તે માટેનો ઇનકાર કરવાની બાબત અસર કરશે નહીં. જો તમે વોટર રજિસ્ટ્રેશન ફોર્મ ભરવામાં મદદ કરવા ઇચ્છો તો, અમે તમને મદદ કરીશું. નોંધણી કરવા માટેનો કે નોંધણી કરવાનો અસ્વીકાર કરવાનો તમારો નિર્ણય ખાનગી રાખવામાં આવશે અને તેનો ઉપયોગ માત્ર વોટર રજિસ્ટ્રેશનના હેતુઓ માટે જ કરવામાં આવશે. જો તમે માનતા હો કે કોઈએ તમારા વોટ માટે રજિસ્ટર કરવાના અથવા રજિસ્ટર કરવાનો અસ્વીકાર કરવાના અધિકારમાં હસ્તક્ષેપ કર્યો છે, વોટ કરવા માટે રજિસ્ટર કરાવવાનો નિર્ણય કરવામાં કે વોટ કરવા માટે રજિસ્ટર કરવા માટે અરજી કરવી કે નહીં તે નક્કી કરવામાં કે તમારો પોતાનો રાજનૈતિક પક્ષ કે બીજી કોઈ રાજનૈતિક પસંદગીને ચૂંટવામાં તમારી ગોપનીયતાના અધિકાર સાથે હસ્તક્ષેપ કર્યો છે, તો તમે અહીં ફરિયાદ નોંધાવી શકો છો:

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

## તમારી સહી

જો તમે તમારા હકો અને જવાબદારીઓને સમજતા હો અને તમારા કેસ વર્કરની જવાબદારીઓને સમજતા હો, તો નીચે આપેલ લીટી પર સહી કરો.

---

કલાયન્ટની સહી

---

તારીખ

---

કાયદાકીય પ્રતિનિધિની સહી

---

તારીખ

તમારા હકો અને જવાબદારીઓ જ્યારે તમે

એજિંગ એન્ડ લોંગ ટર્મ સપોર્ટ એડમિનિસ્ટ્રેશન (વૃદ્ધાવસ્થા અને લાંબા ગાળાની મદદ પ્રશાસન) અને ડેવેલપમેન્ટલ ડિસેબિલિટીઝ એડમિનિસ્ટ્રેશન (વિકાસ સંબંધી અક્ષમતા પ્રશાસન) દ્વારા પૂરી પડતી સેવાઓ મેળવતા હો

સુચનાઓ

1. આ ફોર્મ ક્લાયન્ટને ત્યારે આપો જ્યારે શરુઆતનું CARE મૂલ્યાંકન પૂરું કરાતું હોય અને સંભાળ યોજના અથવા મદદ યોજનાની સમીક્ષા કરાતી હોય. જો ક્લાયન્ટ પહેલેથી સેવાઓ મેળવી રહ્યા હોય અને તેઓએ અગાઉ ફોર્મના આ સ્વરૂપ પર સહી કરી ન હોય તો ક્લાયન્ટને આ પછીના મૂલ્યાંકન દરમિયાન આ ફોર્મ આપો. ક્લાયન્ટના હકો અને જવાબદારી વિશેના કોઈપણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે ક્લાયન્ટ સાથે ફોર્મની સમીક્ષા કરો.
2. તેઓ એજિંગ એન્ડ લોંગ ટર્મ સપોર્ટ એડમિનિસ્ટ્રેશન (વૃદ્ધાવસ્થા અને લાંબા ગાળાની મદદ પ્રશાસન) અને ડેવેલપમેન્ટલ ડિસેબિલિટીઝ એડમિનિસ્ટ્રેશન (વિકાસ સંબંધી અક્ષમતા પ્રશાસન) દ્વારા પૂરી પડતી સેવાઓ મેળવતા હોય તે દરમિયાન ક્લાયન્ટના હકો અને જવાબદારીઓને સમજે છે તે નિર્દિષ્ટ કરવા માટે ક્લાયન્ટ અથવા ક્લાયન્ટના પ્રતિનિધિ પાસે ફોર્મની બે નકલો પર સહી કરાવો.
3. એક નકલ હાર્ડ કૉપી અથવા ડોક્યુમેન્ટ મેનેજમેન્ટ સિસ્ટમમાં (DMS) ફાઇલ કરો અને બીજી નકલ ક્લાયન્ટને આપો.