

## Seus direitos e responsabilidades ao receber os serviços oferecidos pela Administração de Cuidado Continuado e Envelhecimento e a Administração de Deficiências de Desenvolvimento

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

NOME DO CLIENTE

NÚMERO DE ID DO PROCESSO

### Serviços disponibilizados

É concedido a você o direito de escolher dentre os serviços para os quais esteja qualificado para receber. Os serviços são de caráter voluntário. Os serviços que podem ser pagos pela Administração de Cuidado continuado e Envelhecimento (AL TSA) e a Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA) podem não atender a todas as suas necessidades.

Ambas oferecem serviços em:

- Lar familiar para adultos, Ambiente domiciliar assistido, Unidade de serviços avançados, Centros de enfermagem, Lar de acompanhamento, Casas de acolhimento infantil, Lar equipado licenciado para crianças, Moradias coletivas da DDA, Lares de capacitação coletiva, ICF/IDs; OU
- A própria casa do paciente. **Observação:** A AL TSA e a DDA não oferecem serviços pagos de cuidado pessoal 24h no próprio domicílio do paciente. Se a assistência pessoal 24h for pretendida, as outras opções de serviços poderão ser consideradas.

Entende-se, pelo presente documento, **assistente de processo** o seu Administrador de Processo da AAA, Gerente de Recursos de Processo do DDA ou Especialista em Serviços Sociais do HCS.

### Seus direitos

É concedido a você o direito de:

- Ser tratado com dignidade, respeito e sem qualquer discriminação;
- Preservar a confidencialidade de informações relacionadas a você dentro dos limites permitidos por lei e pelas normas do DSHS;
- Não ser submetido a atos de abuso, negligência, exploração financeira ou abandono. Você poderá encontrar uma descrição destes termos em <https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse>. Se você ou algum conhecido estiver sendo abusado, negligenciado ou explorado, ligue gratuitamente para o Departamento Estadual de Serviços de Saúde (DSHS) no número 1-866-END HARM / 1-866-363-4276 para falar com um responsável apto a ajudá-lo;
- Ter sua propriedade tratada com o devido respeito;
- Ser informado sobre todos os serviços que pode receber e selecionar os que são ou não de seu interesse;
- Trabalhar em parceria com o assistente do processo no planejamento de seu atendimento;
- Não ser obrigado a responder perguntas ou agir contra a sua vontade;
- Ser informado por escrito das decisões da agência e receber uma cópia do seu plano de assistência ou resumo do plano de cuidado;
- Conversar com um supervisor caso você e o assistente do processo não estejam de acordo;
- Solicitar uma audiência administrativa, mesmo que você tenha apresentado uma queixa;

- Faça uma reclamação, sem receio de possíveis danos, mesmo se já tiver solicitado uma audiência administrativa;
- Fale com um advogado através do telefone 1-888-201-1014;
- Recuse todos os serviços;
- Conte com serviços de intérprete totalmente gratuitos caso não tenha conhecimentos na língua inglesa;
- Selecione, demita ou troque de prestador habilitado; e
- Receba os resultados da verificação de antecedentes para qualquer prestador individual selecionado.

### Suas responsabilidades

É de sua responsabilidade:

- Permitir ao assistente do processo o preenchimento, ao menos anualmente, da sua avaliação, no local mais conveniente para você;
- Permitir ao assistente do processo analisar o seu ambiente domiciliar, ao menos anualmente;
- Fornecer todas as informações necessárias para a conclusão da sua avaliação;
- Informar ao assistente do processo caso sejam tomadas decisões médicas ou financeiras em seu nome;
- Colaborar no desenvolvimento do seu plano de cuidado ou assistência, e assiná-lo;
- Estar ciente de que o seu prestador não pode ser remunerado por serviços ou horas não autorizados;
- Escolher o seu próprio plano de saúde;
- Escolher um prestador qualificado;
- Promover um ambiente de trabalho seguro;
- Preservar a confidencialidade das verificações de antecedentes;
- Informar o seu assistente em caso de problemas com o prestador ou caso não esteja recebendo as horas exigidas pelo prestador;
- Pagar o seu fornecedor mensalmente, caso contribua no pagamento da sua assistência;
- Atuar de forma que não coloque a segurança de outras pessoas em risco; e
- Informar o seu assistente caso em casos de mudanças:
  - ✓ Na sua condição médica;
  - ✓ No cuidado recebido por parte da sua família ou outras entidades;
  - ✓ No ambiente em que reside; ou
  - ✓ Nas suas condições financeiras.



## Deveres do assistente do processo

O assistente do caso é responsável por:

- Tratar você com dignidade e respeito;
- Manter a sua privacidade;
- Informar de que maneira a AL TSA e DDA são capazes ou não de auxiliá-lo;
- Obter informações a seu respeito e de outras pessoas para conduzir uma avaliação visando determinar seu nível de assistência e definir o leque de serviços podem ser selecionados.
  - ✓ A avaliação abrangerá seus pontos fortes, limitações, objetivos e preferências.
  - ✓ A avaliação incluirá o auxílio que você já está recebendo ou pode obter da família ou de outras agências e de que forma deseja que os serviços sejam prestados;
- Ajudá-lo a desenvolver um plano de assistência ou plano de cuidado que aborde o atendimento com cuidados pessoais e inclua suas metas, preferências e escolhas pessoais;
- Obter informações a seu respeito e de outras pessoas para atualizar seu plano de assistência ou plano de cuidado anualmente, ou quando sua condição mudar;
- Conceder tempo suficiente para fornecer as informações necessárias;
- Abordar os problemas relacionados ao seu plano de assistência ou plano de cuidado à medida que surgirem;
- Respeitar seus direitos e prestar mais auxílio no acesso aos serviços caso você apresente problemas mentais, neurológicos, sensoriais ou físicos; e
- E, caso você não consiga localizar um prestador qualificado, auxiliá-lo nessa busca.

## Diretivas antecipadas

Você tem o direito de formular diretrizes antecipadas. As diretivas antecipadas podem incluir um testamento em vida ou uma procuração durável para seus cuidados de saúde. Elas resumem suas preferências sobre cuidados médicos e/ou de saúde mental, incluindo o direito de aceitar ou recusar tratamento médico, de saúde mental ou cirúrgico, quando você não tem a capacidade mental de tomar essas decisões. É possível revogar suas diretivas antecipadas a qualquer momento.

Aviso para clientes e funcionários (Título VI e VII): O Departamento de Serviços Sociais e de Saúde do Estado de Washington é um empregador que apoia a igualdade de oportunidades e não pratica atos de discriminação em seus vínculos empregatícios, programas ou serviços com base na idade, sexo, orientação sexual, gênero, identidade/expressão de gênero, estado civil, raça, credo, cor, origem nacional, religião ou crenças, afiliação política, status militar, veterano com dispensa honrosa, Era do Vietnã, status de veterano recentemente separado ou outra categoria protegida pela lei, presença de qualquer condição sensorial, mental, deficiência física ou o uso de um cão treinado ou animal de serviço por uma pessoa com deficiência, igualdade de remuneração ou dados genéticos.

## Serviço de registro de eleitores

O Ato do Registro Nacional de Eleitor de 1993 requer que todos os estados forneçam assistência ao registro de eleitores através de seus escritórios de assistência pública. A decisão de se registrar ou não para votar não afetará os serviços ou valor de benefícios que você poderá receber desta agência. Caso precise de ajuda para preencher o formulário de registro de eleitores, podemos auxiliá-lo. Sua decisão de se registrar ou não para votar será mantida em sigilo e utilizada apenas para fins de registro de eleitores. Caso acredite que alguém tenha interferido em seu direito de se registrar, ou de se recusar a se registrar para votar, em seu direito à privacidade ao tomar uma decisão quanto a se registrar ou não para votar, ou em seu direito de escolher seu próprio partido político ou outra preferência política, é possível apresentar uma queixa ao:

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

## Sua assinatura

Ao confirmar que compreende seus direitos e responsabilidades, e entende os deveres do responsável por seu caso, assine na linha abaixo.

---

ASSINATURA DO CLIENTE

---

DATA

---

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL

---

DATA

**Seus direitos e responsabilidades ao receber os serviços oferecidos pela  
Administração de Cuidado Continuado e Envelhecimento e a Administração de Deficiências de Desenvolvimento**

**INSTRUÇÕES**

1. Ao concluir a avaliação de cuidados inicial e revisar o plano de assistência ou plano de cuidado, apresente este formulário ao cliente. Se o cliente já estiver recebendo serviços sem ter assinado esta versão do formulário anteriormente, apresente o formulário a ele na próxima avaliação. Revise o formulário com o cliente para responder a quaisquer perguntas referentes aos seus direitos e responsabilidades.
2. Solicite que o cliente ou representante do cliente assine duas cópias do formulário para indicar seu entendimento dos direitos e responsabilidades do cliente ao receber serviços oferecidos pela Administração de Cuidado Continuado e Envelhecimento e Administração de Deficiências do Desenvolvimento.
3. Arquive uma cópia no arquivo rígido ou no Sistema de Gerenciamento de Documentos (DMS) e entregue a outra cópia ao cliente.