

Sus derechos y responsabilidades cuando recibe servicios ofrecidos por la Administración de Adultos Mayores y Apoyo a Largo Plazo y la Administración de Discapacidades del Desarrollo

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

| |
|-------------------------------|
| NOMBRE DEL CLIENTE |
| NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN ACES |

Servicios disponibles

Usted tiene derecho a elegir entre los servicios para los que es elegible. Los servicios son voluntarios. Los servicios que la Administración de Adultos Mayores y Apoyo a Largo Plazo (por sus siglas en inglés, "AL TSA") y la Administración de Discapacidades del Desarrollo (por sus siglas en inglés, "DDA") pueden pagar podrían no ayudarle con todas sus necesidades.

AL TSA y DDA ofrecen servicios en:

- Un hogar familiar para adultos, instalación de vida asistida, instalación de servicios mejorados, instalación de enfermería, hogar de compañeros, hogar temporal para niños, hogar residencial con personal autorizado para niños, hogares grupales de DDA, hogares de entrenamiento grupal, ICF/IDs; O
- El propio hogar de una persona. **Nota:** AL TSA y DDA no ofrecen servicios de cuidado personal remunerados las 24 horas del día en el propio hogar de una persona. Si se desea atención las 24 horas se pueden considerar otras opciones de servicio.

Su administrador del caso de AAA, administrador de recursos del caso del DDA o especialista en trabajo social de HCS es denominado un **asistente del caso** en este documento.

Sus derechos

Usted tiene derecho a:

- Ser tratado con dignidad, respeto y no ser discriminado;
- Que su información se mantenga confidencial dentro de los límites de las leyes y las reglamentaciones de DSHS;
- No ser víctima de maltrato, abandono, explotación económica o desamparo. Para ver una descripción de estos términos, visite: <https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse>. Si usted o alguien que conozca sufre de maltrato, descuido o explotación, llame sin costo al DSHS al 1-866-(End Harm) / 1-866-363-4276 para hablar con un trabajador que pueda ayudarle;
- Que sus bienes sean tratados con respeto;
- Ser informado sobre todos los servicios que puede recibir y a elegir los servicios que quiera y no quiera recibir;
- Trabajar en conjunto con su administrador del caso en la planificación de su cuidado;
- No ser obligado a contestar preguntas o a hacer algo que no quiere hacer;
- Ser informado por escrito acerca de las decisiones de la agencia y recibir una copia del resumen de su plan de cuidado o plan de apoyo;
- Hablar con un supervisor si usted y su trabajador de servicios sociales no están de acuerdo;
- Solicitar una audiencia administrativa incluso si ha presentado una queja;

- Presentar una queja sin temor de ser perjudicado, incluso si ha solicitado una audiencia administrativa;
- Hablar con un defensor llamando al 1-888-201-1014;
- Rechazar todos los servicios;
- Ser provisto de servicios de interpretación sin cargo si usted no puede hablar o entender inglés con fluidez;
- Elegir, despedir o cambiar a un proveedor calificado; y
- Recibir los resultados de la verificación de antecedentes de cualquier proveedor individual que usted elija.

Sus responsabilidades

Usted tiene la responsabilidad de:

- Permitir que el asistente del caso complete su evaluación al menos una vez al año en un lugar conveniente para usted;
- Permitir que el asistente del caso vea su entorno de vida al menos una vez al año;
- Darnos suficiente información para completar su evaluación;
- Informar a su asistente del caso si alguien más toma decisiones médicas o financieras por usted;
- Participar en el desarrollo de su plan de cuidado o plan de apoyo y firmarlo;
- Comprender que su proveedor no puede recibir pago por servicios u horas que no estén autorizados;
- Escoger su propia atención médica;
- Escoger un proveedor calificado;
- Proporcionar un lugar de trabajo seguro;
- Mantener con carácter confidencial las verificaciones de antecedentes del proveedor;
- Informar a su administrador del caso si está teniendo problemas con su proveedor o si usted no está recibiendo las horas reclamadas por su proveedor;
- Pagar a su proveedor cada mes si ayuda a pagar por su atención;
- No actuar de una manera que pueda poner en peligro a alguien; e
- Informar a su administrador del caso si se produce un cambio en:
 - ✓ Su condición médica;
 - ✓ La ayuda que recibe de su familia o de otras agencias;
 - ✓ Dónde vive; o
 - ✓ Su situación financiera.



Responsabilidades del administrador del caso

Su administrador del caso es responsable de:

- Tratarlo con dignidad y respeto;
- Mantener su privacidad;
- Notificarle lo que AL TSA y DDA pueden y no pueden hacer por usted;
- Obtener información de usted y de otras personas para realizar una evaluación con el fin de determinar su nivel de asistencia y decidir qué servicios puede elegir.
 - ✓ La evaluación incluirá sus fortalezas, limitaciones, objetivos y preferencias.
 - ✓ La evaluación incluirá la ayuda que ya está recibiendo o que puede obtener de la familia u otras agencias y cómo quiere que se realicen los servicios;
- Ayudarle a desarrollar un plan de cuidado o plan de apoyo que se ocupe de la asistencia con el cuidado personal e incluya sus objetivos, preferencias y selecciones personales;
- Obtener información de usted y de otras personas para actualizar su plan de cuidado o plan de apoyo cada año o cuando cambie su condición;
- Darle tiempo suficiente para proporcionar la información que se necesita;
- Tratar los problemas con su plan de cuidado o plan de apoyo a medida que surjan;
- Respetar sus derechos y brindar más ayuda en el acceso a los servicios si tiene impedimentos mentales, neurológicos, sensoriales o físicos; y
- Ayudarle a encontrar un proveedor calificado si usted no es capaz de encontrar uno.

Directivas anticipadas

Usted tiene derecho a elaborar directivas anticipadas. Las directivas anticipadas pueden incluir un testamento en vida o una carta poder duradera para su atención médica. Las directivas anticipadas resumen sus deseos acerca de la atención médica y/o atención de salud mental, incluyendo el derecho a aceptar o rechazar tratamiento médico, de salud mental o quirúrgico, cuando usted no tiene la capacidad mental para tomar esas decisiones. Usted puede revocar sus directivas anticipadas en cualquier momento.

Aviso para clientes y empleados (Títulos VI y VII) El Departamento de Servicios Sociales y de Salud del Estado de Washington es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades y no discrimina en ninguna área de sus empleos, sus programas o sus servicios con base en edad, sexo, orientación sexual, género, identidad o expresión de género, estado civil, raza, credo, color, nacionalidad, religión o creencias, afiliación política, situación militar, condición de veterano honorablemente retirado, de la era de Vietnam, recientemente separado u otra situación protegida de veterano, la presencia de cualquier discapacidad sensorial, mental o física, o el uso de un perro guía entrenado o animal de servicio por una persona con discapacidad, por paga igualitaria o información genética.

Servicio de registro de votante

La Ley Nacional de Registro de Votantes de 1993 requiere que todos los estados brinden ayuda para el registro de votantes mediante sus oficinas de asistencia pública. Hacer una solicitud para registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará los servicios o el monto de los beneficios que le brindará esta agencia. Si desea ayuda para completar el formulario de registro de votante, le ayudaremos a hacerlo. Su decisión de registrarse o negarse a registrarse se mantendrá confidencial y sólo se usará para fines de registro de votante. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, con su derecho a la privacidad al decidir si registrarse para votar o al solicitar su registro para votar, o con su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una denuncia ante:

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

Su firma

Firme en la línea a continuación si comprende sus derechos y responsabilidades y comprende las responsabilidades de su administrador del caso.

FIRMA DEL CLIENTE

FECHA

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

FECHA

**Sus derechos y responsabilidades cuando recibe servicios ofrecidos por
la Administración de Adultos Mayores y Apoyo a Largo Plazo y la Administración de Discapacidades del
Desarrollo**

INSTRUCCIONES

1. Presente este formulario al cliente cuando complete la evaluación CARE inicial y al revisar el plan de cuidado o el plan de apoyo. Si el consumidor ya recibe servicios y no firmó anteriormente esta versión del formulario, presente el formulario al cliente en la siguiente evaluación. Repase el formulario con el cliente para responder cualquier pregunta sobre los derechos y responsabilidades del cliente.
2. Haga que el cliente o el representante del firmen dos copias del formulario para indicar que comprenden los derechos y responsabilidades del cliente al recibir servicios ofrecidos por la Administración de Adultos Mayores y Apoyo a Largo Plazo y la Administración de Discapacidades del Desarrollo.
3. Archive una copia en el archivo fijo o el sistema de gestión de documentos (por sus siglas en inglés, "DMS") y entregue la otra copia al cliente.