

Ваши права и обязанности при получении услуг MAC или TSOA от Администрации по оказанию услуг долгосрочной поддержки и помощи пожилым лицам

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

ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА
ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ACES

Предоставляемые услуги

У вас есть право выбрать определенный вид услуг из тех, на которые вы можете претендовать. Услуги предоставляются в добровольном порядке. Услуги, которые могут быть оплачены Администрацией по оказанию услуг долгосрочной поддержки и помощи пожилым лицам (Aging and Long-Term Support Administration, ALTSA) могут не полностью отвечать всем вашим потребностям.

ALTSA предлагает услуги MAC и TSOA на дому у клиентов, но не обеспечивает оплачиваемый 24-часовой личный уход или временный уход (respite care) на дому у клиента. Если вам требуется круглосуточный уход, то следует рассмотреть другие варианты и места для оказания услуг.

В настоящем документе курирующий менеджер из агентства AAA, специалист Департамента DSHS или социальный работник отделения HCS именуется «**работником по ведению вашего дела**» (case worker).

Ваши права

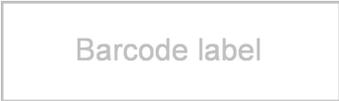
У вас есть право:

- На вежливое и уважительное отношение к вам и отсутствие дискриминации;
- На сохранение конфиденциальности (частного характера) всех сведений о вас в рамках, предусмотренных законами и правилами DSHS;
- Не подвергаться жестокому или халатному обращению с собой, финансовому использованию или покиданию; если вы или ваши знакомые подвергаются жестокому или халатному обращению или используются с целью получения выгоды, звоните в DSHS по бесплатному номеру 1-866-(End Harm) / 1-866-363-4276 и поговорите с сотрудником, который предоставит вам помощь;
- На уважительное отношение к вашей собственности;
- На информирование вас обо всех услугах, которые вы можете получать, и на выбор услуг, которые вы хотите или не хотите получать;
- На сотрудничество с работником по ведению вашего дела при планировании ухода за вами;
- Не быть принужденными отвечать на нежелательные вопросы или совершать нежелательные для вас действия;
- Получать письменные уведомления о решениях ведомства и копию своего плана по уходу;
- Побеседовать с начальником отдела, если вы не можете прийти к согласию с работником по ведению вашего дела;
- Запросить проведение административного слушания, даже если вы подали жалобу;
- Подать жалобу, не опасаясь последствий, даже если вы запросили о проведении административного слушания;
- Побеседовать с адвокатом, позвонив по номеру 1-888-201-1014;
- Отказаться от какой бы то ни было услуги или от всех услуг;
- Получать бесплатные услуги устного перевода, если вы не можете в достаточной мере говорить или понимать по-английски; и
- Выбирать или заменять поставщика услуг, квалифицированного Департаментом DSHS.

Ваши обязанности

Вы обязаны:

- Позволить работнику по ведению вашего дела проводить оценку вашего состояния и плана по получению ухода по меньшей мере раз в год, в любом удобном для вас месте;
- Предоставлять работнику по ведению вашего дела возможность по крайней мере раз в год ознакомиться с условиями вашего проживания;
- Предоставлять нам достаточно информации для проведения оценки вашего состояния здоровья и данных о ваших финансах;
- Сообщать работнику по ведению вашего дела, если медицинские или финансовые решения за вас принимает другое лицо (может потребоваться документация);
- Участвовать в разработке своего плана по получению ухода;
- Понимать, что ваш поставщик медицинских услуг не сможет получать оплату за услуги или часы, на выполнение которых у него отсутствует разрешение от работника по ведению вашего дела;
- Выбирать вид необходимого вам медицинского ухода;
- Выбрать квалифицированного Департаментом DSHS поставщика услуг, которые вы выбрали для себя и на получение которых вы имеете право;
- Связываться с вашим поставщиком услуг, если вам требуется перенести согласованный ранее визит на другую дату или другое время;
- Понимать, что агентство по уходу на дому, которое вы выбрали для оказания вам личного или временного ухода:
 - ✓ Начнет оказывать вам услуги, когда у него появится свободный сотрудник по оказанию ухода;
 - ✓ Обязано заранее согласовывать визиты к вам на дом;
 - ✓ Может отказать вам в обслуживании, если вас не окажется дома два или более раза, когда сотрудник по уходу на дому посетит вас в рамках запланированного визита;
 - ✓ Может предоставлять вам ограниченные услуги перевозки, в соответствии со своей политикой о совершении перевозок (Примечание: это может означать, что они не предоставят вам все услуги перевозки, которые вы запросите);
- Предоставлять безопасные условия труда;
- Сообщать работнику по ведению вашего дела, если у вас возникнут проблемы с поставщиком услуг или если вы не получаете услуг в том объеме, который поставщик услуг указывает в документах;
- Избегать действий, которые могут создать опасность для других; и
- Сообщать работнику по ведению вашего дела об изменениях:
 - ✓ Состояния вашего здоровья;
 - ✓ Помощи, получаемой вами со стороны членов семьи или поставщика услуг;
 - ✓ Адреса вашего проживания, номера телефона; или
 - ✓ Вашей финансовой ситуации.



Ответственности сотрудников по ведению дела

Ваш сотрудник по ведению дела обязан:

- Относиться к вам с достоинством и уважением;
- Сохранять вашу конфиденциальность;
- Сообщать вам о том, что AL TSA может сделать для вас, а также о том, что находится вне компетенции администрации;
- Получать от вас и других лиц сведения, необходимые для оценки вашего состояния и разработки плана по уходу, который включает:
 - ✓ Ваши цели и выбранные вами услуги, которые могут помочь вам;
 - ✓ Список поставщиков услуг, которых вы назначили для предоставления выбранных вами услуг/поддержки;
- Получать информацию от вас и других лиц, чтобы обновлять план по уходу ежегодно или при необходимости внесения таких изменений;
- Помогать вам в поиске поставщика услуг, квалифицированного Департаментом DSHS;
- Предоставлять вам достаточно времени для сбора требуемых сведений; и
- Уважать ваши права и предоставлять дополнительную помощь в получении услуг, если у вас есть психические, неврологические, сенсорные или физические проблемы или заболевания.

Предварительные медицинские указания

У вас есть право на формулировку предварительных медицинских указаний. Предварительные медицинские указания могут включать «завещание о жизни» (living will) и долгосрочную доверенность на осуществление медицинского ухода за вами. Предварительные медицинские указания содержат краткое изложение ваших пожеланий об оказании вам медицинских и (или) психиатрических услуг, включая делегирование права на принятие или отказ от медицинского, психиатрического и хирургического лечения другому лицу в ситуациях, когда у вас не будет умственной способности принимать эти решения самостоятельно. Вы можете аннулировать свои предварительные медицинские указания в любой момент.

Извещение о регистрации для голосования на выборах

Национальный закон о регистрации избирателей от 1993 года требует от всех штатов предоставления избирателям содействия в регистрации для голосования на выборах через соответствующие ведомства по предоставлению государственных льгот. Подача заявки на регистрацию для голосования или отказ от регистрации для голосования на выборах не повлияют на услуги и объем льгот, которые вы будете получать от данного ведомства. Если вам нужна помощь в заполнении формы регистрации избирателя, мы поможем вам. Ваше решение зарегистрироваться или отказаться от регистрации для голосования останется конфиденциальным и будет использовано исключительно для целей учета регистрации или отказа от регистрации для голосования. Если вы полагаете, что кто-либо нарушил ваше право на регистрацию или на отказ зарегистрироваться в качестве избирателя, ваше право на частную жизнь в части принятия решения в отношении регистрации или подачи запроса на регистрацию в качестве избирателя, или оказал влияние на ваше право выбора определенной политической партии или на право следования собственным политическим предпочтениям, вы можете подать жалобу в:

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

Ваша подпись

Поставьте внизу свою подпись в подтверждение того, что вы понимаете свои права и обязанности и обязанности работника по ведению вашего дела.

ПОДПИСЬ КЛИЕНТА

ДАТА

ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ДАТА

Уведомление для клиентов и сотрудников (Раздел VI и VII) Департамент социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services, DSHS) штата Вашингтон является работодателем, предоставляющим равные возможности и не допускающим дискриминации, в какой бы то ни было сфере занятости, в своих программах или при предоставлении услуг, по возрасту, половому признаку, сексуальной ориентации, на основе гендерной принадлежности, гендерной идентификации/самовыражения, по семейному положению, расовой принадлежности, вероисповеданию, цвету кожи, национальности, в связи с религиозными убеждениями или верованиями, политическими взглядами, статусом военнослужащего, ветерана, уволившегося из рядов вооруженных сил с положительной характеристикой, или участника войны во Вьетнаме, в связи с недавним увольнением из вооруженных сил, а также в связи с иным статусом ветерана, защищаемого социально, в связи наличием любых признаков сенсорной, умственной или психической неполноценности, по факту использования специально обученной собаки или иного животного лицом с признаками инвалидности, а также в связи с уравниванием в правах на оплату труда или на основании информации об участии в генетических исследованиях.

**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.