

Hak dan Tanggung Jawab Anda Ketika Menerima Layanan yang Ditawarkan oleh Administrasi Dukungan Lansia dan Jangka Panjang dan Administrasi Disabilitas Perkembangan

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

NAMA KLIEN
NOMOR ID ACES

Layanan Tersedia

Anda memiliki hak untuk memilih layanan yang berhak Anda terima. Layanan bersifat sukarela. Layanan yang dapat dibayar oleh Aging and Long-Term Support Administration (AL TSA) dan Developmental Disabilities Administration (DDA) mungkin tidak dapat memenuhi semua kebutuhan Anda.

AL TSA dan DDA menawarkan layanan seputar:

- Rumah Keluarga Dewasa, Fasilitas Hidup Berbantuan, Fasilitas Layanan yang Disempurnakan, Fasilitas Perawatan, Rumah Pendamping, Panti Asuhan Anak-anak, Rumah Tinggal Staf Berlisensi Anak-anak; Rumah Kelompok DDA, Rumah Pelatihan Kelompok, ICF/ID; ATAU
- Rumah milik pribadi. **Catatan:** AL TSA dan DDA tidak menyediakan layanan perawatan pribadi berbayar 24 jam/hari di rumah seseorang. Jika menginginkan perawatan 24 jam, pertimbangkan opsi layanan lain.

Manajer Kasus AAA, Manajer Sumber Daya Sosial DDA, atau Spesialis Layanan Sosial HCS Anda dalam dokumen ini disebut **pekerja sosial**.

Hak-hak Anda

Anda berhak untuk:

- Diperlakukan dengan hormat, bermartabat dan tanpa diskriminasi;
- Meminta agar informasi tentang Anda tetap dirahasiakan dalam batasan hukum dan peraturan DSHS;
- Tidak dilecehkan, diabaikan, dieksploitasi secara finansial, atau diabaikan. Untuk keterangan tentang istilah-istilah ini, kunjungi: <https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse>. Jika Anda atau seseorang yang Anda kenal dilecehkan, diabaikan, atau dieksploitasi, hubungi layanan bebas pulsa DSHS di 1-866-(End Harm) / 1-866-363-4276 untuk berbicara dengan pekerja yang dapat membantu Anda;
- Meminta agar properti Anda diperlakukan dengan hormat;
- Diberitahu tentang semua layanan yang dapat Anda terima dan membuat pilihan tentang layanan yang Anda inginkan atau tidak inginkan;
- Bekerja dengan bermitra dengan pekerja sosial Anda dalam merencanakan perawatan Anda;
- Tidak dipaksa untuk menjawab pertanyaan atau melakukan sesuatu yang tidak Anda inginkan;
- Diberitahu secara tertulis tentang keputusan lembaga dan menerima salinan rencana perawatan Anda atau ringkasan rencana dukungan;
- Berbicara dengan penyelia jika Anda dan pekerja sosial Anda tidak setuju;
- Meminta sidang administratif meskipun jika Anda telah mengajukan keluhan;

- Ajukan keluhan tanpa rasa takut merugi bahkan jika mengajukan sidang administrasi;
- Konsultasikan dengan advokat melalui telepon 1-888-201-1014;
- Menolak semua layanan;
- Menyediakan layanan juru bahasa untuk Anda secara gratis jika Anda tidak dapat berbicara atau mengerti bahasa Inggris dengan baik;
- Pilih, berhentikan, atau ganti dengan penyedia yang memenuhi syarat; dan
- Terima hasil pemeriksaan latar belakang untuk setiap penyedia yang Anda pilih.

Tanggung Jawab Anda

Anda bertanggungjawab untuk:

- Mengizinkan pekerja sosial untuk menyelesaikan penilaian Anda minimal setahun sekali di lokasi yang nyaman bagi Anda;
- Mengizinkan pekerja sosial melihat lingkungan tempat tinggal Anda minimal setahun sekali;
- Memberi kami informasi yang cukup untuk melengkapi penilaian Anda;
- Memberitahu pekerja sosial jika ada orang lain yang membuat keputusan medis atau keuangan untuk Anda;
- Berpartisipasi dalam pengembangan rencana perawatan atau dukungan Anda, dan tandatangani;
- Memahami bahwa penyedia Anda tidak dapat dibayar untuk melakukan layanan atau bekerja pada jam-jam yang tidak diotorisasi;
- Memilih perawatan kesehatan Anda sendiri;
- Memilih penyedia yang memenuhi syarat;
- Menyediakan tempat kerja yang aman;
- Menjaga kerahasiaan pemeriksaan latar belakang penyedia;
- Memberitahu pekerja sosial jika Anda mengalami masalah dengan penyedia Anda atau jika Anda tidak menerima jam kerja yang diklaim oleh penyedia Anda;
- Membayar penyedia Anda setiap bulan jika Anda membantu membayar perawatan Anda;
- Tidak bertindak dengan cara yang dapat membahayakan orang lain; dan
- Memberi tahu pekerja sosial Anda jika ada perubahan pada:
 - ✓ Kondisi medis Anda;
 - ✓ Bantuan yang Anda dapatkan dari keluarga atau lembaga lainnya;
 - ✓ Dimana Anda tinggal; atau
 - ✓ Situasi keuangan Anda.



Tanggung Jawab Pekerja Sosial

Pekerja sosial Anda bertanggung jawab untuk:

- Meperlakukan Anda dengan hormat dan bermartabat;
- Menjaga privasi Anda;
- Memberi tahu Anda apa yang dapat atau tidak dapat dilakukan oleh AL TSA dan DDA untuk Anda;
- Mendapatkan informasi dari Anda dan orang lain untuk melakukan penilaian guna menentukan tingkat bantuan dan memutuskan layanan apa yang dapat Anda pilih.
 - ✓ Penilaian akan meliputi kelebihan, keterbatasan, sasaran, dan preferensi Anda.
 - ✓ Penilaian akan mencakup bantuan yang sudah atau dapat Anda peroleh dari keluarga atau lembaga lain dan bagaimana Anda ingin layanan tersebut dilakukan;
- Membantu Anda mengembangkan rencana perawatan atau rencana dukungan yang menunjukkan bantuan perawatan pribadi dan meliputi sasaran, preferensi, dan pilihan pribadi Anda;
- Mendapatkan informasi dari Anda dan orang lain untuk memperbarui rencana perawatan atau rencana dukungan Anda setiap tahun atau saat kondisi Anda berubah;
- Memberi Anda waktu yang cukup untuk memberikan informasi yang dibutuhkan;
- Mengatasi masalah yang muncul dalam rencana perawatan atau rencana dukungan Anda;
- Menghormati hak Anda dan memberikan lebih banyak bantuan dalam mengakses layanan jika Anda memiliki gangguan mental, neurologis, sensorik, atau fisik; dan
- Membantu Anda menemukan penyedia yang berkualifikasi jika Anda tidak dapat menemukannya.

Arahan Dini

Anda berhak untuk membuat arahan dini. Arahan dini dapat mencakup surat wasiat atau surat kuasa untuk perawatan kesehatan Anda. Arahan dini merangkum harapan Anda dalam hal perawatan kesehatan medis dan/atau mental, termasuk hak untuk menerima atau menolak perawatan medis, perawatan kesehatan mental, atau pembedahan, ketika Anda tidak memiliki kemampuan mental untuk membuat keputusan tersebut. Anda dapat mencabut arahan dini ini kapan saja.

Pemberitahuan untuk pelanggan dan karyawan (Judul VI dan VII) Departemen Layanan Sosial dan Kesehatan Negara Bagian Washington adalah pemberi kerja yang memiliki kesempatan yang sama dan tidak mendiskriminasi bidang pekerjaan apa pun, program atau layanannya berdasarkan usia, jenis kelamin, orientasi seksual, gender, identitas/ekspresi gender, status perkawinan, ras, keyakinan, warna kulit, asal negara, agama atau kepercayaan, afiliasi politik, status militer, veteran yang diberhentikan dengan hormat, Era Vietnam, status veteran yang saat ini dipisahkan atau status veteran lainnya yang dilindungi, cacat sensorik, mental, fisik atau penggunaan pemandu anjing terlatih atau hewan pemandu oleh penyandang disabilitas, kesetaraan gaji, atau informasi genetik.

Layanan Pendaftaran Pemilih

Undang-Undang Pendaftaran Pemilih Umum Nasional tahun 1993 mewajibkan semua negara bagian untuk memberikan bantuan pendaftaran pemilih melalui kantor bantuan publik mereka. Mengajukan pendaftaran atau menolak pendaftaran hak suara tidak akan memengaruhi layanan atau jumlah manfaat yang akan diberikan kepada Anda oleh lembaga ini. Jika Anda membutuhkan bantuan dalam mengisi formulir pendaftaran pemilih, kami akan membantu Anda. Keputusan Anda untuk mengajukan pendaftaran atau menolak pendaftaran akan dirahasiakan dan hanya digunakan untuk keperluan pendaftaran pemilih. Jika Anda yakin bahwa seseorang telah mencampuri hak Anda untuk mengajukan pendaftaran atau menolak pendaftaran hak suara, hak privasi Anda dalam memutuskan apakah akan mengajukan pendaftaran atau menolak pendaftaran hak suara, atau hak Anda untuk memilih partai politik Anda sendiri atau preferensi politik lainnya, Anda dapat mengajukan keluhan kepada:

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

Tanda Tangan Anda

Tanda tangani baris di bawah ini jika Anda telah memahami hak dan tanggung jawab Anda dan memahami tanggung jawab pekerja sosial Anda.

TANDA TANGAN KLIEN

TANGGAL

TANDA TANGAN PERWAKILAN HUKUM

TANGGAL

**Hak dan Tanggung Jawab Anda Ketika Menerima Layanan yang Ditawarkan oleh
Administrasi Dukungan Lansia dan Jangka Panjang dan Administrasi Disabilitas Perkembangan**

PETUNJUK

1. Berikan formulir ini kepada klien setelah menyelesaikan penilaian CARE awal dan meninjau rencana perawatan atau rencana dukungan. Jika klien telah menerima layanan dan belum menandatangani formulir versi ini sebelumnya, tunjukkan formulir ini kepada klien pada penilaian berikutnya. Tinjau formulir bersama klien untuk menjawab setiap pertanyaan tentang hak dan tanggung jawab klien.
2. Mintalah klien atau perwakilan klien menandatangani dua salinan formulir untuk menunjukkan pemahamannya tentang hak dan tanggung jawab klien ketika menerima layanan yang ditawarkan oleh Administrasi Dukungan Lansia dan Jangka Panjang dan Administrasi Disabilitas Perkembangan.
3. Arsipkan satu salinan dalam hard file atau di Document Management System (DMS) dan berikan salinan lainnya ke klien.