

**Ваши права и обязанности при получении услуг MAC или TSOA от Администрации по оказанию услуг долгосрочной поддержки и помощи пожилым лицам**  
**Your Rights and Responsibilities When You Receive MAC or TSOA Services Offered by Aging and Long-Term Support Administration**

ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА CLIENT NAME
ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ACES ACES ID NUMBER

**Предоставляемые услуги**

У вас есть право выбрать определенный вид услуг из тех, на которые вы можете претендовать. Вы можете воспользоваться услугами в добровольном порядке. Услуги, которые могут быть оплачены Администрацией по оказанию услуг долгосрочной поддержки и помощи пожилым лицам (Aging and Long-Term Support Administration, AL TSA) могут не полностью отвечать всем вашим потребностям.

AL TSA предлагает услуги MAC и TSOA на дому у клиентов, но не обеспечивает оплачиваемый 24-часовой личный уход или временный уход (respite care) на дому у клиента. Если вам требуется круглосуточный уход, то следует рассмотреть другие варианты и места для оказания услуг. В настоящем документе курирующий менеджер из агентства AAA, специалист Департамента DSHS или социальный работник отделения HCS именуется «**работником по ведению вашего дела**» (case worker).

**Ваши права**

У вас есть право:

- На вежливое и уважительное отношение к вам и отсутствие дискриминации;
- На сохранение конфиденциальности (частного характера) всех сведений о вас в рамках, предусмотренных законами и правилами DSHS;
- Не подвергаться жестокому или халатному обращению, финансовой эксплуатации и оставлению без внимания. Описание этих понятий вы найдете на: <https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/types-and-signs-abuse>. Если вы или ваши знакомые подвергаются жестокому или халатному обращению или эксплуатируются с целью получения выгоды, звоните в DSHS по бесплатному номеру 1-866-(End Harm) / 1-866-363-4276 и поговорите с сотрудником, который предоставит вам помощь;
- На уважительное отношение к вашей собственности;
- На информирование вас обо всех услугах, которые вы можете получать, и на выбор услуг, которые вы хотите или не хотите получать;
- На сотрудничество с работником по ведению вашего дела при планировании ухода за вами;
- Не быть принужденными отвечать на нежелательные вопросы или совершать нежелательные для вас действия;
- Получать письменные уведомления о решениях ведомства и копию своего плана по уходу;
- Побеседовать с начальником отдела, если вы не можете прийти к согласию с работником по ведению вашего дела;
- Запросить проведение административного слушания, даже если вы подали жалобу;
- Подать жалобу, не опасаясь последствий, даже если вы запросили о проведении административного слушания;
- Побеседовать с адвокатом, позвонив по номеру 1-888-201-1014;
- Отказаться от какой бы то ни было услуги или от всех услуг;
- Получать бесплатные услуги устного перевода, если вы не можете в достаточной мере говорить или понимать по-английски; и
- Выбирать или заменять поставщика услуг, квалифицированного Департаментом DSHS.

**Ваши обязанности**

Вы обязаны:

- Позволить работнику по ведению вашего дела проводить оценку вашего состояния и плана ухода по меньшей мере раз в год, в любом удобном для вас месте;
- Предоставлять работнику по ведению вашего дела возможность по крайней мере раз в год ознакомиться с условиями вашего проживания;
- Предоставлять нам достаточно информации для проведения оценки вашего состояния здоровья и данных о ваших финансах;
- Сообщать работнику по ведению вашего дела, если медицинские или финансовые решения за вас принимает другое лицо (может потребоваться документация);
- Участвовать в разработке вашего плана ухода и подписывать его;
- Понимать, что ваш поставщик медицинских услуг не сможет получать оплату за услуги или часы, на выполнение которых у него или у нее отсутствует разрешение от работника по ведению вашего дела;
- Выбирать вид необходимого вам медицинского ухода;
- Выбрать квалифицированного Департаментом DSHS поставщика услуг, которые вы выбрали для себя и на получение которых вы имеете право;
- Связываться с вашим поставщиком услуг, если вам требуется перенести согласованный ранее визит на другую дату или другое время;
- Понимать, что агентство по уходу на дому, которое вы выбрали для оказания вам личного или временного ухода:
  - ✓ Начнет оказывать вам услуги, когда у него появится свободный сотрудник по оказанию ухода;
  - ✓ Обязано заранее согласовывать визиты к вам на дом;
  - ✓ Может отказать вам в обслуживании, если вас не окажется дома два и более раза, когда сотрудник по уходу на дому посетит вас в рамках запланированного визита;
  - ✓ Может предоставлять вам ограниченные услуги перевозки, в соответствии со своей политикой совершения перевозок (Примечание: это может означать, что они не предоставят вам все услуги перевозки, которые вы запросите);
- Предоставлять безопасные условия труда;
- Сообщать работнику по ведению вашего дела, если у вас возникнут проблемы с поставщиком услуг или если вы не получаете услуг в том объеме, который поставщик услуг указывает в документах;
- Избегать действий, которые могут создать опасность для других; и
- Сообщать работнику по ведению вашего дела об изменениях:
  - ✓ Состояния вашего здоровья;
  - ✓ Помощи, получаемой вами со стороны членов семьи или поставщика услуг;
  - ✓ Адреса вашего проживания, номера телефона; или
  - ✓ Вашей финансовой ситуации.

### Ответственности сотрудников по ведению дела

Ваш работник по ведению дела обязан:

- Относиться к вам с достоинством и уважением;
- Сохранять вашу конфиденциальность;
- Сообщать вам о том, что AL TSA может сделать для вас, а также о том, что находится вне компетенции администрации;
- Получать от вас и других лиц сведения, необходимые для оценки вашего состояния и разработки плана по уходу, который включает:
  - ✓ Ваши цели и выбранные вами услуги, которые могут помочь вам;
  - ✓ Список поставщиков услуг, которых вы назначили для предоставления выбранных вами услуг/поддержки;
- Получать информацию от вас и других лиц, чтобы обновлять план по уходу ежегодно или при необходимости внесения таких изменений;
- Помогать вам в поиске поставщика услуг, утвержденного Департаментом DSHS;
- Предоставлять вам достаточно времени для сбора требуемых сведений; и
- Уважать ваши права и предоставлять дополнительную помощь в получении услуг, если у вас есть психические, неврологические, сенсорные или физические проблемы или заболевания.

### Предварительные медицинские указания

У вас есть право на формулировку предварительных медицинских указаний. Предварительные медицинские указания могут включать «завещание о жизни» (living will) и долгосрочную доверенность на осуществление медицинского ухода за вами. Предварительные медицинские указания содержат краткое изложение ваших пожеланий об оказании вам медицинских и (или) психиатрических услуг, включая делегирование права на принятие или отказ от медицинского, психиатрического и хирургического лечения другому лицу в ситуациях, когда у вас не будет умственной способности принимать эти решения самостоятельно. Вы можете аннулировать свои предварительные медицинские указания в любой момент.

### Извещение о регистрации для голосования на выборах

Национальный закон о регистрации избирателей от 1993 года требует от всех штатов предоставления избирателям содействия в регистрации для голосования на выборах через соответствующие ведомства по предоставлению государственных льгот. Подача заявки на регистрацию для голосования или отказ от регистрации для голосования на выборах не повлияют на услуги и объем льгот, которые вы будете получать от данного ведомства. Если вам нужна помощь в заполнении формы регистрации избирателя, мы поможем вам. Ваше решение зарегистрироваться или отказаться от регистрации для голосования останется конфиденциальным и будет использовано исключительно для целей учета регистрации или отказа от регистрации для голосования. Если вы полагаете, что кто-либо нарушил ваше право на регистрацию или на отказ зарегистрироваться в качестве избирателя, ваше право на частную жизнь в части принятия решения в отношении регистрации или подачи запроса на регистрацию в качестве избирателя, или оказал влияние на ваше право выбора определенной политической партии или на право следования собственным политическим предпочтениям, вы можете подать жалобу в:

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

### Ваша подпись

Поставьте внизу свою подпись в подтверждение того, что вы понимаете свои права и обязанности и обязанности работника по ведению вашего дела.

ПОДПИСЬ КЛИЕНТА

\_\_\_\_\_  
ДАТА

ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

\_\_\_\_\_  
ДАТА

Уведомление для клиентов и сотрудников (Раздел VI и VII) Департамент социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services, DSHS) штата Вашингтон является работодателем, предоставляющим равные возможности и не допускающим дискриминации, в какой бы то ни было сфере занятости, в своих программах или при предоставлении услуг, по возрасту, половому признаку, сексуальной ориентации, на основе гендерной принадлежности, гендерной идентификации/самовыражения, по семейному положению, расовой принадлежности, вероисповеданию, цвету кожи, национальности, в связи с религиозными убеждениями или верованиями, политическими взглядами, статусом военнослужащего, ветерана, уволившегося из рядов вооруженных сил с положительной характеристикой, или участника войны во Вьетнаме, в связи с недавним увольнением из вооруженных сил, а также в связи с иным статусом ветерана, защищаемого социально, в связи наличием любых признаков сенсорной, умственной или психической неполноценности, по факту использования специально обученной собаки или иного животного лицом с признаками инвалидности, а также в связи с уравниванием в правах на оплату труда или на основании информации об участии в генетических исследованиях.

**Ваши права и обязанности при получении услуг MAC или TSOA от  
Администрации по оказанию услуг долгосрочной поддержки и помощи пожилым лицам**

ИНСТРУКЦИИ

1. Предоставьте эту форму клиенту при проведении первоначальной оценки с целью получения услуг MAC или TSOA. Если клиент уже получает услуги и ранее не подписывал (-а) эту версию формы, то предоставьте эту форму клиенту во время проведения следующей оценки. Прочитайте содержащиеся в этой форме пункты вместе с клиентом, чтобы ответить на любые вопросы о правах и обязанностях клиента. Тщательно прочитайте вместе с клиентом информацию о поставщиках услуг агентств по оказанию ухода на дому, если клиент будет пользоваться услугами таких поставщиков.
2. Клиент или его/ее представитель должен (-на) подписать две копии этой формы, чтобы выразить свое согласие с правами и обязанностями клиента при получении услуг от Администрации по оказанию услуг долгосрочной поддержки и помощи пожилым лицам.
3. Отправьте одну копию в электронную картотеку клиента (Electronic File Cabinet) в системе CLC / GetCare и вручите одну копию клиенту.