

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

ชื่อผู้รับบริการ
เลขประจำตัว ACES

บริการที่มีอยู่

ท่านมีสิทธิเลือกจากบริการต่าง ๆ ที่ท่านมีสิทธิได้รับ
บริการเป็นไปตามความสมัครใจ
บริการที่ฝ่ายให้ความช่วยเหลือระยะยาวแก่ผู้สูงอายุ (AL TSA)
และฝ่ายพัฒนาการบุคคลทุพพลภาพ (DDA)
สามารถจ่ายเงินให้ได้อาจจะไม่ตอบสนองความต้องการของท่านทั้งหมด

AL TSA และ DDA เสนอบริการในสถานที่ต่อไปนี้:

- บ้านพักสำหรับผู้ใหญ่ (Adult Family Home),
ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (Assisted Living Facility),
สถานบริการสุขภาพพิเศษ (Enhanced Services Facility),
สถานพยาบาล (Nursing Facility),
บ้านพักที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Companion Home),
บ้านอุปถัมภ์เด็ก (Children's Foster Home),
สถานเลี้ยงเด็กที่ได้รับใบอนุญาต (Children's Licensed
Staffed Residential Home); บ้านในกลุ่ม DDA (DDA
Group Homes), บ้านฝึกอบรมของกลุ่ม (Group Training
Homes), ICF/IDs หรือ
- บ้านส่วนบุคคล หมายเหตุ: AL TSA และ DDA
ไม่มีบริการดูแลส่วนบุคคลแบบตลอด 24
ชั่วโมงโดยได้รับค่าตอบแทนในบ้านส่วนบุคคล
หากต้องการรับบริการดูแลแบบตลอด 24 ชั่วโมง
ท่านอาจจะต้องพิจารณาตัวเลือกบริการอื่น

ในเอกสารนี้ ผู้จัดการรายการระดับ AAA,
ผู้จัดการทรัพยากรกรณีของ DDA หรือ
ผู้เชี่ยวชาญด้านบริการสังคมของ HCS ของท่าน จะถูกเรียกว่า
ผู้ดูแลรายการ

สิทธิของท่าน

ท่านมีสิทธิต่อไปนี้

- ได้รับการรักษาอย่างมีศักดิ์ศรี ให้เกียรติ
และปราศจากการเลือกปฏิบัติ
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับท่านถูกเก็บรักษาเป็นความลับภายในขอบ
เขตของกฎหมายและระเบียบของ DSHS
- ไม่ถูกกระทำทารุณ ละเลย แสวงหาประโยชน์ทางการเงิน
หรือ ละทิ้ง สำหรับรายละเอียดของศัพท์เหล่านี้
ให้เข้าไปที่: [https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-
and-community-services/types-and-signs-abuse](https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse)
หากท่านหรือผู้ที่ท่านรู้จักถูกกระทำทารุณ ละเลย หรือ
แสวงหาประโยชน์ทางการเงิน
กรุณาโทรติดต่อสายด่วนโทรฟรี DSHS ที่ 1-866-(End
Harm) / 1-866-363-4276
เพื่อพูดคุยกับพนักงานที่สามารถช่วยเหลือท่านได้
- ให้มีการปฏิบัติต่อทรัพย์สินของท่านอย่างให้เกียรติ
- ได้รับแจ้งให้ทราบเกี่ยวกับบริการทั้งหมดที่ท่านสามารถได้
รับและทำการเลือกบริการที่ท่านต้องการหรือไม่ต้องการ
- ร่วมมือกับผู้ดูแลรายการของท่านในการวางแผนการดูแล
ของท่าน
- ไม่ถูกบังคับให้ตอบคำถามหรือทำสิ่งที่ไม่ต้องการทำ
- ได้รับแจ้งให้ทราบเป็นลายลักษณ์อักษรถึงคำตัดสินของ
หน่วยงานและได้รับทสรูปแผนการดูแลหรือแผนการสนับสนุน
ของท่านจำนวนหนึ่งชุด
- พูดคุยกับผู้ควบคุมดูแลหากท่านและผู้ดูแลรายการของท่าน
ไม่สามารถตกลงกันได้
- ร้องขอให้มีการพิจารณาเรื่องทางปกครองแม้ว่าท่านได้ทำ
การร้องเรียนแล้ว

- ทำการร้องเรียนโดยไม่ต้องเกรงกลัวอันตรายแม้ว่าท่านได้ร้องขอ
ให้มีการพิจารณาเรื่องทางปกครองแล้ว
- พูดคุยกับผู้ให้ความช่วยเหลือ โดยโทรติดต่อ 1-888-201-1014
- ปฏิเสธบริการทั้งหมด
- ให้จัดหาบริการสามโดยไม่มีค่าใช้จ่ายหากท่านไม่สามารถพูดหรือ
เข้าภาษาอังกฤษได้ดี
- เลือก เลิกจ้าง หรือเปลี่ยนผู้ให้บริการที่มีคุณสมบัติเหมาะสม และ
- ได้รับผลการตรวจสอบภูมิหลังสำหรับผู้ให้บริการที่เป็นบุคคลธรรมดา
ที่ท่านเลือก

ความรับผิดชอบของท่าน

ท่านมีความรับผิดชอบต่อไปนี้

- ให้ผู้ดูแลรายการนี้ทำการประเมินให้เสร็จสมบูรณ์อย่างน้อยปีละหนึ่ง
ครั้งในสถานที่ที่ท่านสะดวก
- ให้ผู้ดูแลรายการนี้เข้าตรวจสอบสภาพแวดล้อมการอยู่อาศัยของท่าน
อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง
- ให้ข้อมูลกับเราอย่างเพียงพอเพื่อทำการประเมินของท่านให้เสร็จ
สมบูรณ์
- แจ้งให้ผู้ดูแลรายการนี้รับทราบหากผู้อื่นทำการตัดสินใจทางการ
แพทย์หรือทางการเงินแทนท่าน
- เข้าร่วมในการพัฒนาแผนการดูแลหรือแผนการสนับสนุนของท่าน
และลงลายมือชื่อในแผนดังกล่าว
- เข้าใจว่าผู้ให้บริการของท่านไม่สามารถได้รับค่าตอบแทนสำหรับ
บริการหรือจำนวนชั่วโมงที่ไม่ได้รับอนุญาต
- เลือกการดูแลสุขภาพของท่านเอง
- เลือกผู้ให้บริการที่มีคุณสมบัติเหมาะสม
- จัดเตรียมสถานที่ปฏิบัติงานที่มีความปลอดภัย
- เก็บรักษาการตรวจสอบภูมิหลังของผู้ให้บริการไว้เป็นความลับ
- แจ้งให้ผู้ดูแลรายการนี้ของท่านรับทราบหากท่านมีปัญหากับผู้
ให้บริการของท่านหรือหากท่านไม่ได้รับบริการตามจำนวนชั่วโมงที่
ผู้ให้บริการของท่านกล่าวอ้าง
- จ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการของท่านทุกเดือนหากท่านช่วยจ่ายเงิน
สำหรับการดูแลของท่าน
- ไม่กระทำการอันทำให้บุคคลใดตกอยู่ในอันตราย และ
- แจ้งให้ผู้ดูแลรายการนี้ของท่านรับทราบหากมีการเปลี่ยนแปลงใน
เรื่องต่อไปนี้
 - ✓ อาการของท่าน
 - ✓ ความช่วยเหลือที่ท่านได้จากครอบครัวหรือหน่วยงานอื่น
 - ✓ ที่อยู่อาศัยของท่าน หรือ
 - ✓ สถานการณ์ทางการเงินของท่าน



ความรับผิดชอบของผู้ดูแลรายกรณี

ผู้ดูแลรายกรณีของท่านมีความรับผิดชอบต่อไปนี้

- ปฏิบัติต่อท่านอย่างมีศักดิ์ศรีและให้เกียรติ
- รักษาความเป็นส่วนบุคคลของท่าน
- แจ้งให้ท่านรับทราบถึงสิ่งที่ AL TSA และ DDA สามารถทำและไม่สามารถทำให้กับท่านได้
- รับข้อมูลจากท่านและผู้อื่นเพื่อทำการประเมินกำหนดระดับความช่วยเหลือของท่านและตัดสินใจว่าท่านสามารถเลือกบริการใดได้บ้าง
 - ✓ การประเมินจะรวมถึงความแข็งแรง ข้อจำกัด เป้าหมาย และความชอบของท่าน
 - ✓ การประเมินจะรวมถึงความช่วยเหลือที่ท่านได้รับอยู่ในปัจจุบันหรือสามารถได้รับจากครอบครัวหรือหน่วยงานอื่นและวิธีที่ท่านต้องการรับบริการ
- ช่วยท่านในการพัฒนาแผนการดูแลหรือแผนการสนับสนุนที่จัดการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลส่วนบุคคล รวมถึงเป้าหมายส่วนบุคคล ความชอบ และสิ่งที่ท่านเลือก
- รับข้อมูลจากท่านและผู้อื่นเพื่อปรับปรุงแผนการดูแลหรือแผนการสนับสนุนของท่านทุกปีหรือเมื่ออาการของท่านมีการเปลี่ยนแปลง
- ให้เวลาท่านอย่างเพียงพอในการจัดหาข้อมูลที่จำเป็น
- จัดการปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับแผนการดูแลและแผนการสนับสนุน
- เคารพสิทธิของท่านและให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติมในการเข้าถึงบริการหากท่านมีความบกพร่องทางจิต ระบบประสาท การรับรู้ หรือทางกายภาพ และ
- ช่วยท่านค้นหาผู้ให้บริการที่มีคุณสมบัติเหมาะสมหากท่านค้นหาไม่พบ

คำสั่งล่วงหน้า

ท่านมีสิทธิในการทำคำสั่งล่วงหน้า คำสั่งล่วงหน้าอาจรวมถึงหนังสือแสดงเจตนา (living will) หรือ หนังสือมอบอำนาจการดูแลสุขภาพของท่าน คำสั่งล่วงหน้าสรุปความปรารถนาของท่านเกี่ยวกับการดูแลทางการแพทย์และ/หรือสุขภาพจิต ซึ่งรวมถึงสิทธิในการยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาทางการแพทย์ การรักษาสุขภาพจิต หรือ การรักษาด้วยการศัลยกรรม เมื่อท่านไม่มีความสามารถทางจิตในการตัดสินใจเรื่องดังกล่าวได้ ท่านสามารถเพิกถอนคำสั่งล่วงหน้าของท่านได้ตลอดเวลา

บริการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง

รัฐบัญญัติว่าด้วยการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้งแห่งชาติ ปี 1993 (National Voter Registration Act of 1993)

กำหนดให้ทุกมลรัฐต้องให้ความช่วยเหลือในการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้งผ่านสำนักงานความช่วยเหลือสาธารณะ (public assistance offices) ของแต่ละมลรัฐ

การสมัครลงทะเบียนหรือการปฏิเสธไม่ลงทะเบียนเพื่อลงคะแนนเสียงจะไม่ส่งผลกระทบต่อบริการหรือจำนวนสิทธิประโยชน์ที่หน่วยงานนี้จะให้แก่ท่าน

หากท่านต้องการความช่วยเหลือในการกรอกแบบฟอร์มการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง เราสามารถช่วยท่านได้

การตัดสินใจที่จะลงทะเบียนหรือที่จะปฏิเสธไม่ลงทะเบียนของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและถูกใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้งเท่านั้น

หากท่านเชื่อว่าผู้รบกวนสิทธิในการลงทะเบียนหรือสิทธิในการปฏิเสธไม่ลงทะเบียนเพื่อลงคะแนนเสียงของท่าน

สิทธิในความเป็นส่วนบุคคลของท่านในการตัดสินใจว่าจะลงทะเบียนหรือไม่หรือในการสมัครลงทะเบียนเพื่อลงคะแนนเสียง หรือ

สิทธิในการเลือกพรรคการเมืองของท่านเอง หรือ ความชอบอื่นทางการเมืองของท่าน ท่านสามารถยื่นร้องเรียนต่อ:

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

ลายมือชื่อของท่าน

ลงลายมือชื่อในบรรทัดด้านล่างนี้หากท่านเข้าใจสิทธิและความรับผิดชอบของท่านและเข้าใจความรับผิดชอบของผู้ดูแลรายกรณีของท่าน

ลายมือชื่อผู้รับบริการ

วันที่

ลายมือชื่อผู้แทนตามกฎหมาย

วันที่

ประกาศสำหรับผู้รับบริการและพนักงาน (ลักษณะ VI และ VII) สำนักงานบริการสังคมและสาธารณสุขมลรัฐวอชิงตัน (Washington State Department of Social and Health Services) เป็นนายจ้างผู้ให้โอกาสที่เท่าเทียมกันและไม่เลือกปฏิบัติในการจ้างงานทุกด้าน โครงการหรือบริการต่าง ๆ ของสำนักงาน ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลด้านอายุ เพศ รสนิยมทางเพศ เพศสภาพ อัตลักษณ์ทางเพศสภาพ/การแสดงออกทางเพศสภาพ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ ลัทธิความเชื่อ สีผิว ถิ่นที่มา ศาสนาหรือความเชื่อ การเข้าร่วมทางการเมือง สถานะทางทหาร ทหารผ่านศึกที่ปลดประจำการอย่างมีเกียรติ ยุคเวียดนาม สถานะทหารผ่านศึกที่เพิ่งปลดประจำการหรือที่ได้รับความคุ้มครองอื่น มีความทุพพลภาพทางการรับรู้ ทางจิต ทางกายภาพ หรือ การใช้สุนัขนำทางหรือสัตว์ช่วยเหลือที่ได้รับการฝึกมาของบุคคลทุพพลภาพ ค่าตอบแทนที่เท่าเทียมกัน หรือ ข้อมูลทางพันธุกรรม

**สิทธิและความรับผิดชอบของท่านเมื่อท่านได้รับบริการที่เสนอให้โดย
ฝ่ายให้ความช่วยเหลือระยะยาวแก่ผู้สูงอายุและฝ่ายพัฒนาการบุคคลทุพพลภาพ (Aging and Long-Term Support
Administration and Developmental Disabilities Administration)**

คำแนะนำ

1. แสดงแบบฟอร์มนี้ต่อผู้รับบริการขณะทำการประเมินการดูแลเบื้องต้นให้เสร็จสมบูรณ์และพิจารณาแผนการดูแลและแผนการสนับสนุน หากผู้รับบริการได้รับบริการอยู่ในปัจจุบันและยังไม่ได้ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มเวอร์ชันนี้ ให้แสดงแบบฟอร์มต่อผู้รับบริการในการประเมินครั้งถัดไป ตรวจสอบแบบฟอร์มร่วมกับผู้รับบริการเพื่อตอบคำถามเกี่ยวกับสิทธิและความรับผิดชอบของผู้รับบริการ
2. ให้ผู้รับบริการหรือผู้แทนของผู้รับบริการลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มสองชุดเพื่อระบุว่าผู้รับบริการเข้าใจสิทธิและความรับผิดชอบของตนเมื่อได้รับบริการที่เสนอให้โดยฝ่ายให้ความช่วยเหลือระยะยาวแก่ผู้สูงอายุและฝ่ายพัฒนาการบุคคลทุพพลภาพ (Aging and Long-Term Support Administration and Developmental Disabilities Administration)
3. จัดเก็บแบบฟอร์มหนึ่งชุดไว้ในฮาร์ดไฟล์ หรือ ระบบจัดการเอกสาร (DMS) และมอบแบบฟอร์มอีกหนึ่งชุดให้กับผู้รับบริการ