

जब आप बढ़ती आयु और दीर्घकालिन सहायता प्रशासन (एजिंग एंड लॉग टर्म सपोर्ट एडमिनिस्ट्रेशन) और विकास संबंधी अक्षमताएं प्रशासन (डेवलपमेन्टल डिसेबिलिटीज़ एडमिनिस्ट्रेशन) के द्वारा प्रदान सेवाएं प्राप्त कर रहे/रही हों तब आपके अधिकार और दायित्व
Your Rights and Responsibilities When You Receive Services Offered by Aging and Long-Term Support Administration and Developmental Disabilities Administration

कलायंट का नाम
ACES आईडी संख्या

उपलब्ध सेवाएं

आपको आप जिन्हें प्राप्त करने के लिए पात्र हैं उन सेवाओं में से चयन करने का अधिकार है। सेवाएं स्वैच्छिक हैं। हो सकता है कि बढ़ती आयु और दीर्घकालिन सहायता प्रशासन (एजिंग एंड लॉग टर्म सपोर्ट एडमिनिस्ट्रेशन (AL TSA)) और विकास संबंधी अक्षमताएं प्रशासन (डेवलपमेन्टल डिसेबिलिटीज़ एडमिनिस्ट्रेशन (DDA)) जिन सेवाओं के लिए भुगतान कर सकते हैं, वे आपकी सभी ज़रूरतों के लिए मददगार न हों।

AL TSA और DDA इनमें सेवाएं प्रदान करते हैं:

- वयस्क पारिवारिक घर, आसिस्टेड लिविंग (सहायपूर्ण जीवन) सुविधा, एनहांसड सर्विसिस (उन्नत सेवाएं) सुविधा, नर्सिंग सुविधा, कम्पेनियन होम, बच्चों के लिए फॉस्टर होम, बच्चों के लाइसेंसधारक कर्मचारियों वाले निवासी घर; DDA ग्रूप होम, ग्रूप ट्रेडिंग होम, ICF/ID; या
- व्यक्ति का अपना घर। **नोट:** AL TSA और DDA व्यक्ति के अपने घर में 24 घंटे/दिन निजी देखभाल सेवाएं प्रदान नहीं करते हैं। अगर 24 घंटे देखभाल वांछित हो, तो अन्य सेवा विकल्पों पर विचार किया जा सकता है।

आपके AAA केस मैनेजर, DDA केस रिसोर्स मैनेजर या HCS सोशल सर्विस स्पेशियलिस्ट को इस दस्तावेज़ में केस वर्कर कहा गया है।

आपके अधिकार

आपके पास इसका अधिकार है:

- गरिमा, आदर और बिना भेदभाव के आपके साथ व्यवहार किया जाना;
- आपके बारे में जानकारी को कानून की मर्यादा और DSHS नियमों की सीमा के भीतर गोपनीय रखना;
- आप से दुर्व्यवहार, आपके प्रति लापरवाही, आपका आर्थिक शोषण या आपका त्याग न कर दिया जाना। इन शब्दों की परिभाषा के लिए यहाँ जाएं: <https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse>. अगर आप या आपके किसी परिचित के साथ दुर्व्यवहार हो रहा है, लापरवाही बरती जा रही है या शोषण किया जा रहा है, तो कृपया DSHS को 1-866-(End Harm) / 1-866-363-4276 पर निःशुल्क कॉल करें और ऐसे एक कार्यकर्ता से बात करें जो आपकी मदद कर सकता है;
- आपकी संपत्ति का सम्मान किया जाना;
- आपको मिल सकती हैं ऐसी सेवाओं के बारे में बताया जाना और उन सेवाओं का चयन कर पाना जो आपको चाहिए या नहीं चाहिए;
- अपनी देखभाल का नियोजन करने में अपने केस वर्कर के साथ साझीदारी में काम करना;
- आप नहीं देना चाहते/चाहतीं ऐसे किसी सवाल का जवाब देने का या आप नहीं करना चाहते/चाहतीं ऐसा कुछ करने का दबाव न डाला जाना;
- एजेन्सी के निर्णयों के बारे में लिखित रूप से सूचित किया जाना और अपनी देखभाल योजना या सहायता योजना सार की एक प्रति पाना;
- अगर आप और आपके केस वर्कर सहमत नहीं हो सकते हैं, तो किसी सुपरवाइज़र से बात करना;
- आपने शिकायत की हो तब भी एक प्रशासनिक सुनवाई (एडमिनिस्ट्रेटिव हियरिंग) की माँग करना;

- आपने प्रशासनिक सुनवाई की माँग की हो तब भी नुकसान होने से बिना डरे शिकायत करें;
- 1-888-201-1014 पर कॉल कर के किसी वकील से बात करें;
- सभी सेवाएं अस्वीकार करें;
- अगर आप अंग्रेज़ी ठीक से बोल या समझ नहीं सकते/सकती हैं, तो अपने लिए निःशुल्क दुभाषिया सवाएं पाएं;
- किसी अर्हता प्राप्त प्रदाता का चयन करें, उसे काम से निकाल दें या बदल दें; और
- आप चुनें ऐसे किसी भी व्यक्तिगत प्रदाता के लिए बैंकग्राउंड चेक के परिणाम पाएं।

आपके दायित्व

आपकी यह करने की ज़िम्मेदारी है:

- अपने लिए किसी सुविधाजनक स्थान पर केस वर्कर को साल में कम से कम एक बार आपका आकलन पूरा करने दें;
- केस वर्कर को साल में कम से कम एक बार अपना जीने का परिवेश देखने दें;
- अपना आकलन पूरा करने के लिए हमें पर्याप्त जानकारी दें;
- अगर कोई और आपके लिए चिकित्सा संबंधी या आर्थिक निर्णय लेता हो, तो अपने केस वर्कर को बताएं;
- अपनी देखभाल या सहायता योजना के विकास में हिस्सा लें और उस पर हस्ताक्षर करें;
- समझें कि आपके प्रदाता को अधिकृत न हों ऐसी सेवाओं या ऐसे घंटों के लिए भुगतान नहीं किया जा सकता है;
- अपनी खुद की स्वास्थ्य देखभाल चुनें;
- एक अर्हता प्राप्त प्रदाता चुनें;
- एक सुरक्षित कार्यस्थल प्रदान करें;
- प्रदाता बैंकग्राउंड चेक को गोपनीय रखें;
- अगर आपको अपने प्रदाता से समस्या हो रही है या अगर आपको आपके प्रदाता के द्वारा क्लेम किए गए घंटे नहीं मिल रहे हैं, तो अपने केस वर्कर को बताएं;
- अगर आप अपनी देखभाल के लिए भुगतान करने में सहायता करते/करती हैं, तो अपने प्रदाता को भुगतान करें;
- ऐसे काम न करें कि कोई खतरे में पड़ जाएं; और
- अगर इसमें कोई परिवर्तन हो, तो अपने केस वर्कर को सूचित करें:
 - ✓ आपकी चिकित्सा संबंधी स्थिति;
 - ✓ परिवार या अन्य एजेन्सियों से आपको मिलने वाली सहायता;
 - ✓ आप कहाँ रहते/रहती हैं; या
 - ✓ आपकी आर्थिक परिस्थिति।



केस वर्कर के दायित्व

आपका/आपकी केस वर्कर इसके लिए जिम्मेदार है:

- आपके साथ गरिमा और सम्मान भरा व्यवहार करना;
- आपकी गोपनीयता को बनाए रखना;
- आपको बताना कि ALTA और DDA आपके लिए क्या कर सकते हैं या नहीं कर सकते हैं;
- आप से और अन्य लोगों से जानकारी पाना और आकलन करके आपकी सहायता के स्तर को निर्धारित करना और यह निर्णय लेना कि आप कौन सी सेवाओं में से चयन कर सकते/सकती हैं।
 - ✓ इस आकलन में आपकी ताकतें, मर्यादाएं, लक्ष्य और पसंद शामिल होंगे।
 - ✓ आकलन में आपको परिवार या अन्य एजेन्सियों से अभी मिल रही है या मिल सकती है वह सहायता और आप सेवाएं कैसे की जाएं यह चाहते/चाहती हैं इसके बारे में जानकारी शामिल होगी;
- एक ऐसी देखभाल योजना या सहायता योजना विकसित करने में आपकी सहायता करना जो आपकी निजी देखभाल के लिए सहायता को संबोधित करती है और जिसमें आपके निजी लक्ष्य, पसंद और चयन शामिल हों;
- आप से और अन्य लोगों से जानकारी पा कर आपकी देखभाल योजना या सहायता योजना को हर साल या जब आपकी स्थिति में परिवर्तन हो, तब अपडेट करना;
- आवश्यक जानकारी प्रदान करने के लिए आपको पर्याप्त वक्त देना;
- आपकी देखभाल योजना या सहायता योजना में समस्याएं हों तब-तब उन्हें संबोधित करना;
- आपके अधिकारों का सम्मान करना और अगर आपको मानसिक, न्यूरोलॉजिकल, सेन्सोरी या शारीरिक अक्षमताएं हों, तो आपको सेवाओं तक पहुँच बनाने के लिए अधिक सहायता प्रदान करना; और
- अगर आप कोई अर्हता प्राप्त प्रदाता न खोज पाएं, तो उसे खोजने में आपकी मदद करना।

अग्रिम निर्देश या एडवांस डायरेक्टिव्स

आपको अग्रिम निर्देश (एडवांस डायरेक्टिव्स) तैयार करने का अधिकार है। एडवांस डायरेक्टिव्स में लिविंग विल या आपकी स्वास्थ्य देखभाल के लिए एक दीर्घ कालीन पावर ऑफ एटर्नी शामिल हो सकता है। एडवांस डायरेक्टिव्स चिकित्सकीय एवं/अथवा मानसिक स्वास्थ्य देखभाल के बारे में आपकी इच्छाओं का सार देते हैं, जिसमें जब आपके पास ऐसे निर्णय कर पाने की मानसिक क्षमता न रहे, तब चिकित्सकीय, मानसिक स्वास्थ्य संबंधी या सर्जिकल उपचार स्वीकार या अस्वीकार करने का अधिकार शामिल है। आप किसी भी समय अपने एडवांस डायरेक्टिव्स रद्द कर सकते/सकती हैं।

ग्राहकों और कर्मचारियों के लिए नोटिस (टाइटल VI और VII) Washington State Department of Social and Health Services (सामाजिक और स्वास्थ्य सेवा विभाग) एक समान अवसर रोजगार प्रदाता है और नियुक्ति, अपने कार्यक्रमों या सेवाओं के किसी भी क्षेत्र में आयु, लिंग, यौन पसंद, लिंग, लैंगिक पहचान/अभिव्यक्ति, वैवाहिक स्थिति, जाति, संप्रदाय, रंग, मूल राष्ट्रीयता, धर्म या आस्था, राजनीतिक झुकाव, सादर सेवामुक्त किए गए सैनिक, वियतनाम काल, हाल ही में अलग हुए या अन्य संरक्षित सैनिक स्थिति, किसी भी ऐन्द्रियिक, मानसिक, शारीरिक अक्षमता या किसी अक्षमता वाले व्यक्ति द्वारा प्रशिक्षित मार्गदर्शक कृते या सर्विस एनिमल के इस्तेमाल, समान वेतन या जेनेटिक जानकारी के आधार पर भेदभाव नहीं करता है।

वोटर पंजीकरण सेवा

1993 के राष्ट्रीय वोटर पंजीकरण अधिनियम के तहत सभी राज्यों को सार्वजनिक सहायता कार्यालयों की मदद से मतदाता पंजीकरण सेवा उपलब्ध करवानी होगी। पंजीकरण करने के लिए आवेदन करने या मतदान के लिए पंजीकरण करने से इन्कार करने से आपको इस एजेन्सी द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं या बेनिफिट्स की मात्रा पर कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा। यदि आप वोटर पंजीकरण फॉर्म भरने में मदद चाहते हैं, तो हम आपकी मदद करेंगे। आपका पंजीकरण करने या पंजीकरण करने से इन्कार करने का निर्णय गोपनीय रखा जाएगा और इसका इस्तेमाल केवल वोटर पंजीकरण के उद्देश्यों से किया जाएगा। यदि आपको लगता है कि किसी ने आपके मतदान के लिए पंजीकरण कराने या मतदान के लिए पंजीकरण करने का अस्वीकार करने के आपके अधिकार में हस्तक्षेप किया है, आपके यह तय करने के अधिकार में हस्तक्षेप किया है कि आप मतदान के लिए पंजीकरण करना चाहते हैं या उसके लिए आवेदन करना चाहते/चाहती हैं या नहीं, या फिर अपने किसी खास राजनैतिक पक्ष को चुनने या किसी अन्य राजनैतिक पसंद के अधिकार में हस्तक्षेप किया है, तो आप इनके साथ शिकायत दर्ज करा सकते/सकती हैं:

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

आपके हस्ताक्षर

अगर आप अपने अधिकारों और दायित्वों को समझते/समझती हों और अपने केस वर्कर के दायित्वों को समझते/समझती हों, तो नीचे दी हुई पंक्ति पर हस्ताक्षर करें।

कलायंट के हस्ताक्षर

तिथि

कानूनी प्रतिनिधि के हस्ताक्षर

तिथि

जब आप बढ़ती आयु और दीर्घकालिन सहायता प्रशासन (एजिंग एंड लॉग टर्म सपोर्ट एडमिनिस्ट्रेशन)

और विकास संबंधी अक्षमताएं प्रशासन (डेवलपमेन्टल डिसेबिलिटीज़ एडमिनिस्ट्रेशन) के द्वारा प्रदान सेवाएं प्राप्त कर रहे/रही हों तब आपके अधिकार और

दायित्व

निर्देश

1. शुरुआती CARE आकलन पूरा करने और देखभाल योजना या सहायता योजना की समीक्षा करने के दौरान यह फॉर्म क्लायंट को प्रस्तुत करें। अगर क्लायंट पहले ही सेवाएं प्राप्त कर रहे हैं और उन्होंने पहले फॉर्म के इस संस्करण पर हस्ताक्षर नहीं किए थे, तो क्लायंट को अगले आकलन के दौरान फॉर्म प्रस्तुत करें। क्लायंट के अधिकारों और दायित्वों के बारे में किन्हीं भी प्रश्नों के उत्तर देने के लिए इस फॉर्म की क्लायंट के साथ समीक्षा करें।
2. क्लायंट या क्लायंट के प्रतिनिधि से फॉर्म की दो प्रतियों पर हस्ताक्षर करवाएं जो यह निर्दिष्टिक रेंगे कि वे बढ़ती आयु और दीर्घकालीन सहायता प्रशासन और विकास संबंधी अक्षमताएं प्रशासन के द्वारा प्रदान की जा रही सेवाएं प्राप्त करने के दौरान क्लायंट के अधिकारों और दायित्वों को समझते हैं।
3. एक प्रति को हार्ड फ़ाइल या डॉक्युमेंट मनेजमेन्ट सिस्टम (DMS) में फ़ाइल करें और दूसरी प्रति क्लायंट को दें।