

高齢者・長期介護サービス管理課および発達障害管理課に提供されるサービスを受給する際のあなたの権利と責任

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

クライアント名
ACES ID 番号

利用可能なサービス

あなたは受給可能なサービスの中から選択する権利を有します。サービスは自発的なものです。高齢者・長期介護サービス管理課 (ALTSA: Aging and Long-Term Support Administration) および発達障害管理課 (DDA: Developmental Disabilities Administration) が支えるサービスは、あなたのニーズの全てを満たすとは限りません。

ALTSA および DDA では、以下の場所におけるサービスを提供します。

- 家族老人ホーム、介護施設、強化サービス施設、看護施設、夫婦向けホーム、児童用語施設、児童認定スタッフ付きホーム、DDA グループホーム、グループトレーニングホーム、もしくは
- 本人の自宅。注記：ALTSA および DDA は、本人の自宅での 1 日 24 時間の有料介護サービスは提供しません。24 時間ケアが望まれる場合は、他のサービスオプションを検討することができます。

Your AAA ケースマネージャー、DDA ケースリソースマネージャー、HCS ソーシャルサービス専門家は、本書ではケースワーカーと呼ばれています。

あなたの権利

あなたは次の権利を有します。

- 尊厳、敬意をもって、差別なく扱いを受けられます。
- 法令および DSHS 規則の範囲内であなたについての情報が守られます。
- 虐待、放置、金銭的に悪用、または放棄されません。あなた自身またはあなたの知り合いが虐待、放置または悪用されている場合、DSHS までフリーダイヤル 1-866-363-4276 にて通話のうえ、担当者にご相談ください。
- あなたの財産は尊敬をもって扱われます。
- 受けたいサービスすべてについて通知を受け、あなたが望むまたは望まないサービスについての選択ができます。
- あなたのケアについて計画を立てる際、ケースワーカーとパートナーとして取り組みます。
- 受理したくないケース管理サービスを拒否することができます (ところが、サービスを受けるためには、ケースワーカーが以下を最低年 1 回は行わなければなりません。自宅の訪問やサービス提供の監視。
- 強制的に質問に答えることや望まないことをやらされることはありません。

- 機関の決定を書面で通知され、あなたのケア計画もしくはサポート計画の要約の一部を受け取ることができます。
- あなたとあなたのケースワーカーが同意できない場合は、責任者に相談できます。
- 控訴した場合であっても行政審判を要請できます。
- 行政審判を要請した場合であっても危害が叫ぶことを恐れずに控訴できます。
- フリーダイヤル 1-888-201-1014 に電話すると、提唱者と相談できます。
- 全てのサービスを拒否できます。
- 英語を話したり理解ができない場合には、無料の通訳サービスを受領できます。
- 有資格のプロバイダーを選択、解雇または変更できます。
- あなたが選択する個人提供者の身元調査の結果を受け取ることができます。

あなたの義務

あなたには次の義務があります。

- 最低年 1 回は、あなたにとって便利な場所で、ケースワーカーにあなたの審査を終了させること。
- 最低年 1 回は、あなたの居住環境をケースワーカーに見せること。
- あなたの評価を記入するのに十分な情報を提供すること。
- 自分以外の他者があなたの医療または財政的決断を下す場合、ケースワーカーにそれを伝えること。
- 自分の介護またはサポート計画開発に参加し、それに署名すること。
- あなたのプロバイダーは、承認されていないサービスまたは時間に対して支払いを受けられないことを理解すること。
- 自分のヘルスケアを選択すること。
- 有資格提供者を選択すること。
- 安全な職場を提供すること。
- 提供者の身元調査を個人情報として扱います。
- 個人提供者 (IP) を選択する場合、
 - ✓ あなたが彼らの雇用者であり、IP はあなたの世話をすることに対する報酬を受ける前に契約を交わさなければいけないことを理解すること。そして、
 - ✓ あなたの IP 担当従業員が、あなたの業務を行った時間をタイムシートで確認すること。



あなたの責任（続き）

- あなたのプロバイダーについて問題がある場合、もしくはあなたのプロバイダーが申請した時間分のサービスを受けていない場合、担当のケースワーカーに報告すること。
- 自分のケアの支払いの手助けをする場合はプロバイダーに毎月支払うこと。
- 誰かを危険にさらすような行動をとりません。
- 以下の内容に変更がある場合、担当のケースワーカーに報告すること。
 - ✓ あなたの医療状況、
 - ✓ 家族あるいは他の機関から受けている支援、
 - ✓ 在住している場所、または
 - ✓ あなたの経済状況

ケースワーカーの責任

あなたのケースワーカーには以下の責任があります。

- あなたを尊厳、敬意をもって対応すること。
- あなたのプライバシーを維持すること。
- AL TSA および DDA があなたに対してできることとできないことを提示すること。
- あなたの支援レベルを決定するあなたの選べるサービスを決定する評価をするためにあなたと第三者から情報を得ること。
 - ✓ 審査内容には、あなたの長所、制限、目標、希望などが含まれます。
 - ✓ またすでにあなたが受けている、または家族や他の機関から受けられる支援、そしてあなたがどのようにサービスを受けたいかが含まれます。
- 個人ケアを支援する介護計画またはサポート計画作成を支援し、それにはあなたの個人的な目標、希望、選択肢を含みます。
- あなたのケア計画もしくはサポート計画を毎年更新するため、もしくはあなたの状況に変化があった時にあなたと第三者から情報を得ます。
- 必要な情報を提供するのに十分な時間をあなたに与えます。
- あなたのケア計画もしくはサポート計画について問題が起こった時にそれに対処します。
- あなたの権利を尊重し、もし精神的、神経的、知覚、もしくは身体的機能障害がある場合はサービスを利用するより多くの支援を提供します。
- あなたが探せない場合に有資格提供者を探す支援をします。

顧客と従業員へのお知らせ(タイトル VI と VII) : ワシントン州社会保険部は、老若男女、性指向、国籍、民族、人種、肌色、宗教、政治、軍籍、戦争と退役時に関わらずの保護されている退役兵ステータス、視覚・聴覚などの障害および盲導犬などの障害者補助用の動物、平等の給与または遺伝子情報に関わらず、機会平等の雇用を志し、あらゆる雇用エリアおよびプログラムとサービス提供において差別を一切行いません。

事前指示

あなたは事前指示を作成する権利を有します。事前指示とは生前遺言またはあなたの医療に関する永続的委任状が含まれます。事前指示は医療また精神的ヘルスケアについてのあなたの望みを要約したものです。これには決断をする精神的能力がない場合の医療、精神的健康または外科治療の受諾もしくは拒否する権利が含まれます。事前指示をいつでも無効にすることができます。

有権者登録サービス

1993年の全国選挙人登録法により、すべての州が公的支援事務所を通して有権者登録支援を提供することが義務付けられています。投票するための登録の申請または拒否は、この機関から提供されるサービスまたは給付金額に影響を与えることはありません。選挙人登録申請書の記入の際に、支援が必要であれば、当機関が支援します。あなたの登録をするか否かの決定は、部外秘とされ、選挙人登録の目的でのみ使用されます。投票するための登録または登録の拒否の権利、登録するかどうかの決定もしくは投票するための登録申請のプライバシーの権利、政党の選択もしくはその他の政治的好みを選択する権利を第三者が侵害をしていると考える場合は、あなたは次の住所へ起訴することができます。

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

あなたの署名

あなたの権利と責任を理解し、担当のケースワーカーの責任を理解した場合、以下の線上に署名してください。

クライアント署名

日付

法廷代理人署名

日付

**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 support plan. If the client is already receiving services and did not previously sign this version of the form, present 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.