

Ваші права та обов'язки під час отримання послуг, які пропонує Адміністрація з обслуговування престарілих та тривалого обслуговування та Адміністрація з обслуговування інвалідів
Your Rights and Responsibilities When You Receive Services Offered by Aging and Long-Term Support Administration and Developmental Disabilities Administration

ІМ'Я КЛІЄНТА
ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР ACES

Навні послуги

Ви можете обрати потрібну послугу з тих, які ви маєте право отримувати. Отримання послуг є добровільним. Послуги, які може оплатити Адміністрація з обслуговування престарілих та довготривалого обслуговування (AL TSA) та Адміністрація з обслуговування інвалідів (DDA), можуть не допомогти вам задовольнити усі ваші потреби.

AL TSA та DDA пропонують послуги у наступних установах:

- будинок престарілих, житло для осіб, що потребують допомоги, заклад з покращеними послугами, будинок престарілих з медичним обслуговуванням, будинок компаньйонів, дитячий будинок, будинок з ліцензією на проживання дітей, групові будинки DDA, будинки для групових тренувань, ICF/IDs; або
- У вашому власному домі. **ПАМ'ЯТАЙТЕ:** AL TSA та DDA не надають послуг з цілодобового персонального обслуговування на дому. Якщо ви бажаєте отримувати цілодобовий догляд, можна розглянути інші варіанти надання послуг.

Ваш менеджер справи AAA, менеджер з ресурсів DDA або HCS спеціаліст з соціального сервісу надалі згадуються у цьому документі як «особа, яка веде вашу справу» (case worker).

Ваші права

Ви маєте право:

- На ввічливе до себе поведіння, з повагою та без дискримінації;
- Щоб інформація стосовно вас утримувалася для службового використання в межах законів та правил відділу DSHS;
- Не зазнавати образ, недостатньої уваги, фінансової експлуатації або бути залишеними напризволяще; якщо ви, або хтось, кого ви знаєте, зазнали образи, будь ласка зателефонуйте безкоштовно до DSHS, департаменту з соціального та медичного обслуговування (Department of Social and Health Services), за номером 1-866-363-4276, щоб поговорити з працівником, який зможе вам допомогти;
- Щоб з вами гідно поводитися, шануючи ваші права;
- Щоб вам повідомили про всі послуги, які ви можете отримати, а ви маєте право обрати, які послуги ви хочете отримувати, а які ні;
- Працювати у партнерстві з особою, яка веде вашу справу, під час планування вашого обслуговування;
- Відмовлятися від додаткових послуг, які ви не хочете отримувати (однак, для отримання послуг ви повинні дозволити особі, яка веде вашу справу, робити наступне принаймні раз на рік: виконати оцінку вашого стану та майна; відвідати вашу домівку та перевіряти надання вам послуг);
- Щоб від вас не вимагали відповідей на запитання або виконання того, що ви не бажаєте робити;

- Отримати повідомлення в письмовій формі стосовно рішень агенції та отримати копію вашого плану догляду або короткий опис послуг допомоги;
- Звернутися до наглядча, якщо ви та особа, яка веде вашу справу, не погоджуєтесь;
- Направити запит на проведення адміністративного слухання, навіть якщо ви вже направили скаргу;
- Направити скаргу без побоювання або збитків, навіть якщо ви вже направили запит на проведення адміністративного слухання;
- Звернутися до адвоката, зателефонувавши 1-888-201-1014
- Відмовитися від отримання всіх послуг;
- Безкоштовно отримати послуги усного перекладача, якщо ви добре не розмовляєте або не розумієте англійську мову;
- Обрати, звільнити або змінити кваліфікованого надавача послуг; та
- Отримати результати перевірки даних біографії для кожної окремого надавача послуг, якого ви обрали.

Ваші обов'язки

Ви зобов'язані:

- Дозволити особі, яка веде вашу справу, виконати оцінку вашого стану принаймні раз на рік у зручному для вас місці;
- Дозволити особі, яка веде вашу справу, проводити огляд вашого житлового оточення принаймні раз на рік;
- Надати нам достатньо інформації для проведення оцінки вашого стану здоров'я;
- Повідомити особу, яка веде вашу справу, якщо хтось інший приймає медичні або фінансові рішення для вас;
- Приймати участь у розробці вашого плану з піклування або підтримки та підписати його;
- Розуміти, що вашому надавачеві послуг не можуть бути оплачені послуги, або години, які не затверджено;
- Обрати свій власний план медичної допомоги;
- Обрати кваліфікованого надавача послуг;
- Надати безпечне місце роботи;
- Тримати результати перевірки даних біографії надавача послуг для особистого користування;
- Якщо ви обрали надавача індивідуальних послуг (Individual Provider, IP):
 - ✓ Розуміти, що ви є роботодавцем і ваш IP повинен мати контракт перед тим, як отримати платню за виконану для вас роботу; та
 - ✓ Підтвердити час, який ваш IP працював на вас, у вашому розкладі;



Ваші обов'язки (продовження)

- Повідомити особі, яка веде вашу справу, якщо у вас виникли проблеми з надавачем послуг, або якщо ви не отримуєте послуги на протязі часу, вказаного надавачем послуг;
- Щомісяця сплачувати гроші надавачеві послуг, якщо ви допомагаєте платити за свій догляд;
- Ні в якому разі не призводити до виникнення небезпеки для будь-якої особи; та
- Повідомити особі, яка веде вашу справу, про зміни у:
 - ✓ Стані вашого здоров'я;
 - ✓ Допомозі, яку ви отримуєте від сім'ї або інших агенцій;
 - ✓ Місці вашого проживання; або
 - ✓ Вашій фінансовій ситуації.

Відповідальність особи, яка веде вашу справу

Особа, яка веде вашу справу, повинна:

- Поводитися з вами чемно та з повагою;
- Не порушувати ваші права на особисте життя;
- Повідомляти вам про те, що можуть або не можуть зробити для вас ALTA та DDA;
- Отримати інформацію від вас та інших з метою проведення оцінки для визначення рівня допомоги, який ви потребуєте, та прийняття рішення, з яких послуг ви можете обрати потрібні вам.
 - ✓ Оцінка буде включати ваші сили, обмеження, цілі та уподобання.
 - ✓ Оцінка включатиме допомогу, яку ви вже отримуєте або можете отримати від своєї сім'ї чи інших агенцій, та опис ваших побажань стосовно надання послуг;
- Допомогати вам у розробці плану догляду або плану підтримки, що адресується до оцінки персонального догляду та включає ваші персональні цілі, уподобання та вибір;
- Отримати інформацію від вас та інших осіб з метою оновлювати ваш план догляду або план допомоги щорічно, або в той час, коли ваш стан здоров'я зміниться;
- Надати вам достатньо часу для забезпечення нас потрібною інформацією;
- Намагатися вирішити проблеми щодо вашого плану догляду або плану допомоги, якщо такі проблеми виникнуть;
- Поважати ваші права та надавати більше допомоги в оцінці послуг, якщо у вас є ураження психічного стану, нервової системи, порушення чутливості або фізичні захворювання; та
- Допомогати вам знайти кваліфікованого надавача послуг, якщо ви не в змозі знайти такого самостійно.

Попередні вимоги

У вас є право скласти попередні вимоги. Попередні вимоги можуть включати заповіт на випадок смерті або чинне доручення, завірене нотаріусом, щодо надання вам медичної допомоги. Попередні вимоги підсумовують ваші бажання щодо медичної допомоги та/або психіатричної допомоги, в тому числі здійснення права прийняти або відмовитись від проведення медикаментозного лікування, лікування психічних порушень або хірургічного втручання в той час, коли ви не будете мати розумових здатностей прийняти такі рішення. Ви можете відкликати свої попередні вимоги у будь-який час.

Послуга реєстрації особи, яка має право голосу

Національний закон 1993 року про реєстрацію осіб, які мають право голосу, вимагає від усіх штатів забезпечення допомоги у реєстрації таких осіб у своїх офісах суспільної допомоги. Надання заяви з метою реєстрації для участі в голосуванні або відмова від реєстрації для участі в голосуванні не вплине на послуги або на кількість пільг, що вам надає агенція. Якщо ви хочете отримати допомогу при заповненні форми для реєстрації осіб, які мають право голосу, ми допоможемо вам. Ваше рішення стосовно реєстрації - зробити це чи ні - буде утримуватися конфіденційно та його використовують тільки для цілей реєстрації осіб, які мають право голосу. Якщо ви вважаєте, що будь-яка особа втручається у ваші права зареєструватися для участі в голосуванні або відмовитися від реєстрації для участі в голосуванні, ваші права на прийняття приватного рішення стосовно реєстрації, або ваші права на обрання своєї власної політичної партії чи інші політичні пріоритети, ви можете направити скаргу за адресою:

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

Ваш підпис

Поставте свій підпис нижче, якщо ви розумієте ваші права та обов'язки та обов'язки особи, яка веде вашу справу.

ПІДПИС КЛІЄНТА

ДАТА

ПІДПИС ОФІЦІЙНОГО ПРЕДСТАВНИКА

ДАТА

Повідомлення для клієнтів та працівників (Розділи Title VI та VII): Департамент охорони здоров'я та соціального забезпечення штату Вашингтон (Washington State Department of Social and Health Services) є роботодавцем, який надає рівні можливості і не допускає, на території працевлаштування, реалізації програм та обслуговування, дискримінації за віком, статтю, сексуальною орієнтацією, гендерною ідентичністю, гендерним самовираженням, сімейним станом, расовою приналежністю, етнічним походженням, кольором шкіри, національною приналежністю, віросповіданням або релігійними переконаннями, політичними поглядами, статусом військовослужбовця, статусом ветерана, що звільнився з лав збройних сил із позитивною характеристикою, статусом ветерана в'єтнамської війни, статусом особи, яка нещодавно перейшла на роздільне мешкання, або за іншим соціально захищеним статусом ветерана, за фактом наявності будь-якої сенсорної, психічної або фізичної інвалідності або за фактом використання спеціально навченого собаки або іншої тварини особою з ознаками інвалідності, а також у зв'язку із принципом рівності оплати праці або із генетичною інформацією.

**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.