

**ສິດທິ ແລະ ຄວາມຜິດຊອບຂອງທ່ານເມື່ອທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ຖືກເອົາໃຫ້ໂດຍ
ຜະແນກການປົກຄອງການຜູ້ອາວຸໂສ ແລະ ການຊຸມຊົນຍະຍາວ ແລະ
ຜະແນກການປົກຄອງກຽວກັບຄວາມເສັຽອົງຄະດ້ານການຈະເລີນເຕີບໂຕ
Your Rights and Responsibilities When You Receive Services
Offered by Aging and Long-Term Support Administration
and Developmental Disabilities Administration**

ຊື່ຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ
ເລກ ACES ID

ການບໍລິການທີ່ມີໄວ້ໃຫ້

ທ່ານມີສິດທິທີ່ຈະເລືອກເອົາຈາກການບໍລິການທີ່ທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ. ການບໍລິການຕ່າງໆແມ່ນຕາມສະມັກໃຈ. ການບໍລິການຕ່າງໆທີ່ຜະແນກການປົກຄອງການຜູ້ອາວຸໂສ ແລະ ການຊຸມຊົນຍະຍາວ (AL TSA) ແລະ ຜະແນກການປົກຄອງກຽວກັບຄວາມເສັຽອົງຄະດ້ານການຈະເລີນເຕີບໂຕ (DDA) ສາມາດຈ່າຍໃຫ້ນັ້ນອາດຈະບໍ່ຊ່ວຍທ່ານນຳຄວາມຕ້ອງການທັງໝົດຂອງທ່ານ.

AL TSA ແລະ DDA ສະເໜີເອື້ອເຜີຍການບໍລິການຢູ່ໃນ:

- ເຮືອນຄອບຄົວຜູ້ໃຫຍ່, ສະຖານທີ່ອາໄສຢູ່ທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫລືອ, ສະຖານທີ່ບໍລິການເພີ່ມຂຶ້ນ, ສະຖານທີ່ເບິ່ງແຍງຜູ້ເຖົ້າ, ເຮືອນມີໝູ່ຢູ່ນຳ, ເຮືອນລ້ຽງເດັກກຳພ້າ, ເຮືອນບ່ອນຢູ່ອາໄສທີ່ມີພະນັກງານມີໃບປະກາດຢູ່ນຳສຳລັບເດັກນ້ອຍ; ເຮືອນຢູ່ເປັນກຸ່ມຂອງຜະແນກ DDA, ເຮືອນຝຶກອົບຮົມກຸ່ມ, ICF/IDs; ຫລື
- ເຮືອນສ່ວນຕົວຂອງຄົນຜູ້ກຽວເອງ. **ຫມາຍເຫດ: AL TSA ແລະ DDA** ບໍ່ເອົາການເບິ່ງແຍງດູແລສ່ວນຕົວ 24 ຊົ່ວໂມງ/ມື້ ທີ່ຖືກຈ່າຍເງິນໃຫ້ຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຜູ້ກຽວເອງ. ຖ້າຫາກວ່າການເບິ່ງແຍງດູແລ 24 ຊົ່ວໂມງແມ່ນຕ້ອງການແລ້ວທາງເລືອກເອົາການບໍລິການແນວອື່ນຈະຖືກພິຈາລະນາເບິ່ງ.

ຜູ້ຈັດການເອກສານຂອງ AAA, ຜູ້ຈັດການຊ່ວຍເຫລືອເອກສານຂອງ DDA, ຫລື ຜູ້ຊ່ວຍການບໍລິການສັງຄົມຂອງ HCS ໄດ້ຖືກເອີ້ນວ່າ **ພະນັກງານສຳນວນເອກສານ** ຢູ່ໃນເອກສານອັນນີ້.

ສິດທິຂອງທ່ານ

ທ່ານມີສິດທິທີ່ຈະ:

- ຖືກເຮັດນຳດ້ວຍກຽດສັກສີ, ຄວາມນັບຖືແລະປາສຈາກການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະ;
- ໃຫ້ຮາຍຮະອຽດກຽວກັບທ່ານຖືກເກັບຮັກສາໄວ້ເປັນຄວາມລັບສ່ວນຕົວພາຍໃນຂອບເຂດຂອງກົດຫມາຍ ແລະ ກົດຮະບຽບຂອງກົມ DSHS;
- ບໍ່ໄດ້ຖືກຂົ່ມເຫັງ, ປ່ອຍປະລະເລີຍ, ຫລອກລວງດ້ານການເງິນ, ຫລືປະຖິ້ມ; ຖ້າຫາກວ່າທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານຮູ້ຈັກໄດ້ຖືກຂົ່ມເຫັງ, ປ່ອຍປະລະເລີຍ ຫລື ຫລອກລວງ, ກະຊວງໂທຫາເລກໂທຟຣີຂອງກົມ DSHS ໄດ້ທີ່ເລກ 1-866-363-4276 ເພື່ອຈະເວົ້ານຳພະນັກງານຜູ້ທີ່ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້;
- ໃຫ້ຊັບສິນຂອງທ່ານຖືກເຮັດນຳດ້ວຍຄວາມນັບຖື;
- ຖືກບອກໃຫ້ຮູ້ຈັກກຽວກັບການບໍລິການຕ່າງໆທີ່ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບ ແລະ ທຳການເລືອກເອົາກຽວກັບການບໍລິການທີ່ທ່ານຕ້ອງການ ຫລື ບໍ່ຕ້ອງການ;
- ເຮັດວຽກຮ່ວມກັນກັບພະນັກງານສຳນວນເອກສານຂອງທ່ານໃນການວາງແຜນການປົກຄອງຂອງທ່ານ;
- ປະຕິເສດບໍ່ຮັບເອົາການບໍລິການການຄວບຄຸມນຳເອກສານພິເສດທີ່ທ່ານບໍ່ຕ້ອງຢາກຈະໄດ້ຮັບ (ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ເພື່ອຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການທ່ານຕ້ອງອະນຸຍາດໃຫ້ພະນັກງານສຳນວນເອກສານທີ່ຈະເຮັດສິ່ງຕໍ່ລົງໄປນີ້ຢ່າງໜ້ອຍມື້ເທື່ອນຶ່ງ: ເຮັດການປະເມີນຜົນໃຫ້ສຳເລັດ; ຢ້ຽມຢາມເຮືອນຂອງທ່ານ ແລະ ກຳກັບເບິ່ງນຳການໃຫ້ການບໍລິການຂອງທ່ານ);
- ບໍ່ຖືກບັງຄັບໃຫ້ຕອບຄຳຖາມຕ່າງໆ ຫລື ໃຫ້ເຮັດສິ່ງໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານບໍ່ຕ້ອງການເຮັດ;

- ຖືກບອກໂດຍທາງໜັງສືກຽວກັບຄຳຕັດສິນຂອງຫ້ອງການ ແລະໄດ້ຮັບໃບໂກປີຂອງແຜນການປົກຄອງ ຫລື ສລຸບຄວາມຂອງແຜນການຊຸມຊົນຂອງທ່ານ;
- ເວົ້າກັບຜູ້ຄວບຄຸມງານຖ້າຫາກວ່າທ່ານ ແລະ ພະນັກງານສຳນວນເອກສານຂອງທ່ານບໍ່ເຫັນພ້ອມນຳກັນ;
- ຮ້ອງຂໍເອົາການຝັງເຮືອງຈາກອຳນາດການປົກຄອງເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານໄດ້ເຮັດການຮ້ອງທຸກແລ້ວກໍຕາມ;
- ທຳການຮ້ອງທຸກໂດຍປາສຈາກຄວາມປ້ານກົວເຖິງອັນຕະຮາຍເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານໄດ້ຂໍເອົາການຝັງເຮືອງຈາກອຳນາດການປົກຄອງແລ້ວກໍຕາມ;
- ເວົ້ານຳຜູ້ສະນັບສະນູນຊ່ວຍເຫລືອໂດຍການໂທຫາເລກ 1-888-201-1014;
- ປະຕິເສດການບໍລິການທຸກໆຢ່າງ;
- ມີການບໍລິການນາຍພາສາໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າໃດໆຕໍ່ທ່ານຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດປາກ ຫລື ເຂົ້າໃຈພາສາອັງກິດໄດ້;
- ເລືອກ, ໄລ່ອອກງານ, ຫລືປ່ຽນຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການທີ່ມີຄຸນນະວັດທິ; ແລະ
- ໄດ້ຮັບຜົນອອກມາຂອງການສືບປະວັດເບື້ອງຫລັງສຳລັບຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການສ່ວນບຸກຄົນທຸກໆຄົນທີ່ທ່ານເລືອກເອົາ.

ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ

ທ່ານມີຄວາມຮັບຜິດຊອບທີ່ຈະ:

- ໃຫ້ພະນັກງານສຳນວນເອກສານເຮັດການປະເມີນຜົນຂອງທ່ານໃຫ້ສຳເລັດຢ່າງໜ້ອຍແຕ່ລະປີຢູ່ໃນສະຖານທີ່ສະດວກແກ່ທ່ານ;
- ໃຫ້ພະນັກງານສຳນວນເອກສານເບິ່ງສະພາບແວດລ້ອມຂອງການດຳລົງຊີວິດຂອງທ່ານຢ່າງໜ້ອຍແຕ່ລະປີ;
- ເອົາຮາຍຮະອຽດພຽງພໍໃຫ້ພວກເຮົາເພື່ອຈະເຮັດການປະເມີນຜົນຂອງທ່ານໃຫ້ສຳເລັດ;
- ບອກພະນັກງານສຳນວນເອກສານຂອງທ່ານຖ້າຫາກວ່າຄົນໃດຄົນນຶ່ງອີກທຳການຕັດສິນໃຈດ້ານພະຍາບານ ຫລື ການເງິນໃຫ້ທ່ານ;
- ເຂົ້າຮ່ວມໃນການອອກແບບແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລ ຫລື ແຜນການຊຸມຊົນຂອງທ່ານ, ແລະເຊັນຊື່ໃສ່;
- ເຂົ້າໃຈວ່າຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານບໍ່ສາມາດຖືກຈ່າຍເງິນໃຫ້ສຳລັບການບໍລິການ ຫລື ຊົ່ວໂມງທີ່ບໍ່ຖືກອະນຸຍາດໃຫ້;
- ເລືອກເອົາການປົກຄອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານເອງ;
- ເລືອກເອົາຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການທີ່ມີຄຸນນະວັດທິ;
- ເອົາສະຖານທີ່ເຮັດວຽກທີ່ປອດພ້ຍໃຫ້;
- ເກັບຮັກສາການກວດເບິ່ງເບື້ອງຫລັງຂອງຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການໄວ້ເປັນຄວາມລັບ;
- ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເລືອກເອົາຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການສ່ວນຕົວ (IP):
 - ✓ ເຂົ້າໃຈວ່າທ່ານເປັນນາຍຈ້າງຂອງເຂົາເຈົ້າແລະ IP ຂອງທ່ານຕ້ອງມີສັນຍາກ່ອນທີ່ຈະຖືກຈ່າຍເງິນໃຫ້ເພື່ອຈະເຮັດວຽກໃຫ້ທ່ານ; ແລະ
 - ✓ ພິສູດຊົ່ວໂມງທີ່ພະນັກງານ IP ຂອງທ່ານໄດ້ເຮັດວຽກໃຫ້ທ່ານຢູ່ໃນໃບບັນທຶກເວລາຂອງເຂົາເຈົ້າ;



ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ (ຕໍ່)

- ບອກພະນັກງານສໍານວນເອກສານຂອງທ່ານຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີບັນຫນ້າທີ່ໃຫ້ການບໍລິການຂອງທ່ານ ຫລື ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບຊົ່ວໂມງທີ່ຖືກທວງເອົາໂດຍຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການຂອງທ່ານ;
- ຈ່າຍເງິນໃຫ້ແກ່ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການຂອງທ່ານທຸກໆເດືອນຖ້າຫາກວ່າທ່ານຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ;
- ບໍ່ກະທຳຕົວໃນແບບທີ່ເຮັດໃຫ້ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຕົກຢູ່ໃນອັນຕະຣາຍ; ແລະ
- ບອກພະນັກງານສໍານວນເອກສານຂອງທ່ານຖ້າມີການປ່ຽນແປງໃນ:
 - ✓ ສະພາບພະຍາບານຂອງທ່ານ;
 - ✓ ຄວາມຊ່ວຍເຫລືອທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກຄອບຄົວ ຫລື ຫ້ອງການອື່ນໆ;
 - ✓ ບ່ອນທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່; ຫລື
 - ✓ ສະພາບການເງິນຂອງທ່ານ.

ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງພະນັກງານສໍານວນເອກສານ

ພະນັກງານສໍານວນເອກສານຂອງທ່ານຮັບຜິດຊອບທີ່ຈະ:

- ປະຕິບັດຕໍ່ທ່ານດ້ວຍກຽດສັກສີ ແລະ ຄວາມນັບຖື;
- ຮັກສາຄວາມລັບສ່ວນຕົວຂອງທ່ານໄວ້;
- ບອກທ່ານວ່າມີແນວໃດແດ່ທີ່ **AL TSA** ແລະ **DDA** ສາມາດ, ຫລື ບໍ່ສາມາດ, ເຮັດໄດ້ສໍາລັບທ່ານ;
- ເກັບກຳເອົາຮາຍຮະອຽດຈາກທ່ານ ແລະ ຈາກຜູ້ອື່ນໆເພື່ອຈະທຳການປະເມີນຜົນເພື່ອຈະພິຈາລະນາເບິ່ງຮະດັບຂອງການຊ່ວຍເຫລືອຂອງທ່ານ ແລະ ຕັດສິນວ່າການບໍລິການແນວໃດແດ່ທີ່ທ່ານສາມາດເລືອກເອົາມາຈາກ.
 - ✓ ການປະເມີນຜົນຈະລວມເອົາຄວາມເຂັ້ມແຂງ, ຂອບເຂດ, ແລະ ຄວາມຊ່ວຍໃຈຂອງທ່ານ.
 - ✓ ການປະເມີນຜົນຈະລວມເອົາການຊ່ວຍເຫລືອທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບແລ້ວ ຫລື ສາມາດໄດ້ຮັບຈາກຄອບຄົວ ຫລື ຫ້ອງການອື່ນໆ ແລະ ທ່ານຢາກໃຫ້ການບໍລິການຖືກເຮັດແລ້ວແນວໃດ;
- ຊ່ວຍເຫລືອທ່ານອອກແບບແຜນການປົວປຸງ ຫລື ແຜນການຊຶມຊື່ທີ່ຈະສະເໜີຄວາມຊ່ວຍເຫລືອນຳການເບິ່ງແຍງດູແລສ່ວນຕົວ ແລະ ລວມເອົາເປົ້າໝາຍສ່ວນຕົວ, ຄວາມຊ່ວຍໃຈ, ແລະ ທາງເລືອກຂອງທ່ານ.
- ເອົາຮາຍຮະອຽດຈາກທ່ານ ແລະ ຄົນອື່ນເພື່ອຈະດັດແປງແຜນການປົວປຸງ ຫລື ແຜນການຊຶມຊື່ຂອງທ່ານໃຫ້ຖືກຕ້ອງທຸກໆປີ ຫລື ເມື່ອສະພາບຂອງທ່ານປ່ຽນແປງ;
- ເອົາເວລາພຽງພໍໃຫ້ທ່ານເພື່ອຈະສົ່ງຮາຍຮະອຽດທີ່ຕ້ອງການມາໃຫ້;
- ສະເໜີບັນຫນ້າແຜນການປົວປຸງ ຫລື ແຜນການຊຶມຊື່ຂອງທ່ານຕາມທີ່ມັນເກີດຂຶ້ນ;
- ເຄົາລົບສິດທິຂອງທ່ານ ແລະ ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫລືອເພີ່ມໃນການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີການເຈັບປ່ວຍດ້ານຈິດໃຈ, ເສັ້ນປະສາດ, ຄວາມຮູ້ສຶກ, ຫລື ທາງຮ່າງກາຍ; ແລະ
- ຊ່ວຍທ່ານຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການທີ່ມີຄຸນນະຄຸດທິພຽງພໍຖ້າວ່າທ່ານບໍ່ສາມາດຊອກຫາຄົນນຶ່ງໄດ້.

ຄຳຊີ້ນຳແນວທາງລ່ວງໜ້າ

ທ່ານມີສິດທິທີ່ຈະເຮັດຄຳຊີ້ນຳແນວທາງລ່ວງໜ້າ. ຄຳຊີ້ນຳແນວທາງລ່ວງໜ້າອາດລວມເຖິງການຂຽນພິນັຍກັມຍາມມີຊີວິດຢູ່ ຫລື ອຳນາດທີ່ຄົງຕົວຂອງທະນາຍຄວາມສຳລັບການປົວພະຍາບານຂອງທ່ານ. ຄຳຊີ້ນຳແນວທາງລ່ວງໜ້າສະຮູບຄວາມປາຖນາຕ່າງໆຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການປົວພະຍາບານ ແລະ/ຫລື ການປົວສຸຂະພາບຈິດ, ຊຶ່ງຮວມເອົາສິດທິທີ່ຈະຮັບເອົາ ຫລື ປະຕິເສດການປົວພະຍາບານ, ການຮັກສາສຸຂະພາບຈິດ, ຫລື ການປົວຜ່າຕັດ, ເມື່ອທ່ານບໍ່ມີສະມັດຕະພາບທາງຈິດໃຈໃນການຕັດສິນໃຈຕ່າງໆ. ທ່ານສາມາດຍົກເລີກຄຳຊີ້ນຳແນວທາງລ່ວງໜ້າໃນຍາມໃດກໍໄດ້.

ການບໍລິການຈິດຊີ້ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ

ກົດຫມາຍ **National Voter Registration Act of 1993**

ກຳນົດໃຫ້ທຸກໆຮັດທີ່ຈະເອົາຄວາມຊ່ວຍເຫລືອຈິດຊີ້ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໃຫ້ໂດຍຜ່ານຫ້ອງການຊ່ວຍເຫລືອສາທາລະນະຂົນຂອງເອົາເຈົ້າ. ການຮ້ອງຂໍທີ່ຈະຈິດຊີ້ ຫລື ການປະຕິເສດທີ່ຈະຈິດຊີ້ເພື່ອປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງການບໍລິການ ຫລື ຈຳນວນການຊ່ວຍເຫລືອທີ່ທ່ານຈະຖືກເອົາໃຫ້ໂດຍຫ້ອງການແຫ່ງນີ້. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອໃນການຂຽນປະກອບໃບຟອມຈິດຊີ້ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ, ພວກເຮົາຈະຊ່ວຍເຫລືອທ່ານ. ຄຳຕັດສິນໃຈຂອງທ່ານທີ່ຈະຈິດຊີ້ ຫລື ທີ່ຈະປະຕິເສດທີ່ຈະຈິດຊີ້ຈະຖືກເກັບຮັກສາໄວ້ເປັນຄວາມລັບ ແລະ ຈະຖືກໃຊ້ສຳລັບຈຸດປະສົງຂອງການຈິດຊີ້ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງເທົ່ານັ້ນ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເຊື່ອວ່າຄົນໃດຄົນນຶ່ງໄດ້ຮັບກວນສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະຈິດຊີ້ລົງທະບຽນ ຫລື ທີ່ຈະປະຕິເສດທີ່ຈະຈິດຊີ້ເພື່ອປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ, ສິດທິຂອງທ່ານໃນຄວາມລັບສ່ວນຕົວໃນການຕັດສິນໃຈວ່າຈະຈິດຊີ້ລົງທະບຽນ ຫລື ບໍ່ ຫລື ໃນການຮ້ອງຂໍຈິດຊີ້ເພື່ອຈະປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ, ຫລື ສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະເລືອກເອົາພັກການເມືອງຂອງທ່ານເອງ ຫລື ຄວາມຊ່ວຍໃຈທາງດ້ານການເມືອງອື່ນໆ, ທ່ານຈະຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກໄດ້ນຳ:

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

ລາຍເຊັນຂອງທ່ານ

ເຊັນຊື່ໃສ່ແຖວຂ້າງລຸ່ມນີ້ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເຂົ້າໃຈສິດທິ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ ແລະ ເຂົ້າໃຈຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງພະນັກງານສໍານວນເອກສານຂອງທ່ານ.

_____ ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ

_____ ວັນທີ

_____ ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດຫມາຍ

_____ ວັນທີ

ແຈ້ງການສຳລັບລູກຄ້າ ແລະ ພະນັກງານ (**Title VI** ແລະ **VII**) **Washington State Department of Social and Health Services** ເປັນນາຍຈ້າງທີ່ໃຫ້ໂອກາດສະເໝີພາບເທົ່າທຽມກັນ ແລະ ບໍ່ໄດ້ແບ່ງແຍກຄຸນຊັ້ນວັນນະໃສ່ຢູ່ໃນທຸກໆຢ່າງຂອງວຽກງານ, ໂຄງການ ຫລື ການບໍລິການຂອງເອົາເຈົ້າ ໂດຍອີງຕາມພື້ນຖານຂອງອາຍຸ, ເພດຍິງ ຫລື ຊາຍ, ແນວໂນ້ມທາງເພດ, ເພດ, ບຸກຄະລິກລັກສະນະ/ການສະແດງຄວາມຮູ້ສຶກອອກມາທາງເພດ, ສະພາບການແຕ່ງງານ, ຜິວພັນ, ຄວາມເຊື່ອຖືທາງສາສະນາ, ສີສັນ, ເຊື້ອຊາດດັ້ງເດີມ, ສາສະນາ ຫລື ຄວາມເຊື່ອຖື, ການພົວພັນກ່ຽວຂ້ອງທາງການເມືອງ, ສະພາບການທະຫານ, ນັກຮົບເກົ່າປົດຈາກໜ້າທີ່ຢ່າງສົມກຽດ, ນັກຮົບເກົ່າສະມັດຕະຖານ, ສະພາບນັກຮົບເກົ່າອອກຈາກໜ້າທີ່ໃນໜ່ວຍງານນີ້ຫລື ສະພາບທີ່ຖືກປົກປ້ອງອື່ນໆ, ການປາກົດມີຄວາມເສັຽອົງຄະທາງດ້ານຄວາມຮູ້ສຶກ, ທາງຈິດໃຈ, ຮ່າງກາຍ ຫລື ການໃຊ້ຫນ້າທາງທີ່ຖືກຝຶກຝົນມາ ຫລື ສັດລ້ຽງບໍລິການຊ່ວຍເຫລືອໂດຍຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ມີຄວາມເສັຽອົງຄະ, ການຈ່າຍເງິນເທົ່າທຽມກັນ ຫລື ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບເຊື້ອພັນ.

**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.