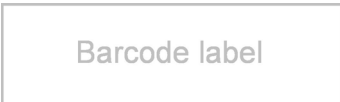


노인 및 장기 지원 행정국(Aging and Long-Term Support Administration)에서 제공하는  
**MAC 또는 TSOA 서비스 수혜자의 권리와 책임**  
Your Rights and Responsibilities When You Receive MAC or TSOA Services Offered by Aging and Long-Term Support Administration

수혜자/의뢰인 이름
ACES ID 번호

<p><b>이용할 수 있는 서비스</b></p> <p>귀하에게는 수혜할 자격이 있는 서비스를 선정할 권리가 있습니다. 서비스는 귀하가 원할 경우 이루어집니다. 노인 및 장기 지원 행정국(ALTSA)에서 지불하는 서비스가 귀하의 모든 필요를 충족하지 못할 수도 있습니다.</p> <p>ALTSA는 자택 MAC 및 TSOA 서비스를 제공하지만, 24시간/일 자택 유료 개인 간병 또는 임시 간호 서비스는 제공하지 않습니다. 24시간/일 관리 서비스를 희망하는 경우, 다른 서비스 옵션과 설정을 고려해볼 수 있습니다.</p> <p>이 문서에서는 귀하의 AAA 사례 관리자, HCS 사회 복지 전문가, HCS 재정 담당자를 <b>사례담당자(case worker)</b>라고 통칭합니다.</p> <p><b>귀하의 권리</b></p> <p>귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 품위 있고 존중하는 태도로 차별 없이 대우 받을 권리</li> <li>• 본인에 관한 정보를 해당 법규 및 DSHS 규정 한도 내에서 기밀로 취급 받을 권리</li> <li>• 학대, 방치, 재정적 착취, 또는 유기 당하지 않을 권리: 주변에 아는 사람이 학대, 방치 또는 착취를 당하고 있다면, DSHS 무료 전화 번호 1-866-(End Harm) / 1-866-363-4276 으로 전화해서 도움을 구하십시오</li> <li>• 귀하의 소유물을 소중하게 취급 받을 권리</li> <li>• 귀하가 받을 수 있는 모든 서비스에 관한 정보를 들을 권리 및 원하거나 원하지 않는 서비스를 선택할 권리</li> <li>• 귀하의 간병을 계획하는 데 사례담당자와 협력해 계획할 권리</li> <li>• 질문에 대해 답하거나 원하지 않는 것을 하라고 강요 받지 않을 권리</li> <li>• 기관에서 내린 결정에 대해 서면으로 통지를 받고 귀하의 치료 계획서 사본을 제공받을 권리</li> <li>• 귀하 및 사례 담당자가 동의하지 않을 경우 감독자에게 말할 권리</li> <li>• 이의를 제기한 경우에도 행정 심의회를 요청할 권리</li> <li>• 행정 심의회를 요청한 경우에도 손해를 입을 두려움 없이 이의를 제기할 권리</li> <li>• 1-888-201-1014 로 전화해서 대변자와 상의할 권리</li> <li>• 특정 또는 모든 서비스를 거절할 권리</li> <li>• 영어를 구사하거나 이해할 수 없는 경우 무료로 통역 서비스를 제공 받을 권리</li> <li>• DSHS 유자격 제공자를 선택하거나 변경할 권리.</li> </ul>	<p><b>귀하의 책임</b></p> <p>귀하에게는 다음과 같은 책임이 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 사례 담당자가 귀하에게 편리한 장소에서 일년에 한 번 이상 귀하에 대한 평가와 치료 계획을 완수하게 할 책임</li> <li>• 사례담당자가 일년에 한 번 이상 귀하의 거주 환경을 관찰하게 할 책임</li> <li>• 귀하에 대한 평가와 재정 신청을 완수할 수 있도록 충분한 정보를 제공할 책임</li> <li>• 누군가 다른 사람이 귀하에 대한 의료 또는 재정 결정을 내릴 경우(서류 작성이 필요할 수 있음) 사례 담당자에게 알릴 책임</li> <li>• 본인의 치료 계획 개발에 참여할 책임</li> <li>• 사례 담당자로부터 정식으로 허가 받지 않은 서비스 또는 근무 시간에 대해서는 간병인이 보수를 지불 받을 수 없다는 사실을 이해할 책임</li> <li>• 자신이 받을 의료 서비스를 선택할 책임</li> <li>• 자신이 선택한 수혜 자격 서비스를 제공할 자격을 갖춘 DSHS 제공자를 선택할 책임</li> <li>• 예약 일정을 재조정해야 할 경우 서비스 제공자에게 연락할 책임</li> <li>• 개인 간병 또는 임시 간호 서비스 제공자로 선택한 자택 간호 기관을 이해할 책임:             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 자택 간병인을 제공하는 기관이라면 귀하에게 서비스 제공을 시작할 것입니다</li> <li>✓ 자택 서비스 예약 일정을 미리 정할 책임</li> <li>✓ 자택 간병인이 정해진 예약 시간에 방문했는데 귀하가 2번 이상 집에 있지 않았다면 서비스 제공을 거절할 수도 있습니다</li> <li>✓ 자체적인 교통 서비스 정책에 따라 귀하에게 제한된 교통 서비스를 제공할 수 있습니다(참고: 이는 귀하가 요청한 교통 서비스를 전부 제공받지 못할 수도 있다는 뜻입니다)</li> </ul> </li> <li>• 간병인에게 안전한 근무 장소를 제공할 책임.</li> <li>• 간병인 때문에 문제가 있거나 간병인이 주장한 시간만큼 간병을 받지 못하는 경우 사회복지사에게 알릴 책임</li> <li>• 사람을 위협에 처하게 하는 행동을 하지 않을 책임</li> <li>• 다음 변경 사항이 있으면 사례 담당자에게 알릴 책임:             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 귀하의 건강 상태</li> <li>✓ 가족 또는 제공자로부터 받는 지원</li> <li>✓ 귀하의 거주 지역, 전화번호</li> <li>✓ 재정 상태</li> </ul> </li> </ul>
---	---



### 사례 담당자의 책임

사례 담당자에게는 다음과 같은 책임이 있습니다.

- 품위와 존중의 태도로 귀하를 대할 책임
- 귀하의 정보를 기밀로 유지할 책임
- **ALTSA**가 귀하를 위해 할 수 있는 일, 할 수 없는 일, 하고 있는 일을 알릴 책임
- 평가를 수행하고 치료 계획을 세우기 위하여 귀하와 다른 사람으로부터 정보를 입수할 책임. 치료 계획은 다음을 포함합니다.
  - ✓ 귀하가 선택한 도움이 될만한 서비스와 목표
  - ✓ 서비스/지원 제공자로 귀하가 선택한 서비스 제공자
- 최소 1년에 한 번씩 또는 변경이 필요한 경우 귀하의 치료 계획서를 갱신하기 위하여 귀하나 다른 사람으로부터 정보를 입수할 책임
- **DSHS** 유자격 제공자를 찾는 데 도움을 줄 책임
- 귀하에게 필요한 정보를 요구할 때 충분한 시간을 줄 책임
- 귀하의 권리를 존중하고 귀하에게 정신성, 신경성, 지각신경 또는 신체적 장애가 있을 경우 더 많은 서비스를 제공할 권리.

### 사전의사결정서 (Advance Directives)

귀하에게는 사전의사결정서를 작성할 권리가 있습니다. 사전의사결정서에는 유서 또는 건강관리 위임권이 포함될 수 있습니다. 사전의사결정서는 환자가 스스로 판단할 수 없는 상태일 경우를 대비해 의료, 정신건강 또는 외과적 치료 수용/거절을 포함하여 의료 및/또는 정신건강치료에 관해 본인이 원하는 바를 미리 작성해 놓는 문서입니다. 이 사전의사결정서는 언제든지 폐지할 수 있습니다.

### 유권자 등록 서비스 (Voter Registration Service)

모든 주(州)는 1993년 전국유권자등록법(National Voter Registration Act of 1993)에 따라 각 주의 대민지원기관을 통해 유권자등록을 지원할 의무가 있습니다. 투표를 하기 위해 등록 신청을 하거나 투표 등록을 거절한다고 해서 본 기관에서 제공하는 서비스나 보조금 액수에 영향을 미치지 않습니다. 유권자 등록 양식을 작성하는 데 도움이 필요한 경우 지원해 드립니다. 유권자 등록 여부에 대한 귀하의 결정사항은 기밀로 취급되며 해당 정보는 유권자 등록 용도로만 사용됩니다. 유권자 등록 신청 또는 등록 거절에 대한 귀하의 권리를 침해하거나 투표를 위한 등록 또는 등록 신청 결정에 따른 사생활 보호권을 침해하거나 또는 본인이 원하는 정당 또는 기타 우선하는 정당을 선택할 권리를 침해하는 사람이 있으면 아래 주소로 이의를 제기할 수 있습니다.

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

### 귀하의 서명

귀하의 권리와 책임 그리고 귀하의 사회복지사의 책임을 이해할 경우 아래에 서명해 주십시오.

\_\_\_\_\_ 수혜자 서명

\_\_\_\_\_ 날짜

\_\_\_\_\_ 법적 대리인 서명

\_\_\_\_\_ 날짜

고객 및 직원 공지문(Title VI 및 VII) 워싱턴주 보건사회부는 기회 균등을 보장하는 사업장이며 연령, 성별, 성적 지향성, 성 정체성/성 표현, 혼인 유무, 인종, 신념, 피부색, 출신 국가, 종교 또는 믿음, 정치적 소속, 군복무 상태, 퇴역 군인, 베트남 참전 용사, 최근 제대하였거나 기타 보호되는 재향군인 상태, 감각, 정신 또는 신체 장애의 유무 또는 맹인 안내견이나 장애인 보조 동물을 이용하는 상태, 동일 임금 또는 유전학적 정보를 근거로 어떤 고용, 고용 프로그램 또는 서비스 분야에서든 차별하지 않습니다.

**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.