

## 提供される MAC または TSOA のサービスを受ける ときの権利と責任

高齢・長期支援管理部によって

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

クライアントの氏名

ACES ID 番号

### 利用可能なサービス

あなたには、受給可能な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・長期支援管理部 (AL TSA) が賄えるサービスは、あなたの必要性の全部の助けになれるわけではありません。

AL TSA は、個人の自宅で MAC と TSOA のサービスを提供していますが、個人の自宅で有給の 1 日 24 時間に個人ケアまたは休息ケアのサービスを提供しません。1 日 24 時間のケアを所望される場合は、他のサービスの選択と設定の検討することができます。

AAA ケースマネージャ、社会福祉スペシャリスト、または HCS 財務ワーカーは、本書ではケースワーカーと呼ばれます。

### 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。
- 法令および DSHS 規則の範囲内であなたの個人的な情報が守られます。
- 虐待されていないか、無視されていないか、金銭的に搾取されていないか、放棄されていないか。あなたか、あなたの知っている誰かが虐待されているか、無視されているか、搾取されているならば、あなたの助けとなりうるワーカーと相談するために、無料通話の DSHS (1-866-(End Harm) /1-866-363-4276) に電話してください。
- 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、望まないことをやらされることはありません。
- 紹介所の判断を文書で通知され、あなたのケアプランのコピーを受け取ります。
- あなたとあなたのケースワーカーが同意できない場合は、監督者に相談できます。
- 不平の訴えをした場合であっても、行政審判を要請できます。
- 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、仲裁者と相談できます。
- サービスのいずれか、または全部を拒否。
- 英語を話したり理解ができない場合には、無料の通訳サービスを受けられます。
- DSHS の資格のある提供者を選ぶか、変更します。

### あなたの責任

あなたには、次の責任があります。

- あなたの都合の良い場所で少なくとも年に一度、あなたの評価とケアプランをケースワーカーに作成してもらいます。
- 最短でも年 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。
- あなたの評価と財務申請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上か財務上の判断を下す場合に、ケースワーカーにそれを伝えること (文書を要求されることがあります)。
- あなたのケアプランの進展に参加します。
- あなたの提供者は、ケースワーカーの承認し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のを理解すること。
- 自分自身のヘルスケアを選択すること。
- あなたが選んで受ける資格のあるサービスに対して、DSHS に適格な提供者を選びます。
- あなたの指定サービスの予定を変更する必要がある場合は、担当のサービス提供者に連絡してください。
- 個人ケアまたは休息ケアのサービスを提供するようにあなたが選んだ自宅ケア紹介所を理解してください。
  - ✓ 自宅ケアワーカーが利用可能になると、あなたのためにサービスを始めます。
  - ✓ あなたの家庭内サービスの取り決めを事前にスケジューリングしなければなりません。
  - ✓ 担当の自宅ケアワーカーが予定された家庭内予約のために訪問したときに、あなたが 2 回以上在宅しない場合は、あなたへの対応を拒否することがあります。
  - ✓ その交通手段方針に従って、あなたに提供できる交通手段は限られます (注: これは、あなたが要請する交通手段の全てが提供されるわけではないことを意味します)。
- 安全な職場を提供すること。
- 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。
- 誰かを危険にさらすような状況での行動をしません。
- 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、
  - ✓ あなたが家族か提供者から得られる手助け。
  - ✓ あなたの居住場所、電話番号、あるいは、
  - ✓ 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。
- **ALTSA** があなたのために何ができるか、何ができないかをお知らせします。
- 以下を含めて、ケアプランを評価して作成するために、あなたと他の人からの情報を収集します。
  - ✓ あなたの助けになり得て、あなたが選んだ目標とサービス。
  - ✓ あなたが選んだサービス/支援を提供するために、あなたが選んだサービス提供者。
- 少なくとも毎年か、変更を必要とするときに、あなたのケアプランを更新するために、あなたと他の人からの情報を収集します。
- **DSHS** の資格がある提供者を見つけるのに、あなたの助けになります。
- 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。
- あなたに精神的か、神経的か、感覚上か、身体的な障害があれば、サービスにアクセスする際に、あなたの権利を尊重して、援助を増やします。

## 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。

## 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。

\_\_\_\_\_  
クライアントの署名

\_\_\_\_\_  
日付

\_\_\_\_\_  
法定代理人の署名

\_\_\_\_\_  
日付

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。

**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.