

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

ชื่อผู้รับบริการ
เลขประจำตัว ACES

บริการที่ใช้ได้

ท่านมีสิทธิที่จะเลือกรับบริการที่ท่านอาจมีสิทธิได้รับการให้บริการนั้นเป็นไปตามความสมัครใจ การให้บริการซึ่งเจ้าหน้าที่ฝ่ายให้ความช่วยเหลือระยะยาวแก่ผู้สูงอายุ (AL TSA) และเจ้าหน้าที่ฝ่ายพัฒนาการบุคคลทุพพลภาพ (DDA) อาจให้บริการอาจจะไม่ช่วยเหลือท่านได้ตามความต้องการในทุกๆ เรื่อง

- บ้านพักผู้ใหญ่ การให้ความช่วยเหลือทางด้านความเป็นอยู่ การให้ความช่วยเหลือทางด้านบริการพิเศษ การให้ความช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาล สถานเลี้ยงเด็กที่ได้รับใบอนุญาต บ้านในกลุ่มฝ่ายพัฒนาการบุคคลทุพพลภาพ บ้านการฝึกฝนเป็นกลุ่ม IFC/ID หรือ
- บ้านส่วนบุคคล **หมายเหตุ** AL TSA และ DDA ไม่มีบริการการดูแลส่วนบุคคลตลอด 24 ชั่วโมงในบ้านส่วนบุคคล หากต้องการรับบริการการดูแลตลอด 24 ชั่วโมงอาจจะต้องพิจารณาเลือกใช้บริการอื่น

ผู้จัดการการดูแล AAA ของท่าน
ผู้จัดการทรัพยากรฝ่ายพัฒนาการบุคคลทุพพลภาพหรือผู้เชี่ยวชาญการบริการสังคม HCS ในเอกสารนี้ เรียกว่า **ผู้ดูแล**

สิทธิของท่าน

ท่านมีสิทธิที่จะ

- ได้รับการปฏิบัติอย่างมีเกียรติ เคารพ และปราศจากการเลือกปฏิบัติ
- ได้รับการเก็บรักษาข้อมูลของท่านไว้เป็นความลับตามขอบเขตของกฎหมายหรือกฎหมายของ DSHS (กรมบริการสุขภาพและสังคม)
- ไม่ถูกล่วงละเมิด ละเลย เอาเปรียบทางการเงินหรือทอดทิ้ง หากท่านหรือบุคคลที่ท่านรู้จักถูกล่วงละเมิด ละเลย หรือเอาเปรียบ โปรดติดต่อสายด่วน DSHS โดยไม่มีค่าใช้จ่ายที่หมายเลข 1-866-363-4276 เพื่อติดต่อกับพนักงานที่อาจช่วยเหลือท่านได้
- ได้รับการดูแลทรัพย์สินของท่านด้วยความเคารพ
- ได้รับแจ้งเกี่ยวกับบริการที่ท่านสามารถรับได้และเลือกบริการที่ท่านต้องการหรือไม่ต้องการได้
- ทำงานเป็นหุ้นส่วนร่วมกันกับผู้ดูแลในการวางแผนการดูแลของท่าน
- บอกรับบริการการจัดการเพิ่มเติมที่ท่านไม่ต้องการรับ (อย่างไรก็ตาม ท่านจะต้องอนุญาตให้ผู้ดูแลกระทำการต่อไปนี้อย่างหนึ่งครั้งต่อปีเพื่อรับบริการ ทำการประเมินจนเสร็จสมบูรณ์ เยี่ยมพบท่านที่บ้านและควบคุมการส่งมอบบริการให้แก่ท่าน)
- ไม่มีการบังคับให้ตอบคำถามหรือกระทำการอันใดที่ท่านไม่ต้องการ

- ได้รับการบอกกล่าวคำตัดสินของผู้แทนเป็นลายลักษณ์อักษรและได้รับสำเนาแผนการดูแลของท่านหรือข้อสรุปแผนการให้ความช่วยเหลือ
- พุดคุยกับผู้ควบคุมดูแลหากท่านหรือผู้ดูแลของท่านไม่อาจตกลงกันได้
- ร้องขอให้มีการไต่สวนทางการบริหารจัดการ หากท่านได้มีคำร้องทุกข์
- ทำการร้องทุกข์โดยไม่ต้องเกรงกลัวหรือได้รับอันตราย หากท่านได้ร้องขอให้มีการไต่สวนทางการบริหารจัดการ
- พุดคุยกับผู้ให้ความช่วยเหลือโดยโทร 1-888-201-1014
- ปฏิเสธไม่รับบริการทั้งหมด
- รับบริการสามโดยไม่มีค่าใช้จ่ายหากท่านไม่สามารถพูดหรือไม่เข้าใจภาษาอังกฤษได้เป็นอย่างดี
- เลือก ถอดถอน หรือเปลี่ยนแปลงผู้ให้บริการที่มีคุณสมบัติ และ
- รับผลการตรวจสอบภูมิหลังสำหรับผู้ให้บริการอิสระที่ท่านเลือก

หน้าที่ของท่าน

ท่านมีหน้าที่ที่จะต้อง

- อนุญาตให้ผู้ดูแลทำการประเมินให้เสร็จสมบูรณ์อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้งในสถานที่ที่ท่านสะดวก
- อนุญาตให้ผู้ดูแลเข้าข่มสภาพความเป็นอยู่ของท่านอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง
- ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องพอต่อทางเจ้าหน้าที่เพื่อให้ทำการประเมินได้จนเสร็จสมบูรณ์
- แจ้งให้ผู้ดูแลทราบหากมีบุคคลอื่นใดทำการตัดสินใจทางการแพทย์หรือทางการเงินแทนท่าน
- เข้าร่วมในการพัฒนาการรักษาพยาบาลหรือแผนการให้ความช่วยเหลือของท่าน และลงชื่อเข้าร่วม
- ทำความเข้าใจว่าผู้ให้บริการของท่านไม่อาจได้รับชำระเงินจากการให้บริการหรือรายชั่วโมงที่ให้บริการได้หากมิได้รับอนุญาต
- เลือกการดูแลสุขภาพของตัวเอง
- เลือกผู้ให้บริการที่มีคุณสมบัติเหมาะสม
- จัดเตรียมสถานที่ปฏิบัติงานที่มีความปลอดภัย
- รักษาการตรวจสอบของผู้ให้บริการไว้เป็นความลับ
- หากท่านเลือกผู้ให้บริการอิสระ
 - ✓ ทำความเข้าใจว่าท่านเป็นผู้ว่าจ้างและผู้ให้บริการอิสระของท่านจะต้องทำสัญญากับท่านก่อนการได้รับชำระเงินให้ปฏิบัติงานให้แก่ท่าน และ
 - ✓ ยืนยันความถูกต้องของผู้ให้บริการอิสระของท่านที่ได้ปฏิบัติงานให้แก่ท่านในตารางบันทึกเวลาของผู้ให้บริการ



หน้าที่ของท่าน (ต่อ)

- แจ้งให้ผู้ดูแลของท่านทราบหากท่านมีปัญหาเกี่ยวกับผู้ให้บริการหรือหากไม่ได้รับการบริการตามชั่วโมงที่ผู้ให้บริการได้กล่าวอ้างไว้
- ชำระเงินให้แก่ผู้ให้บริการทุกเดือนหากท่านช่วยชำระเงินสำหรับการดูแลของท่าน
- ไม่กระทำการใดซึ่งทำให้บุคคลหนึ่งใดตกอยู่ในอันตราย และ
- แจ้งให้ผู้ดูแลของท่านทราบหากมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้
 - ✓ อาการของท่าน
 - ✓ ความช่วยเหลือที่ท่านได้จากครอบครัวหรือหน่วยงานอื่นๆ
 - ✓ ที่อยู่ของท่าน หรือ
 - ✓ สถานการณ์ทางการเงินของท่าน

หน้าที่ของผู้ดูแล

ผู้ดูแลของท่านมีหน้าที่

- ปฏิบัติต่อท่านอย่างมีเกียรติและด้วยความเคารพ
- รักษาความลับของท่าน
- แจ้งให้ท่านทราบว่า AL TSA และ DDA สามารถทำอะไรได้และไม่สามารถทำอะไรให้แก่ท่านได้
- เก็บข้อมูลจากท่านหรือบุคคลอื่นเพื่อทำการประเมินและกำหนดระดับการให้ความช่วยเหลือของท่านและตัดสินใจว่าท่านสามารถเลือกบริการใดได้บ้าง
 - ✓ การประเมินจะต้องรวมถึงความแข็งแรง ข้อจำกัด เป้าหมายและความชอบของท่าน
 - ✓ การประเมินจะรวมถึงความช่วยเหลือซึ่งท่านได้รับอยู่ในปัจจุบันแล้วหรือสามารถได้จากครอบครัวหรือหน่วยงานอื่นๆ และท่านมีความต้องการให้บริการเป็นเช่นไร
- ให้ความช่วยเหลือแก่ท่านเพื่อพัฒนาแผนการดูแลและการให้ความช่วยเหลือซึ่งช่วยให้ความช่วยเหลือในด้านการดูแลรักษาส่วนตัว รวมทั้งเป้าหมาย ความชอบ และทางเลือกส่วนบุคคลของท่าน
- เก็บข้อมูลจากท่านและบุคคลอื่นเพื่อปรับปรุงแผนการดูแลและการให้ความช่วยเหลือของท่านให้ทันสมัยตลอดทุกปีหรือเมื่ออาการของท่านมีการเปลี่ยนแปลง
- ให้เวลาที่เพียงพอแก่ท่านในการให้ข้อมูลที่จำเป็น
- แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับแผนการดูแลหรือการให้ความช่วยเหลือของท่าน
- เคารพในสิทธิของท่านและให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติมในการเข้าถึงบริการหากท่านมีความบกพร่องทางด้านการได้ยิน ระบบประสาท การรับรู้ หรือทางกายภาพ และ
- ช่วยท่านค้นหาผู้ให้บริการที่มีคุณสมบัติซึ่งท่านไม่อาจพบได้ด้วยตนเอง

คำสั่งล่วงหน้า

ท่านมีสิทธิที่จะออกคำสั่งล่วงหน้า คำสั่งล่วงหน้าอาจรวมถึงพินัยกรรมที่มีผลในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่หรือหนังสือมอบอำนาจสำหรับบริการทางสุขภาพของท่าน คำสั่งล่วงหน้าจะต้องสรุปความประสงค์ของท่านเกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาลทางด้านการแพทย์หรือทางด้านการจิตใจ รวมทั้ง สิทธิที่จะได้รับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาล การรักษาทางด้านการจิตใจ หรือการเข้ารับการผ่าตัด เมื่อท่านไม่สามารถทำการตัดสินใจในเรื่องดังกล่าวได้ ท่านอาจฝึกฝนคำสั่งล่วงหน้าของท่านได้ตลอดเวลาไม่ว่าในเวลาใด

บริการจดทะเบียนผู้มีสิทธิออกเสียง

พระราชบัญญัติการจดทะเบียนผู้มีสิทธิออกเสียงแห่งชาติ ค.ศ. 1993

กำหนดให้รัฐทั้งหมดจะต้องให้ความช่วยเหลือในด้านการจดทะเบียนแก่ผู้มีสิทธิออกเสียงโดยผ่านทางสำนักงานฝ่ายให้ความช่วยเหลือสาธารณะ

การยื่นจดทะเบียนหรือปฏิเสธไม่จดทะเบียนออกเสียงจะไม่มีผลต่อบริการหรือจำนวนผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากหน่วยงานนี้

หากท่านต้องการให้ความช่วยเหลือในการส่งต่อแบบจดทะเบียนผู้มีสิทธิออกเสียง ทางเจ้าหน้าที่จะช่วยเหลือท่าน การตัดสินใจของท่านท่านจะจดทะเบียนหรือปฏิเสธไม่จดทะเบียนออกเสียงจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และใช้สำหรับวัตถุประสงค์ในการจดทะเบียนผู้มีสิทธิออกเสียงเท่านั้น

หากท่านเชื่อว่ามีบุคคลหนึ่งใดได้ขัดขวางรบกวนสิทธิในการจดทะเบียนหรือปฏิเสธที่จะจดทะเบียน สิทธิที่จะเก็บรักษาการตัดสินใจจดทะเบียนหรือไม่จดทะเบียนของ ท่านไว้เป็นความลับ หรือสิทธิของท่านที่จะเลือกพรรคการเมืองหรือความพอใจทางการเมืองอื่นๆ ท่านอาจยื่นคำร้องทุกข์มายัง

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

ลงนาม

ลงนามในเส้นบรรทัดด้านล่างนี้หากท่านเข้าใจถึงสิทธิและหน้าที่ของท่าน และเข้าใจหน้าที่ของผู้ดูแลของท่านแล้ว

ลายมือชื่อผู้รับบริการ

วันที่

ลายมือชื่อของตัวแทนทางกฎหมาย

วันที่

หมายเหตุสำหรับลูกค้าและพนักงาน (Title VI และ VII)

กรมบริการสังคมและสุขภาพของรัฐวอชิงตันให้พนักงานมีโอกาสที่เท่าเทียมกันและไม่แบ่งแยกในการว่าจ้าง โปรแกรมหรือบริการใด ๆ ในด้านอายุ ความสนใจทางเพศ รสนิยมทางเพศ เพศ การระบบ/การแสดงออกทางเพศ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ หลักความเชื่อ สีดวงชาติกำเนิด ศาสนาหรือความเชื่อ ความพอใจทางการเมือง สถานะทางทหาร ทหารผ่านศึกที่ปลดประจำการอย่างมีเกียรติ ยุคสงครามเวียดนาม สถานะทหารผ่านศึกที่แยกเมื่อเร็ว ๆ นี้หรือที่ได้รับความคุ้มครองอื่นๆ การมีความทุพพลภาพใดๆ ด้านความรู้สึก อารมณ์ ร่างกาย หรือการใช้สุนัขนำทาง หรือสัตว์ที่ให้บริการโดยบุคคลที่มีความทุพพลภาพ คำตอบแทนที่เท่าเทียมหรือข้อมูลทางพันธุกรรม

**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.