

Vaše práva a povinnosti, ak poberáte služby, ktoré poskytujú správy Aging and Long-Term Support Administration a Developmental Disabilities Administration

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

MENO KLIENTA

IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO ACES

Dostupné služby

Máte právo si vybrať zo služieb, na ktorých poberanie máte oprávnenie. Služby sú dobrovoľné. Služby, ktoré hradí Aging and Long-Term Support Administration (AL TSA) a Developmental Disabilities Administration (DDA), vám nemusia pomôcť uspokojiť všetky vaše potreby.

AL TSA a DDA poskytujú služby v týchto objektoch:

- Domácnosť dospeljej rodiny, zariadenie asistovaného bývania, zariadenie rozšírených služieb, ošetrovateľské zariadenie, domácnosť so spoločníkom, detský pestúnsky domov, detský domov s licencovanými pracovníkmi; skupinové domovy DDA, domovy skupinového výcviku, ICF/ID; ALEBO
- Domácnosť osoby. **Poznámka:** AL TSA a DDA neposkytujú platené služby osobnej starostlivosti 24 hodín denne v domácnosti osoby. Ak sa vyžaduje 24-hodinová starostlivosť, môžu sa zväziť ďalšie možnosti služieb.

Váš koordinátor prípadu AAA, správca zdroja prípadu DDA alebo odborník na sociálne služby HCS sa v tomto dokumente nazýva **sociálny pracovník**.

Vaše práva

Máte právo na:

- Liečbu poskytovanú dôstojne, s rešpektom a bez diskriminácie;
- Zachovanie dôvernosti informácií o vás v medziach právnych predpisov a pravidiel DSHS;
- Zaobchádzanie bez zneužívania, zanedbávania alebo využívania; ak vás alebo niekoho, koho poznáte, zneužívajú, zanedbávajú alebo využívajú, zavolajte na bezplatné telefónne číslo DSHS 1-866-(End Harm) / 1-866-363-4276 a porozprávajte sa s pracovníkom, ktorý vám môže pomôcť;
- Ohľaduplné zaobchádzanie s vaším majetkom;
- Informovanie o všetkých službách, ktoré môžete poberať, a výber služieb, ktoré chcete alebo nechcete;
- Spoluprácu s vaším sociálnym pracovníkom pri plánovaní starostlivosti o vás;
- Dobrovoľné zodpovedanie otázok alebo vykonávanie toho, čo nechcete urobiť;
- Písomné oznámenie rozhodnutí agentúry a získanie kópie vášho plánu starostlivosti alebo súhrnu plánu podpory;
- Rozhovor s nadriadeným pracovníkom, ak dôjde k rozporu medzi vami a vaším sociálnym pracovníkom;
- Požiadanie o správne prerokovanie, aj keď ste podali sťažnosť.

- Podajte sťažnosť bez akejkoľvek obavy z ujmy, aj keď ste požiadali o správne prerokovanie;
- Porozprávajte sa s obhajcom na telefónnom čísle 1-888-201-1014;
- Odmietnite všetky služby;
- Ak nehovoríte alebo nerozumiete dobre anglicky, požiadajte o služby tlmočníka poskytované bezplatne;
- Zvoľte si spôsobilého poskytovateľa alebo ho prepustte či vymeňte; a
- Získajte výsledky preverky osoby pre každého jednotlivého poskytovateľa, ktorého si vyberiete.

Vaše povinnosti

Nesiete zodpovednosť za to, že:

- Sociálnemu pracovníkovi umožníte aspoň raz ročne vykonať vaše posúdenie v mieste, ktoré vám vyhovuje;
- Sociálnemu pracovníkovi umožníte aspoň raz ročne prezrieť prostredie, v ktorom žijete;
- Nám poskytnete dostatok informácií na vykonanie vášho posúdenia;
- Svojmu sociálnemu pracovníkovi poviete, ak za vás niekto iný robí zdravotné a finančné rozhodnutia;
- Sa zúčastníte na vypracovaní vášho plánu starostlivosti a podpory a podpíšete ho;
- Pochopíte, že vašmu poskytovateľovi nie je možné platiť za služby alebo hodiny, ktoré nie sú povolené;
- Si zvolíte vlastnú zdravotnú starostlivosť;
- Si vyberiete spôsobilého poskytovateľa;
- Poskytnete bezpečné miesto na prácu;
- Zachováte dôvernosť preverky osoby poskytovateľa;
- Svojmu sociálnemu pracovníkovi poviete, ak budete mať problémy so svojím poskytovateľom alebo ak počet hodín, ktoré vám poskytovateľ poskytne, nebude zodpovedať počtu hodín, ktoré si nárokuje poskytovateľ;
- Svojmu poskytovateľovi zaplatíte každý mesiac, ak budete finančne prispievať na starostlivosť o vás;
- Nebudete konať spôsobom, ktorý by kohokoľvek ohrozil; a
- Svojmu sociálnemu pracovníkovi poviete, ak nastane zmena:
 - ✓ Vášho zdravotného stavu;
 - ✓ V pomoci, ktorú vám poskytuje rodina alebo iné agentúry;
 - ✓ V mieste, kde žijete; alebo
 - ✓ Vašej finančnej situácie.



Povinnosti sociálneho pracovníka

Váš sociálny pracovník je zodpovedný za:

- Vašu liečbu poskytovanú dôstojne a s rešpektom;
- Zachovávanie vášho súkromia;
- Informovanie o tom, čo pre vás môžu ALTSA a DDA urobiť alebo nie;
- Získanie informácií od vás a iných osôb na vykonanie posúdenia s cieľom určiť úroveň pomoci, ktorú potrebujete, a rozhodnúť, z akých služieb si môžete vybrať.
 - ✓ Súčasťou posúdenia budú vaše silné stránky, obmedzenia, ciele a preferencie.
 - ✓ Posúdenie bude zahŕňať pomoc, ktorá sa vám už poskytuje, príp. ktorú vám môže poskytnúť rodina alebo iné agentúry, a vami požadovaný spôsob poskytovania služieb;
- Poskytnutie pomoci pri vypracovaní plánu starostlivosti alebo plánu podpory, ktorý sa zameriava na pomoc pri osobnej starostlivosti a zahŕňa vaše osobné ciele, preferencie a voľby;
- Získanie informácií od vás alebo iných osôb s cieľom aktualizovať váš plán starostlivosti alebo plán podpory každý rok alebo ak nastane zmena vášho stavu;
- Poskytnutie dostatočného času, ktorý potrebujete na poskytnutie potrebných informácií;
- Riešenie problémov s vaším plánom starostlivosti alebo plánom podpory, ak sa vyskytnú;
- Rešpektovanie vašich práv a poskytnutie ďalšej pomoci pri posudzovaní služieb, ak máte mentálnu, neurologickú, zmyslovú alebo fyzickú poruchu; a
- Poskytnutie pomoci pri hľadaní spôsobilého poskytovateľa, ak nie ste schopní si takého nájsť.

Predbežné pokyny

Máte právo na vykonanie predbežných pokynov. Predbežné pokyny môžu zahŕňať rozhodnutie o udržiavaní pri živote na prístrojoch alebo trvalé splnomocnenie týkajúce sa zdravotnej starostlivosti. V predbežných pokynoch sú obsiahnuté vaše želania týkajúce sa lekárskej starostlivosti alebo starostlivosti o duševné zdravie vrátane práva prijať alebo odmietnuť lekárske ošetrenie, ošetrenie týkajúce sa duševného zdravia alebo chirurgické ošetrenie, ak nie ste duševne spôsobilí o nich rozhodnúť. Svoje predbežné pokyny môžete kedykoľvek odvolať.

Oznámenie pre zákazníkov a zamestnancov (Hlava VI a VII) Washington State Department of Social and Health Services je zamestnávateľom, ktorý poskytuje rovnaké príležitosti a nediskriminuje v žiadnej oblasti zamestnania, svojich programov alebo služieb na základe veku, pohlavia, sexuálnej orientácie, rodu, rodovej identity/vyjadrenia, rodinného stavu, rasy, vierovyznania, farby pleti, národnostného pôvodu, náboženstva alebo viery, politickej príslušnosti, vojenského statusu, statusu čestne prepusteného veterána, vietnamskej éry, statusu nedávno vylúčeného alebo iného chráneného veterána, prítomnosti akéhokoľvek zmyslového, duševného, fyzického postihnutia alebo používania trénovaného slepeckého psa alebo služobného zvieratá osobou so zdravotným postihnutím, rovnakej mzdy alebo genetických informácií.

Služba registrácie voličov

Vnútroštátny zákon o registrácii voličov z roku 1993 vyžaduje, aby všetky štáty poskytovali prostredníctvom svojich verejných asistenčných kancelárií pomoc pri registrácii voličov. Podanie žiadosti o registráciu voliča alebo odmietnutie jeho registrácie nebude mať vplyv na služby alebo množstvo výhod, ktoré vám táto agentúra bude poskytovať. Ak si želáte pomôcť pri vypĺňaní registračného formulára voliča, pomôžeme vám. Vaše rozhodnutie zaregistrovať sa alebo odmietnuť registráciu sa bude považovať za dôverné a použije sa iba na účely registrácie voličov. Ak sa domnievate, že niekto porušil vaše právo na registráciu voliča alebo zrušenie registrácie voliča, vaše právo na ochranu súkromia pri rozhodovaní, či sa máte zaregistrovať, alebo pri podávaní žiadosti o zaregistrovanie na účely volieb, prípadne vaše právo zvoliť si politickú stranu alebo inú politickú preferenciu, môžete podať sťažnosť na:

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

Váš podpis

Ak rozumiete svojim právam a povinnostiam, ako aj povinnostiam svojho sociálneho pracovníka, podpíšte sa do riadka nižšie.

PODPIS KLIENTA

DÁTUM

PODPIS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU

DÁTUM

**Vaše práva a povinnosti, ak poberáte služby, ktoré poskytujú
správy Aging and Long-Term Support Administration a Developmental Disabilities Administration**

POKYNY

1. Tento formulár poskytnite klientovi pri vykonávaní počiatočného posúdenia CARE a preskúmaní plánu starostlivosti a plánu podpory. Ak klient už poberá služby a túto verziu formulára predtým nepodpísal, formulár poskytnite klientovi pri nasledujúcom posúdení. Spoločne s klientom preskúmajte formulár a zodpovedajte prípadné otázky týkajúce sa práv a povinností klienta.
2. Dajte klientovi alebo zástupcovi klienta podpísať dve kópie formulára, aby podpisom vyjadrili, že porozumeli právam a povinnostiam klienta pri poberaní služieb, ktoré poskytujú správy Aging and Long-Term Support Administration a Developmental Disabilities Administration.
3. Jednu kópiu založte do spisu alebo do systému správy dokumentov (Document Management System, DMS) a druhú kópiu dajte klientovi.