

Państwa prawa i obowiązki w trakcie korzystania z usług oferowanych przez agencje Administrację ds. Opieki Długoterminowej i Opieki Seniorów (AL TSA) oraz Administrację ds. Niepełnosprawności Rozwojowych (DDA)
Your Rights and Responsibilities When You Receive Services Offered by Aging and Long-Term Support Administration and Developmental Disabilities Administration

IMIĘ I NAZWISKO KLIENTA

NUMER IDENTYFIKATORA ACES

Dostępne usługi

Przysługuje Państwu prawo do dokonania wyboru usług, do korzystania z których są Państwo uprawnieni. Korzystanie z usług ma charakter dobrowolny. Usługi, które mogą być opłacane przez agencje Aging and Long-Term Support Administration (AL TSA) oraz Developmental Disabilities Administration (DDA) niekoniecznie muszą Państwu pomóc w kwestii spełnienia wszystkich Państwa potrzeb.

Agencje AL TSA oraz DDA oferują usługi świadczone w:

- Domach rodzinnym dla osób dorosłych, placówkach opiekuńczo-pielęgnacyjnych, ośrodkach usług rozszerzonych, placówkach oferujących specjalistyczną opiekę pielęgniarstwa, domach seniora, domach dziecka, domach dziecka z licencjonowanym personelem; domach należących do DDA, domach szkoleń grupowych, ICF/ID; LUB
- We własnym domu pacjenta. **Uwaga:** AL TSA i DDA nie świadczą całodobowych płatnych usług w zakresie opieki indywidualnej w domu pacjenta. W przypadku potrzeby uzyskania opieki całodobowej można rozważyć inne opcje usług.

W niniejszym dokumencie Państwa Kierownik sprawy AAA, Kierownik zasobów DDA lub Specjalista ds. usług socjalnych HCS zwany jest **pracownikiem socjalnym**.

Przysługujące Państwu prawa

Mają Państwo prawo do:

- Bycia traktowanym z godnością i szacunkiem, bez okazywania dyskryminacji;
- Zachowania przez DSHS w poufności informacji o Państwu w granicach określonych przez prawo oraz zasady DSHS;
- Unikania maltretowania, zaniedbywania, wykorzystywania finansowego oraz porzucenia. Opis tych warunków można znaleźć na stronie: <https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse>. Jeżeli Państwo lub ktoś z Państwa znajomych jest maltretowany, zaniedbywany lub wykorzystywany, należy zadzwonić pod bezpłatny numer DSHS 1-866-(End Harm) / 1-866-363-4276, aby porozmawiać z pracownikiem, który może udzielić Państwu pomocy;
- Traktowania Państwa własności z szacunkiem;
- Bycia informowanym o wszystkich usługach, z których mogą Państwo korzystać oraz dokonywania wyborów usług, z których Państwo chcą, bądź nie chcą korzystać;
- Partnerskiej współpracy z Państwa pracownikiem socjalnym w zakresie planowania Państwa opieki;
- Unikania sytuacji, w której są Państwo zmuszani do udzielenia odpowiedzi na pytania lub robienia czegoś, czego Państwo nie chcą robić;
- Uzyskania pisemnych informacji o decyzjach agencji oraz otrzymania kopii Państwa planu opieki lub podsumowania planu wsparcia;
- Rozmowy z kierownikiem w przypadku braku zgody pomiędzy Państwem a Państwa pracownikiem socjalnym;
- Żądania rozprawy administracyjnej, nawet jeżeli złożyli Państwo skargę;

- Złożenia skargi bez obaw, nawet jeżeli wnioskowali Państwo o rozprawę administracyjną;
- Rozmowy z adwokatem, dzwoniąc pod numer 1-888-201-1014;
- Odmowy wszystkich usług;
- Korzystania z bezpłatnych usług tłumacza, jeżeli nie mówią Państwo po angielsku lub dobrze nie rozumieją Państwo tego języka;
- Wyboru, zwolnienia lub zmiany kwalifikowanego dostawcy; oraz
- Otrzymania wyników kontroli przeszłości każdego wybranego przez Państwa dostawcy.

Państwa zobowiązania

Mają Państwo obowiązki:

- Zezwolić pracownikowi socjalnemu na uzupełnienie Państwa oceny przynajmniej raz w roku w dogodnym dla Państwa miejscu;
- Zezwolić pracownikowi socjalnemu na kontrolę Państwa warunków środowiskowych przynajmniej raz w roku;
- Przekazać nam niezbędne informacje potrzebne do skompletowania oceny;
- Poinformować pracownika socjalnego o sytuacji, w której w Państwa imieniu decyzje w sprawach medycznych lub finansowych podejmuje inna osoba;
- Uczestniczyć w procesie opracowywania Państwa planu opieki lub wsparcia oraz złożyć pod nim podpis;
- Zrozumieć, że Państwa dostawca nie będzie mógł otrzymać wynagrodzenia za usługi lub godziny, które nie zostały autoryzowane;
- Wybrać własny plan opieki zdrowotnej;
- Wybrać wykwalifikowanego dostawcę;
- Zapewnić bezpieczne miejsce pracy;
- Zachować dla siebie wyniki kontroli przeszłości dostawcy;
- Poinformować pracownika socjalnego o sytuacji, w której mają Państwo problemy ze swoim dostawcą lub gdy nie wykorzystują Państwo ilości godzin wykazywanych przez Państwa dostawcę;
- Płacić co miesiąc swojemu dostawcy, jeżeli partycypują Państwo w kosztach opieki;
- Nie działać w sposób, który naraża innych na niebezpieczeństwo; oraz
- Poinformować pracownika socjalnego, gdy zajdzie zmiana dotycząca:
 - ✓ Państwa stanu zdrowia;
 - ✓ Pomocy, którą Państwo otrzymują od swojej rodziny lub innych agencji;
 - ✓ Miejsca Państwa zamieszkania; lub
 - ✓ Państwa sytuacji finansowej.



Obowiązki pracownika socjalnego

Państwa pracownik socjalny jest zobowiązany do:

- Traktowania Państwa z godnością i szacunkiem;
- Ochrony Państwa prywatności;
- Informowania Państwa o zakresie usług świadczonych przez AL TSA i DDA;
- Uzyskania informacji od Państwa i innych osób w celu przeprowadzenia oceny określającej poziom potrzebnego Państwu wsparcia oraz podjęcia decyzji związanej z rodzajem usług, które mogą Państwo wybrać.
 - ✓ W ocenie uwzględnione zostaną Państwa mocne strony, ograniczenia, cele i preferencje.
 - ✓ Ocena będzie obejmować również pomoc, którą obecnie uzyskują Państwo lub mogą uzyskać od rodziny lub innych agencji oraz sposób, w jaki usługi mogą być zrealizowane;
- Pomocy w trakcie opracowywania planu opieki lub planu wsparcia, który dotyczy opieki osobistej oraz obejmuje Państwa osobiste cele, preferencje oraz wybory;
- Uzyskania informacji od Państwa i innych osób w celu aktualizacji Państwa planu opieki lub planu wsparcia w trybie rocznym lub w przypadku zmiany Państwa stanu zdrowia;
- Zapewnienia Państwu odpowiedniej ilości czasu w celu przekazania potrzebnych informacji;
- Rozwiązywania problemów dotyczących Państwa planu opieki lub planu wsparcia, kiedy tylko się pojawiają;
- Poszanowania Państwa praw oraz zapewnienia Państwu pomocy w zakresie dostępu do usług w przypadku upośledzenia o charakterze umysłowym, neurologicznym, sensorycznym lub fizycznym; oraz
- Pomocy w znalezieniu wykwalifikowanego dostawcy, jeżeli nie będą Państwo w stanie znaleźć go we własnym zakresie.

Dyspozycje pacjenta

Mają Państwo prawo do sporządzenia dyspozycji pacjenta. Dyspozycje pacjenta mogą obejmować oświadczenie dotyczące sztucznego podtrzymywania życia lub trwałego pełnomocnictwa w zakresie Państwa opieki zdrowotnej. Dyspozycje pacjenta stanowią podsumowanie jego życzeń związanych z opieką medyczną i/lub psychiatryczną, w tym prawo do akceptacji lub odmowy leczenia medycznego, psychiatrycznego lub chirurgicznego, kiedy pacjent nie jest psychicznie zdolny do podejmowania takich decyzji. Dyspozycje pacjenta można odwołać w dowolnym czasie.

Zawiadomienie dla klientów i pracowników (Rozdział VI i VII) Departament Usług Socjalnych i Zdrowotnych Stanu Waszyngton jest pracodawcą równych szans i nie dyskryminuje w żadnym obszarze zatrudnienia, swoich programów lub usług ze względu na wiek, płeć, orientację seksualną, płeć, tożsamość płciową/ekspresję płciową, stan cywilny, rasę, wyznanie, kolor skóry, narodowość, kolor skóry, religię lub przekonania, przynależność polityczną, status wojskowy, honorowo zwolnionego weterana, weterana ery wietnamskiej, niedawno odseparowanego lub inny chroniony status weterana, obecność jakiegokolwiek niepełnosprawności sensorycznej, umysłowej, fizycznej lub korzystanie z wyszkolonego psa przewodnika lub zwierzęcia służbowego przez osobę niepełnosprawną, równość wynagrodzeń lub informacje genetyczne.

Usługa rejestracji wyborców

Krajowa Ustawa Rejestracji Wyborców z 1993 roku wymaga, aby wszystkie stany zapewniły pomoc wyborcom w swoich biurach pomocy społecznej. Rejestracja na głosowanie lub odmowa rejestracji na głosowanie nie wpłynęła na usługi lub ilość świadczeń, jakie Państwo uzyskali w tej agencji. Jeżeli wymagają Państwo pomocy przy wypełnieniu formularza rejestracji wyborcy, z chęcią udzielimy Państwu pomocy. Państwa decyzja o tym, czy się zarejestrować, czy odmówić rejestracji, zostanie zachowana w tajemnicy i wykorzystana tylko do procesu rejestracji. Jeżeli uważają Państwo, że ktoś ingerował w Państwo prawo do rejestracji lub odmówienia rejestracji na głosowanie, Państwo prawo do zachowania prywatności w podjęciu decyzji lub złożeniu wniosku o rejestracji na wybory, lub Państwa prawo do wyboru własnej partii politycznej lub upodobania politycznego, mogą Państwo złożyć skargę w:

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

Podpis pacjenta

Proszę złożyć podpis na poniższej linii, jeżeli rozumieją Państwo swoje prawa i obowiązki, jak i obowiązki Państwa pracownika socjalnego.

PODPIS PACJENTA

DATA

PODPIS PRZEDSTAWICIELA PRAWNEGO

DATA

**Państwa prawa i obowiązki w trakcie korzystania z usług oferowanych przez
agencje Aging and Long-Term Support Administration (Administrację ds. Opieki Długoterminowej i Opieki Seniorów; AL TSA) oraz Developmental Disabilities Administration (Administrację ds. Niepełnosprawności Rozwojowych; DDA)**

INSTRUKCJE

1. Niniejszy formularz należy przedłożyć klientowi podczas kompletowania wstępnej oceny dotyczącej OPIEKI oraz weryfikacji planu opieki bądź planu wsparcia. Jeżeli klient korzysta już z usług, a wcześniej nie podpisywał tej wersji formularza, formularz należy mu przedłożyć podczas następnej oceny. Formularz należy przejrzeć wraz z klientem, aby odpowiedzieć na wszelkie pytania dotyczące jego praw i obowiązków.
2. Dwie kopie formularza muszą zostać podpisane przez klienta lub przedstawiciela klienta w celu wskazania jego zrozumienia własnych praw i obowiązków w trakcie korzystania z usług świadczonych przez agencje Aging and Long-Term Support Administration oraz Developmental Disabilities Administration.
3. Jedną kopię należy umieścić w skoroszycie lub Systemie Zarządzania Dokumentami (Document Management System; DMS), a drugą kopię przekazać klientowi.