

高齢者・長期支援管理課および発達障害管理課から  
提供されるサービスを受ける際のあなたの権利と責任  
Your Rights and Responsibilities When You Receive Services  
Offered by Aging and Long-Term Support Administration and  
Developmental Disabilities Administration

|            |
|------------|
| 顧客名        |
| ACES ID 番号 |

### 利用可能なサービス

あなたには、受ける資格のあるサービスの中から選択する権利があります。サービスは自発的なものです。高齢者・長期支援管理課(ALTSA: Aging and Long-Term Support Administration)および発達障害管理課 (DDA: Developmental Disabilities Administration)が支払えるサービスは、あなたのニーズの全てを満たすとは限りません。

ALTSA および DDA では、以下の場所におけるサービスを提供します。

- 家族老人ホーム、介護施設、強化サービス施設、看護施設、夫婦向けホーム、児童養護施設、児童認定スタッフ付きホーム、DDA グループホーム、グループトレーニングホーム、ICF/ID、もしくは
- 本人の自宅。注記：ALTSA および DDA は、本人の自宅での 1 日 24 時間の有料介護サービスは提供しません。24 時間ケアが望まれる場合は、他のサービスオプションを検討することができます。

あなたの AAA ケースマネージャー、DDA ケースリソースマネージャー、または HCS ソーシャルサービス専門家は、本書ではケースワーカーと呼ばれています。

### あなたの権利

あなたには、次の権利があります。

- 尊厳、敬意をもって、差別なく扱いを受けられます。
- 法令と DSHS の規則の範囲内で、あなたに関する個人的な情報が非公開のままとされます。
- 虐待されたり、無視されたり、経済的に悪用されたり、または放棄されることはありません。これらの条項の説明については、<https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse> をご覧ください。あなたかお知り合いの方が虐待、ネグレクト、搾取を受けている場合は、DSHS のフリーダイヤル 1-866-(End Harm) / 1-866-363-4276 に電話して、あなたを助けられるワーカーと話をしてください。
- あなたの財産は、尊敬をもって扱われます。
- 受けられるサービスの全部についての通知を受け、あなたが望むか、望まないかのサービスについての選択ができます。
- あなたのケアについて計画を立てる際に、ケースワーカーとパートナーとして取り組みます。
- 強制的に質問に答えるか、あなたの望まないことをやらされることはありません。
- 機関の決定を書面で通知され、あなたのケア計画もしくは支援計画の要約の複写を受け取ることができます。
- あなたとあなたのケースワーカーが同意しない場合は、責任者に相談できます。
- 不平の訴えをした場合であっても、行政聴聞会を要請することができます。

- 行政審判を要請した場合であっても、危害が及ぶことを恐れずに不平を訴えることができます。
- フリーダイヤル 1-888-201-1014 に電話すると、提唱者と相談できます。
- 全てのサービスを拒否できます。
- 英語を上手に話したり理解ができない場合には、提供される無料の通訳サービスを受けられます。
- 有資格の提供者を選択、解雇または変更できます。
- あなたが選択する個人提供者の身元調査の結果を受け取ることができます。

### あなたの義務

あなたには次の義務があります。

- 最低年 1 回は、あなたにとって便利な場所で、ケースワーカーにあなたの審査を終了させること。
- 最低年 1 回は、あなたの居住環境をケースワーカーに見せること。
- あなたの評価を記入するのに十分な情報を提供すること。
- 自分以外の他者があなたの医療または財政的決断を下す場合、ケースワーカーにそれを伝えること。
- 自分の介護または支援計画開発に参加し、それに署名すること。
- あなたの提供者は、承認されていないサービスまたは時間に対して支払いを受けられないことを理解すること。
- 自分のヘルスケアを選択すること。
- 有資格提供者を選択すること。
- 安全な職場を提供すること。
- 提供者の身元調査を個人情報として扱います。
- あなたの提供者について問題がある場合、もしくはあなたの提供者が申請した時間分のサービスを受けていない場合は、担当のケースワーカーに報告すること。
- 自分のケアの支払いの手助けをする場合はプロバイダーに毎月支払うこと。
- 誰かを危険にさらすような行動をしません。
- 以下の内容に変更がある場合は、担当のケースワーカーに報告すること。
  - ✓ あなたの医療状況、
  - ✓ 家族あるいは他の機関から受けている支援、
  - ✓ 在住している場所、または
  - ✓ あなたの経済状況。



## ケースワーカーの責任

あなたのケースワーカーには、以下の責任があります。

- あなたを尊厳、敬意をもって対応すること。
- あなたのプライバシーを維持すること。
- **AL TSA** および **DDA** があなたに対してできることとできないことを提示すること。
- あなたの支援レベルを決定するあなたの選べるサービスを決定する評価をするためにあなたと第三者から情報を得ること。
  - ✓ 審査内容には、あなたの長所、制限、目標、希望などが含まれます。
  - ✓ その審査には、すでにあなたが受けているか、家族か他の機関から受けられる支援、そしてあなたがどのようにサービスを受けたいかが含まれます。
- 個人ケアを支援する介護計画または支援計画作成を支援し、それにはあなたの個人的な目標、希望、選択肢を含みます。
- あなたのケア計画もしくは支援計画を毎年更新するため、もしくはあなたの状況に変化があったことに従って、あなたと第三者から情報を得ます。
- 必要な情報を提供するのに十分な時間をあなたに与えます。
- あなたのケア計画もしくは支援計画について問題が起こった時にそれに対処します。
- あなたの権利を尊重し、もし精神的、神経的、知覚、もしくは身体的機能障害がある場合はサービスを利用するより多くの支援を提供します。
- あなたが探せない場合に有資格提供者を探す支援をします。

## 事前指示

あなたには、事前指示を受ける権利があります。事前指示には、あなたのヘルスケアに対する生前の意思表示または永続的委任状が含まれることがあります。事前指示とは、医療上や精神的ヘルスケアについてのあなたの望みを要約したものです。これには、決断をする精神的能力がない場合に、医療、精神的健康または外科治療を受諾するか、拒否する権利が含まれます。あなたは、事前指示をいつでも撤回することができます。

顧客と従業員に対する通知（表題 VI と表題 VII）。ワシントン州社会保健サービス局は、機会均等雇用者であり、年齢、性別、性的好み、性、性的同一性/表現、婚姻の状態、人種、信条、肌の色、出身国、宗教または信条、政治的所属、軍事的地位、名誉除隊した退役軍人、ベトナム時代、最近区切られたか他の保護された退役軍人の状態、いかなる感覚上、精神的、身体的な障害の存在、または障害者による訓練された誘導犬または介助動物の使用、同一給与や遺伝子情報に基づく雇用、そのプログラムかサービスのいかなる分野においても区別することはありません。

## 有権者登録サービス

1993 年の全国選挙人登録法により、全州が公的支援事務所を通して有権者登録支援を提供することが義務付けられています。投票するための登録を申請するか拒否しても、この機関から提供されるサービスまたは給付金額が影響を受けることはありません。選挙人登録申請書の記入の際に、支援が必要であれば、当機関が支援します。あなたが登録をするか拒否するかの決定は、部外秘とされ、選挙人登録の目的でのみ使用されます。誰かがあなたの有権者登録権利または登録拒否権、有権者登録の可否の判断や有権者登録申請におけるあなたのプライバシー権利、あなた自身の政党やその他の政治的好みを選択する権利に干渉していると確信される場合、以下に苦情を申し立てることができます。

Washington State Elections Office

PO Box 40229

Olympia WA 98504-0229

1-800-448-4881

## あなたの署名

あなたの権利と責任を理解し、担当のケースワーカーの責任を理解した場合には、以下の線上に署名してください。

---

顧客の署名

---

日付

---

法定代理人の署名

---

日付

高齢者・長期支援管理課および発達障害管理課から  
提供されるサービスを受ける際のあなたの権利と責任

記入方法

1. 最初のケア査定を完了し、ケア計画または支援計画を見直す際に、この書式を顧客に提示します。顧客がすでにサービスを受けていて、以前にこのバージョンの書式に署名していない場合は、次回の査定時に顧客にこの書式を提示してください。顧客の権利と責任に関する質問に答えるために、顧客と一緒にこの書式を再吟味します。
2. 顧客または顧客の代理人は、高齢者・長期支援管理課と発達障害管理課の提供するサービスを受ける際に、顧客の権利と責任について理解していることを示すために、2部の書式に署名してもらいます。
3. 1部をハードファイルまたは文書管理システム（DMS）にファイリングし、もう1部を顧客に手渡します。