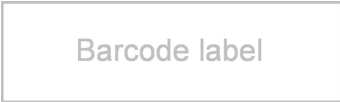


接受由老化与长期支持管理处提供的
MAC 或 TSOA 服务时的权利与责任
Your Rights and Responsibilities When You Receive MAC or TSOA
Services Offered by Aging and Long-Term Support Administration

个案当事人姓名
个案当事人资格审定自动系统(ACES)识别号码

<p>可提供的服务</p> <p>您有权在您有资格获得的服务中进行选择。是否接受服务纯属自愿。老化与长期支持管理处(ALTSA)可支付的服务可能无法满足您的所有需求。</p> <p>ALTSA 在个人自己家里提供 MAC 和 TSOA 服务；但不提供在患者自己家里进行的每天 24 小时昼夜个人看护或替代看护服务。若希望获得 24 小时昼夜照护服务，可以考虑其它服务选项和设施。</p>	<p>您的责任</p> <p>您有如下责任：</p> <ul style="list-style-type: none"> 让个案工作人员在对您方便的地点完成您的评估和看护计划，每年至少一次； 让个案工作人员查看您的生活环境，每年至少一次； 向我们提供充分的情况，以完成对您的评估和财务申请； 如果您请其他人代您做出医疗或财务决定，应告诉您的个案工作人员（可能需要证明）； 参与制定您的照护计划； 明白提供者无法支付未经个案工作人员授权的服务或服务小时； 选择您的的医疗保健服务； 选择所选并有资格获得的服务对应的 DSHS 合格服务提供者； 如果需要重新安排与他们的预约，则联系您的服务提供者； 了解您已经选择的提供个人照护或替代看护服务的家庭照护机构： <ul style="list-style-type: none"> ✓ 当他们有家庭照护人员时，他们将为您提供服务； ✓ 必须提前安排您的家中服务预约； ✓ 如果您的家庭照护人员如约来到您家，但您两次或两次以上不在家，可以拒绝为您服务； ✓ 可以根据他们的运输政策为您提供有限的运输（注意：这可能意味着他们不会提供您要求的所有运输）； 提供一个安全的工作环境； 如果您与您的服务提供者之间发生问题，或者您并未获得您的服务提供者所申报的服务小时，应告诉您的个案工作人员； 不应做出会使任何人处于危险的行为；而且 如果以下任何情况发生变化，应告诉您的个案工作人员： <ul style="list-style-type: none"> ✓ 您的健康状况； ✓ 您从家庭成员或服务提供者获得的帮助； ✓ 您的居住地址，您的电话号码；或者 ✓ 您的财务状况。
<p>在本文件中，AAA 个案管理员、HCS 社会服务专家或 HCS 财务工作人员被称为个案工作人员。</p>	
<p>您的权利</p> <p>您有如下权利：</p> <ul style="list-style-type: none"> 受到尊重、礼待，且不受歧视； 使您的个人情况在法律允许的限度内以及社会福利服务部 (DSHS) 规则允许的限度内受到隐私保护； 不受虐待、忽视、经济剥削或遗弃；如果您或您认识的人受到虐待、忽视或剥削，请拨打 DSHS 免费电话 1-866-(End Harm) / 1-866-363-4276 与能够帮助您的员工交谈； 使您的财产受到尊重； 获知您可得到的所有各项服务选择，并就您希望获得或不希望获得的服务做出选择； 与您的个案工作人员共同制定您的照护计划； 免在他人强制下回答问题或者从事您不情愿的事情； 以书面方式获知本机构的决定，并获得您的照护计划的副本； 您与个案工作人员发生意见分歧时，与该位个案工作人员的上司交谈； 即使您已经提出投诉，仍可提请举行一次行政听证会； 即使您已经提请举行一次行政听证会，仍可提出投诉，而不必担心自己会受到伤害； 致电 1-888-201-1014，与辩护律师交谈； 拒绝任何或所有服务； 如果您不会讲英语或不太懂英语，请求为您免费提供口译服务；以及 选择或更换符合资格的 DSHS 服务提供者。 	



个案工作人员责任

您的个案工作人员负责：

- 以尊重和礼遇对待您；
- 保护您的隐私权；
- 告诉您 **AL TSA** 可以或不可以为您提供服务；
- 从您和其他人处获取信息，进行评估并制定照护计划，包括：
 - ✓ 您的目标及您选择的可能会帮助您的服务；
 - ✓ 您选择的为您提供所选的服务/支持的服务提供者；
- 从您和其他人收集信息，至少每年或需要变更时更新您的照护计划；
- 帮助您发现符合资格的 **DSHS** 服务提供者；
- 给您充分时间提供所需的情况；以及
- 尊重您的权利，并为有心理障碍、神经功能缺损、感官障碍或身体残障的人士提供更多的服务便利。

预先立嘱

您有权作出预先立嘱。预先立嘱可包括生前遗嘱，或者您的医疗保健所永久委托授权书。预先立嘱用于概述您对个人医疗和（或）心理健康服务之愿望，其中包括接受或拒绝医疗、心理健康治疗或手术治疗的权力，以防您日后不具备做出此类决定的必要心理能力。您可以随时取消预先立嘱。

选民登记服务

1993 年通过的全国选民登记法案要求各州通过其公共补助部门为选民提供投票登记协助。无论您申请或谢绝参加投票登记，都不会影响本机构将为您提供服务或者福利金额。您在填写选民登记表时若需要帮助，我们可协助您。无论您决定参加或谢绝投票登记，您的决定都将受到保密，并且仅用于选民登记目的。如果您认为有人干涉您行使或不行使选民登记的权力，并干涉您决定是否登记或申请登记投票的隐私权，或者干涉您选择政党或其它政治倾向的权利，您可向以下机构提出投诉：

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

您的签名

如果您明白自己的权利与责任，并且明白您的个案工作人员之责任，请在下面的栏位签名。

个案当事人签名

日期

法律代表签名

日期

客户和雇员须知（第 VI 和 VII 章）华盛顿州社会福利服务部是提供平等机会的雇主，在任何就业领域、其计划或服务中皆不存在基于年龄，性别，性取向，性别认同/表达，婚姻状况，种族，信仰，肤色，国家起源，宗教或信仰，政治派别，军人身份，光荣退伍老兵，越战老兵，最近离职或其他受保护的老兵身份，存在任何感官、精神、身体残疾，残疾人士使用训练有素的导盲犬或服务动物，同工同酬或遗传信息的歧视行为。

**Your Rights and Responsibilities When You Receive MAC or TSOA Services Offered by
Aging and Long-Term Support Administration**

INSTRUCTIONS

1. Present this form to the client when completing the initial screening for MAC or TSOA. 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 re-screening. Review the form with the client to answer any questions about the client's rights and responsibilities. Make sure to carefully review the information regarding home care agency providers if the client will be using that provider type.
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.
3. File one copy in the CLC / GetCare client's Electronic File Cabinet and give the other copy to the client.