

**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 тренинговых 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, финансовой эксплуатации и оставлению без внимания. Описание этих понятий вы найдете на: <https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse>. Если вы или ваши знакомые подвергаются жестокому или халатному обращению или используются с целью получения выгоды, звоните в DSHS по бесплатному номеру 1-866-(End Harm) / 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 получать, и на выбор услуг, которые вы хотите или не хотите получать;
- На сотрудничество с работником по ведению вашего дела при планировании ухода за вами;
- Не быть принужденными 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;
- Сообщать работнику по ведению вашего дела, если у вас возникнут проблемы с поставщиком услуг или если вы не получаете услуг в том объеме, который поставщик услуг 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 по ведению вашего дела об изменениях:
 - ✓ 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.

Уведомление для клиентов и сотрудников (Раздел VI и VII) Департамент социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services, DSHS) штата Вашингтон является работодателем, предоставляющим равные возможности и не допускающим дискриминации, в какой бы то ни было сфере занятости, в своих программах или при предоставлении услуг, по возрасту, половому признаку, сексуальной ориентации, на основе гендерной принадлежности, гендерной идентификации/самовыражения, по семейному положению, расовой принадлежности, вероисповеданию, цвету кожи, национальности, в связи с религиозными убеждениями или верованиями, политическими взглядами, статусом военнослужащего, ветерана, уволившегося из рядов вооруженных сил с положительной характеристикой, или участника войны во Вьетнаме, в связи с недавним увольнением из вооруженных сил, а также в связи с иным статусом ветерана, защищаемого социально, в связи наличием любых признаков сенсорной, умственной или психической неполноценности, по факту использования специально обученной собаки или иного животного лицом с признаками инвалидности, а также в связи с уравниванием в правах на оплату труда или на основании информации об участии в генетических исследованиях.

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 от данного ведомства. Если вам нужна помощь в заполнении формы регистрации избирателя, мы поможем вам. Ваше решение зарегистрироваться или отказаться от регистрации для голосования останется конфиденциальным и будет использовано исключительно для целей учета регистрации или отказа от регистрации для голосования. Если вы полагаете, что кто-либо нарушил ваше право на регистрацию или на отказ зарегистрироваться в качестве избирателя, ваше право на частную жизнь в части принятия решения в отношении регистрации или подачи запроса на регистрацию в качестве избирателя, или оказал влияние на ваше право выбора определенной политической партии или на право следования собственным политическим предпочтениям, вы можете подать жалобу в:

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

**Ваши права и обязанности при получении услуг от
Администрации по оказанию услуг долгосрочной поддержки и помощи пожилым лицам (Aging and Long-
Term Support Administration) и Администрации по делам инвалидов вследствие пороков развития
(Developmental Disabilities Administration)**

ИНСТРУКЦИИ

1. Предъявите эту форму потребителю при проведении первоначальной оценки CARE и ознакомлении с планом обслуживания или планом поддержки. Если потребитель уже получает услуги и ранее не подписывал эту версию формы, предъявите форму потребителю при следующей оценке. Просмотрите форму вместе с потребителем, чтобы ответить на любые вопросы о правах и обязанностях потребителя.
2. Попросите клиента или представителя клиента подписать два экземпляра формы, чтобы показать свое понимание прав и обязанностей клиента при получении услуг, предлагаемых Администрацией по делам пожилых людей и долгосрочной поддержки и Администрацией по вопросам развития.
3. Сохраните одну копию на жестком диске или в системе управления документами (DMS), а другую копию отдайте потребителю.