

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

|                  |
|------------------|
| ชื่อผู้รับบริการ |
| เลขประจำตัว ACES |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>บริการที่มีอยู่</b></p> <p>ท่านมีสิทธิเลือกจากบริการต่าง ๆ ที่ท่านมีสิทธิได้รับ บริการเป็นไปตามความสมัครใจ</p> <p>บริการที่ฝ่ายบริหารสนับสนุนผู้สูงอายุและการดูแลระยะยาว (AL TSA) สามารถชำระเงินได้อาจไม่ได้ช่วยเหลือต่อความต้องการทั้งหมดของ ท่าน</p> <p>ทาง AL TSA เสนอบริการ MAC และ TSOA ในบ้านของตัวเอง แต่ไม่ให้บริการดูแลส่วนบุคคล 24/วันแบบต้องชำระเงินหรือบริการดูแลชั่วคราวในบ้านของตัวเอง หากต้องการรับบริการดูแล 24 ชั่วโมง/วัน อาจต้องพิจารณาตัวเลือกและรูปแบบบริการอื่น</p> <p>ผู้จัดการรายกรณี AAA ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริการสังคม HCS หรือเจ้าหน้าที่การเงิน HCS จะเรียกว่า <b>ผู้ดูแลรายกรณี</b> ในเอกสารฉบับนี้</p> <p><b>สิทธิของท่าน</b></p> <p>ท่านมีสิทธิต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ได้รับการรักษาอย่างมีศักดิ์ศรี ให้เกียรติ และปราศจากการเลือกปฏิบัติ</li> <li>ให้ข้อมูลเกี่ยวกับท่านถูกเก็บรักษาเป็นความลับภายในขอบเขตของกฎหมายและระเบียบของ DSHS</li> <li>ไม่ถูกกระทำทารุณ ละเลย แสวงหาประโยชน์ทางการเงิน หรือ ละทิ้ง สำหรับคำอธิบายคำศัพท์เหล่านี้ โปรดไปที่ <a href="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</a>. หากท่านหรือคนที่ท่านรู้จักถูกกระทำทารุณ ละเลย แสวงหาประโยชน์ทางการเงิน โปรดติดต่อหมายเลขโทรฟรีของ DSHS ที่ 1-866-(End Harm) / 1-866-363-4276 เพื่อพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ที่สามารถช่วยเหลือท่านได้</li> <li>ให้มีการปฏิบัติต่อทรัพย์สินของท่านอย่างให้เกียรติ</li> <li>ได้รับแจ้งให้ทราบเกี่ยวกับบริการทั้งหมดที่ท่านสามารถได้รับและทำการเลือกบริการที่ท่านต้องการหรือไม่ต้องการ</li> <li>ร่วมมือกับผู้ดูแลรายกรณีของท่านในการวางแผนการดูแลของท่าน</li> <li>ไม่ถูกบังคับให้ตอบคำถามหรือทำสิ่งที่ท่านไม่ต้องการทำ</li> <li>ได้รับแจ้งให้ทราบเกี่ยวกับการตัดสินใจของหน่วยงานและรับสำเนาแผนการดูแลของท่าน</li> <li>พูดคุยกับผู้ควบคุมดูแลหากท่านและผู้ดูแลรายกรณีของท่านไม่สามารถตกลงกันได้</li> <li>ร้องขอให้มีการพิจารณาเรื่องทางปกครองแม้ว่าท่านได้ทำการร้องเรียนแล้ว</li> <li>ทำการร้องเรียนโดยไม่ต้องเกรงกลัวอันตรายแม้ว่าท่านได้ร้องขอให้มีการพิจารณาเรื่องทางปกครองแล้ว</li> <li>พูดคุยกับผู้ให้ความช่วยเหลือ โดยโทรติดต่อ 1-888-201-1014</li> <li>ปฏิเสธบริการใด ๆ หรือทั้งหมด</li> <li>มีบริการล่ามแปลภาษาให้ท่านฟรีโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหากท่านไม่สามารถพูดหรือเข้าใจภาษาอังกฤษได้ดี และ</li> <li>เลือกหรือเปลี่ยนผู้ให้บริการที่ DSHS รับรอง</li> </ul> | <p><b>ความรับผิดชอบของท่าน</b></p> <p>ท่านมีความรับผิดชอบต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ให้ผู้ดูแลรายกรณีทำการประเมินและทำแผนการดูแลของท่านให้เสร็จอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้งในสถานที่ที่สะดวกสำหรับท่าน</li> <li>ให้ผู้ดูแลรายกรณีเข้าตรวจสอบสภาพแวดล้อมการอยู่อาศัยของท่านอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง</li> <li>ให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่เราเพื่อทำการประเมินและการสมัครทางการเงินให้เสร็จสมบูรณ์</li> <li>แจ้งผู้ดูแลรายกรณีของท่านหากมีคนอื่นทำการตัดสินใจเกี่ยวกับการแพทย์หรือการเงินสำหรับท่าน (อาจจำเป็นต้องมีเอกสาร)</li> <li>เข้าร่วมในการพัฒนาแผนการดูแลของท่านและลงนาม</li> <li>เข้าใจว่าไม่สามารถชำระเงินค่าบริการหรือชั่วโมงบริการให้แก่ผู้ให้บริการของท่านได้หากผู้ดูแลรายกรณีของท่านไม่อนุญาต</li> <li>เลือกการดูแลสุขภาพของท่านเอง</li> <li>เลือกผู้ให้บริการที่ DSHS รับรอง สำหรับบริการที่ท่านเลือกและบริการที่ท่านมีสิทธิรับบริการ</li> <li>ติดต่อผู้ให้บริการของท่านหากท่านจำเป็นต้องเปลี่ยนเวลานัดหมายของ ท่านกับพวกเขา</li> <li>เข้าใจหน่วยงานดูแลที่บ้านที่ท่านเลือกเพื่อให้บริการดูแลส่วนบุคคลหรือดูแลระยะสั้นว่า             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ จะเริ่มบริการสำหรับท่านเมื่อพวกเขามีเจ้าหน้าที่ดูแลที่บ้านที่พร้อมให้บริการ</li> <li>✓ ต้องกำหนดนัดหมายบริการในบ้านของท่านล่วงหน้า</li> <li>✓ อาจปฏิเสธที่จะให้บริการท่านหากท่านไม่อยู่บ้านสองครั้งหรือมากกว่า เมื่อเจ้าหน้าที่ดูแลที่บ้านของท่านมาตามนัดหมายที่บ้านตามกำหนด</li> <li>✓ อาจจัดเตรียมยานพาหนะที่จำกัดแก่ท่านตามนโยบายการเดินทางของพวกเขา (หมายเหตุ อาจหมายความว่าพวกเขาอาจไม่จัดเตรียมยานพาหนะทั้งหมดท่านร้องขอ)</li> </ul> </li> <li>จัดเตรียมสถานที่ปฏิบัติงานที่มีความปลอดภัย</li> <li>แจ้งให้ผู้ดูแลรายกรณีของท่านรับทราบหากท่านมีปัญหากับผู้ให้บริการของท่านหรือหากท่านไม่ได้รับบริการตามจำนวนชั่วโมงที่ผู้ให้บริการของท่านกล่าวอ้าง</li> <li>ไม่กระทำการอันทำให้บุคคลใดตกอยู่ในอันตราย และ</li> <li>แจ้งให้ผู้ดูแลรายกรณีของท่านรับทราบหากมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องต่อไปนี้             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ อาการของท่าน</li> <li>✓ ความช่วยเหลือที่ท่านได้รับจากครอบครัวหรือผู้ให้บริการ</li> <li>✓ สถานที่ที่ท่านพักอาศัย หมายเลขโทรศัพท์ของท่าน หรือ</li> <li>✓ สถานการณ์ทางการเงินของท่าน</li> </ul> </li> </ul> |
|--|--|

|   |  |
|---|--|
| <p><b>ความรับผิดชอบของผู้ดูแลรายกรณี</b></p> <p>ผู้ดูแลรายกรณีของท่านมีความรับผิดชอบต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ปฏิบัติต่อท่านอย่างมีศักดิ์ศรีและให้เกียรติ</li> <li>• รักษาความเป็นส่วนบุคคลของท่าน</li> <li>• บอกให้ท่านทราบในสิ่งที่ AL TSA สามารถทำหรือไม่สามารถทำให้แก่ท่านได้</li> <li>• รับข้อมูลจากท่านและผู้อื่นเพื่อทำการประเมินและพัฒนาแผนการดูแลซึ่งได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ เป้าหมายของท่านและบริการที่ท่านเลือกซึ่งอาจช่วยท่านได้</li> <li>✓ ผู้ให้บริการที่ท่านได้เลือกให้บริการ / การสนับสนุนที่ท่านเลือก</li> </ul> </li> <li>• รับข้อมูลจากท่านและผู้อื่นเพื่อปรับปรุงแผนการดูแลของท่านอย่างน้อยทุกปีหรือเมื่อจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลง</li> <li>• ช่วยท่านค้นหาผู้ให้บริการที่ DSHS รับรอง</li> <li>• ให้ท่านมีเวลาเพียงพอในการให้ข้อมูลที่จำเป็น และ</li> <li>• เคารพต่อสิทธิของท่านและให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติมในการเข้าถึงบริการ หากท่านมีความบกพร่องทางจิต ทางประสาท ทางความรู้สึกร่างกาย</li> </ul> <p><b>คำสั่งล่วงหน้า</b></p> <p>ท่านมีสิทธิในการทำคำสั่งล่วงหน้า คำสั่งล่วงหน้าอาจจะรวมถึงหนังสือแสดงเจตนา (living will) หรือหนังสือมอบอำนาจถาวรสำหรับการดูแลสุขภาพของท่าน คำสั่งล่วงหน้าสรุปความปรารถนาของท่านเกี่ยวกับการดูแลทางการแพทย์และ/หรือสุขภาพจิต ซึ่งรวมถึงสิทธิในการยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาทางการแพทย์ การรักษาสุขภาพจิต หรือ การรักษาด้วยการศัลยกรรม เมื่อท่านไม่มีความสามารถทางจิตในการตัดสินใจเรื่องดังกล่าวได้ ท่านสามารถเพิกถอนคำสั่งล่วงหน้าของท่านได้ตลอดเวลา</p> | <p><b>บริการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง</b></p> <p>รัฐบัญญัติว่าด้วยการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้งแห่งชาติ ปี 1993 (National Voter Registration Act of 1993) กำหนดให้ทุกมลรัฐต้องให้ความช่วยเหลือในการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้งผ่านสำนักงานความช่วยเหลือสาธารณะ (public assistance offices) ของแต่ละมลรัฐ</p> <p>การสมัครลงทะเบียนหรือการปฏิเสธไม่ลงทะเบียนเพื่อลงคะแนนเสียงจะไม่ส่งผลกระทบต่อบริการหรือจำนวนสิทธิประโยชน์ที่หน่วยงานนี้จะให้แก่ท่าน</p> <p>หากท่านต้องการความช่วยเหลือในการกรอกแบบฟอร์มการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง เราสามารถช่วยท่านได้</p> <p>การตัดสินใจที่จะลงทะเบียนหรือจะปฏิเสธไม่ลงทะเบียนของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและถูกใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้งเท่านั้น</p> <p>หากท่านเชื่อว่ามิใช่รบกวนสิทธิในการลงทะเบียนหรือสิทธิในการปฏิเสธไม่ลงทะเบียนเพื่อลงคะแนนเสียงของท่าน สิทธิในความเป็นส่วนบุคคลของท่านในการตัดสินใจว่าจะลงทะเบียนหรือไม่หรือในการสมัครลงทะเบียนเพื่อลงคะแนนเสียง หรือ สิทธิในการเลือกพรรคการเมืองของท่านเอง หรือ ความชอบอื่นทางการเมืองของท่าน ท่านสามารถยื่นร้องเรียนต่อ:</p> <p style="text-align: center;">Washington State Elections Office<br/>PO Box 40229<br/>Olympia WA 98504-0229<br/>1-800-448-4881</p> <p><b>ลายมือชื่อของท่าน</b></p> <p>ลงลายมือชื่อในบรรทัดด้านล่างนี้หากท่านเข้าใจสิทธิและความรับผิดชอบของท่านและเข้าใจความรับผิดชอบของผู้ดูแลรายกรณีของท่าน</p> <p>_____</p> <p>ลายมือชื่อผู้รับบริการ</p> <p>_____</p> <p>วันที่</p> <p>_____</p> <p>ลายมือชื่อตัวแทนทางกฎหมาย</p> <p>_____</p> <p>วันที่</p> |
|---|--|

ประกาศสำหรับผู้รับบริการและพนักงาน (ลักษณะ VI และ VII) สำนักงานบริการสังคมและสาธารณสุขมลรัฐวอชิงตัน (Washington State Department of Social and Health Services) เป็นนายจ้างผู้ให้โอกาสที่เท่าเทียมกันและไม่เลือกปฏิบัติในการจ้างงานทุกด้าน

โครงการหรือบริการต่าง ๆ ของสำนักงาน ไม่ว่าด้วยเหตุผลด้านอายุ เพศ รสนิยมทางเพศ เพศสภาพ

อัตลักษณ์ทางเพศสภาพ/การแสดงออกทางเพศสภาพ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ ลัทธิความเชื่อ สีผิว ถิ่นที่มา ศาสนาหรือความเชื่อ

การเข้าร่วมทางการเมือง สถานะทางทหาร ทหารผ่านศึกที่ปลดประจำการอย่างมีเกียรติ ยุคเวียดนาม

สถานะทหารผ่านศึกที่เพิ่งปลดประจำการหรือที่ได้รับความคุ้มครองอื่น มีความทุพพลภาพทางการรับรู้ ทางจิต ทางกายภาพ หรือ

การใช้สุนัขนำทางหรือสัตว์ช่วยเหลือที่ได้รับการฝึกมาของบุคคลทุพพลภาพ ค่าตอบแทนที่เท่าเทียมกัน หรือ ข้อมูลทางพันธุกรรม

**สิทธิและหน้าที่ของท่านเมื่อท่านรับบริการ MAC หรือ TSOA ที่เสนอโดย  
ฝ่ายบริหารสนับสนุนผู้สูงอายุและการดูแลระยะยาว**

**คำแนะนำ**

1. แสดงแบบฟอร์มนี้ให้แก่ผู้รับบริการเมื่อทำการคัดกรองเบื้องต้นสำหรับ MAC หรือ TSOA เสร็จเรียบร้อยแล้ว  
หากผู้รับบริการเคยได้รับบริการแล้วและยังไม่เคยลงนามแบบฟอร์มเวอร์ชันนี้มาก่อน  
แสดงแบบฟอร์มให้ผู้รับบริการในการคัดกรองซ้ำครั้งถัดไป  
ตรวจสอบแบบฟอร์มร่วมกับผู้รับบริการเพื่อตอบคำถามเกี่ยวกับสิทธิและความรับผิดชอบของผู้รับบริการ  
ตรวจสอบให้แน่ใจว่ามีการทบทวนข้อมูลอย่างละเอียดเกี่ยวกับผู้ให้บริการหน่วยงานดูแลที่บ้านหากผู้รับบริการจะใช้ผู้ให้บริการ  
ประเภทนั้น
2. ให้ผู้รับบริการหรือตัวแทนของผู้รับบริการลงนามสำเนาแบบฟอร์มสองฉบับเพื่อระบุว่าเขา/เธอเข้าใจสิทธิและหน้าที่ของผู้รับ  
บริการเมื่อรับบริการที่นำเสนอโดยฝ่ายบริหารการสนับสนุนผู้สูงอายุและการดูแลระยะยาว
3. ส่งสำเนาหนึ่งฉบับใน Electronic File Cabinet ของผู้รับบริการ CLC / GetCare และมอบสำเนาอีกหนึ่งฉบับให้แก่ผู้รับบริการ