

**Ваши права и обязанности при получении услуг от
Администрации по оказанию услуг долгосрочной
поддержки и помощи пожилым лицам и Администрации
по делам инвалидов вследствие пороков развития
Your Rights and Responsibilities When You Receive Services
Offered by Aging and Long-Term Support Administration and
Developmental Disabilities Administration**

ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА
ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ACES

Предоставляемые услуги

У вас есть право выбрать определенный вид услуг из тех, на которые вы можете претендовать. Услуги предоставляются в добровольном порядке. Услуги, которые могут быть оплачены Администрацией по оказанию услуг долгосрочной поддержки и помощи пожилым лицам (Aging and Long-Term Support Administration, AL TSA) и Администрацией по делам инвалидов вследствие пороков развития (Developmental Disabilities Administration, DDA) не обязательно будут отвечать всем вашим нуждам.

AL TSA и DDA предоставляют услуги в следующих учреждениях:

- Домах семейного типа для взрослых (Adult Family Home), учреждениях для проживания с уходом (Assisted Living Facility), учреждениях с расширенным обслуживанием (Enhanced Services Facility), домах сестринского ухода (Nursing Facility), домах компаньонов (Companion Home), детских воспитательных домах (Children's Foster Home), детских приютах с лицензированным персоналом (Children's Licensed Staffed Residential Home), групповых домах DDA (DDA Group Homes), групповых тренировочных домах (Group Training Homes), учреждениях для пациентов с нарушениями интеллекта, нуждающихся в уходе и рутинном медицинском обслуживании (ICF/IDs); ИЛИ
- В собственном доме лица, получающего услуги.
Примечание: AL TSA и DDA не предоставляют оплачиваемые круглосуточные услуги личного ухода на дому. Если вам требуются круглосуточные услуги, то следует рассмотреть другие варианты услуг.

В настоящем документе ваш менеджер по уходу из агентства AAA, менеджер по уходу и ресурсам отдела DDA или социальный работник отделения HCS именуется «**работником по ведению вашего дела**» (case worker).

Ваши права

У вас есть право:

- На вежливое и уважительное отношение к вам и отсутствие дискриминации;
- На сохранение конфиденциальности (частного характера) всех сведений о вас в рамках, предусмотренных законами и правилами DSHS;
- Не подвергаться жестокому или халатному обращению с собой, финансовому использованию или покиданию; если вы или ваши знакомые подвергаются жестокому или халатному обращению или используются с целью получения выгоды, звоните в DSHS по бесплатному номеру 1-866-363-4276 и поговорите с сотрудником, который предоставит вам помощь;
- На уважительное отношение к вашей собственности;
- На информирование вас обо всех услугах, которые вы можете получить, и на выбор услуг, которые вы хотите или не хотите получать;
- На сотрудничество с работником по ведению вашего дела в планировании ухода за вами;
- На отказ от дополнительных услуг по управлению вашим делом, если вы не желаете их получать (однако, если вы хотите получать эти услуги, то вы должны разрешать своему работнику по ведению дела совершать следующие действия не менее одного раза в год: проводить оценку вашего состояния; посещать ваше жилище и контролировать получение вами услуг);
- Не быть принужденным отвечать на нежелательные вопросы или совершать нежелательные для вас действия;

- Получать письменные уведомления о решениях ведомства и копию своего плана по уходу либо плана помощи;
- Побеседовать с начальником отдела, если вы не можете прийти к согласию со своим работником системы социального обеспечения;
- Запросить проведение административного слушания, даже если вы подали жалобу;
- Подать жалобу, не опасаясь последствий, даже если вы запросили о проведении административного слушания;
- Побеседовать с адвокатом, позвонив по номеру 1-888-201-1014;
- Отказаться от получения любых услуг;
- Получать бесплатные услуги устного перевода, если вы не владеете в достаточной степени английским языком;
- Выбирать, нанимать или увольнять квалифицированного поставщика услуг; и
- Получать результаты проверки анкетных данных любого выбранного вами индивидуального поставщика услуг.

Ваши обязанности

Вы обязаны:

- Позволить работнику по ведению вашего дела проводить оценку вашего состояния по меньшей мере раз в год, в любом удобном для вас месте;
- Предоставлять работнику по ведению вашего дела возможность по крайней мере раз в год ознакомиться с условиями вашего проживания;
- Предоставлять нам достаточную для проведения оценки информацию;
- Сообщать работнику по ведению вашего дела, если медицинские или финансовые решения за вас принимает другое лицо;
- Участвовать в разработке своего плана по получению ухода или поддержки, а также подписать его;
- Понимать, что ваш поставщик медицинских услуг не сможет получать оплату за услуги или часы, на выполнение которых у него отсутствует разрешение;
- Выбирать вид необходимого вам медицинского ухода;
- Выбирать квалифицированного поставщика услуг;
- Предоставлять безопасные условия труда;
- Сохранять конфиденциальность результатов проверки анкетных данных;
- Если вы сами выбираете индивидуального поставщика услуг (ИП) (Individual Provider, IP):
 - ✓ Сознать, что вы являетесь его (ее) работодателем и что для получения оплаты за работу по уходу за вами у ИП должен быть предварительно заключенный контракт на неё; и
 - ✓ Подтверждать количество часов, отработанных вашим ИП, в таблице учёта его (ее) рабочего времени;



Ваши обязанности (продолжение)

- Сообщать своему работнику по ведению дела, если у вас возникают проблемы с поставщиком услуг или если вы не получаете услуг в том объеме, который он (она) указывает в документах;
- Производить оплату услуг вашего поставщика ежемесячно, если вы вносите вклад в оплату услуг;
- Избегать действий, которые могут создать опасность для других; и
- Сообщать работнику системы социального обеспечения об изменениях в:
 - ✓ Состоянии вашего здоровья;
 - ✓ Помощи, получаемой вами со стороны членов семьи или других агентств;
 - ✓ Вашем адресе проживания; и
 - ✓ Вашей финансовой ситуации.

Ответственности сотрудников по ведению дела

Ваш сотрудник по ведению дела обязан:

- Относиться к вам с достоинством и уважением;
- Сохранять вашу конфиденциальность;
- Сообщать вам о том, что AL TSA и DDA могут сделать для вас, а также о том, что находится вне их компетенции;
- Получать от вас и других лиц сведения, необходимые для оценки вашего состояния на предмет определения уровня необходимой помощи и решения о том, какие услуги предоставить вам на выбор.
 - ✓ Оценка включает изучение ваших сильных сторон, ограничений и предпочтений.
 - ✓ При проведении оценки будут приняты в расчет помощь, которую вы уже получаете или можете получить со стороны членов семьи или иных ведомств, и форма, в которой вы хотите получать услуги;
- Оказывать вам содействие в выработке плана по уходу за вами или плана помощи, в котором будут указаны виды услуг личного ухода и ваши личные предпочтения;
- Ежегодно или при изменениях в вашем состоянии получать от вас и других лиц сведения, необходимые для обновления вашего плана по уходу или плана помощи;
- Предоставлять вам достаточно времени для сбора требуемых сведений;
- Решать проблемы, возникающие с вашим планом по уходу или планом помощи по мере их возникновения;
- Уважать ваши права и предоставлять дополнительную помощь в получении услуг, если у вас есть психические, неврологические, сенсорные или физические проблемы или заболевания; и
- Помогать вам найти квалифицированного поставщика услуг, если вы не можете этого сделать сами.

Предварительные медицинские указания

У вас есть право на формулировку предварительных медицинских указаний. Предварительные медицинские указания могут включать «завещание о жизни» (living will) и долгосрочную доверенность на осуществление медицинского ухода за вами. Предварительные медицинские указания содержат краткое изложение ваших пожеланий об оказании вам медицинских и (или) психиатрических услуг, включая делегирование права на принятие или отказ от медицинского, психиатрического и хирургического лечения другому лицу в ситуациях, когда у вас не будет умственной способности принимать эти решения самостоятельно. Вы можете аннулировать свои предварительные медицинские указания в любой момент.

Извещение о регистрации для голосования на выборах

Национальный закон о регистрации избирателей от 1993 года требует от всех штатов предоставления избирателям содействия в регистрации для голосования на выборах через соответствующие ведомства по предоставлению государственных льгот. Подача заявки на регистрацию для голосования или отказ от регистрации для голосования на выборах не повлияют на услуги и объем льгот, которые вы будете получать из данного ведомства. Если вам нужна помощь в заполнении формы регистрации избирателя, мы поможем вам. Ваше решение зарегистрироваться или отказаться от регистрации для голосования останутся конфиденциальными и будут использованы исключительно для целей учета регистрации или отказа от регистрации для голосования. Если вы считаете, что кто-либо нарушил ваше право на регистрацию или отказ от регистрации для голосования либо ваше право на конфиденциальность в принятии решения, зарегистрироваться ли для голосования, подавать ли заявку на регистрацию для голосования, либо в выборе своей политической партии или ином политическом выборе, вы можете подать жалобу по адресу:

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

Ваша подпись

Поставьте внизу свою подпись в подтверждение того, что вы понимаете свои права и обязанности и обязанности работника по ведению вашего дела.

ПОДПИСЬ КЛИЕНТА

ДАТА

ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ДАТА

Уведомление для клиентов и работников (разделы Title VI и VII): Департамент здравоохранения и социального обслуживания штата Вашингтон (Washington State Department of Social and Health Services) является работодателем, предоставляющим равные возможности, который не допускает, на территории трудоустройства, реализации программ и обслуживания, дискриминации по возрасту, полу, сексуальной ориентации, гендерной идентичности, гендерному самовыражению, семейному положению, расовой принадлежности, этническому происхождению, цвету кожи, национальной принадлежности, вероисповеданию или религиозным убеждениям, политическим взглядам, статусу военнослужащего, статусу ветерана, уволившегося из рядов вооруженных сил с положительной характеристикой, статусу ветерана вьетнамской войны, статусу лица, недавно перешедшему на отдельное проживание, или иному социально защищенному статусу ветерана, по факту наличия любой сенсорной, психической или физической инвалидности или по факту использования специально обученной собаки или иного животного лицом с признаками инвалидности, а также в связи с принципом равенства оплаты труда или генетической информацией.

**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.