Clear All Fields | Print

DHS | Oregon Department of Human Services
AGING & PEOPLE WITH DISABILITIES

نموذج اختيار الممثل

Client

Date comp.

Case number

Prime number

Date of birth

SSN *(last 4)*

Branch code

Worker

Worker phone

بإمكاني استخدام هذا النموذج لاختيار ما يلي:

- ممثل عن المستهلك صاحب/ة العمل و/أو
- ممثل عن العميل.

ممثل عن المستهلك صاحب/ة العمل

أفهم إذا اخترت أن أحصل على الخدمات البيتية التي يقدمها عامل/ة الرعاية المنزلية، يتوجب علي أن أكون قادرًا على القيام بأحد العملين التاليين:

- إدارة واجبات صاحب/ة العمل المدرجة أدناه أو
- اختيار شخص ما لإدارتها لي.

واجبات صاحب/ة العمل

تشمل واجبات المستهلك صاحب/ة العمل، أو ممثل المستهلك صاحب/ة العمل ما يلي:

- إيجاد وإجراء عمليات الفحص وتوظيف العامل المؤهل في الرعاية المنزلية
- الإشراف على العامل في الرعاية المنزلية وتدريبه/ا.
- إعداد الجدول الزمني للعمل والإجازات والتغطية للعامل في الرعاية المنزلية
- تتبع الساعات التي عمل فيها والتحقق من إكمال الساعات المخولة التي يعمل فيها العامل في الرعاية المنزلية
- تمييز وجود أي مشاكل في العمل وبحثها ومحاولة تصحيحها مع عامل/ة الرعاية المنزلية
- إنهاء خدمة العامل/ة الغير مرضٍ في الرعاية المنزلية
- مراعاة جميع مسؤوليات صاحب/ة العمل بموجب القانون لضمان مكان عمل مأمون وخالٍ من المضايقات.

أنا أفهم أن:

لا يمكن لأي أحد دُفع له أن يكون مستهلكي
ممثل صاحب/ة العمل. إذا ثبت أن ممثل المستهلك صاحب العمل غير قادر على أداء واجباته/ا، يتوجب علي اختيار ممثل جديد. إذا اخترت ممثلًا للمستهلك صاحب عمل، ينبغي على أي قرارات أن تؤخذ بالتشاور معي.

يمكنكم الحصول على هذه الوثيقة بلغات أخرى، أو مطبوعة بخط كبير، أو مطبوعة على طريقة برايل أو حسب التنسيق المفضّل لديكم. أطلب المساعدة من الموظفين في المكتب المحلي. كما أننا نقبل كافة المكالمات المعمولة عبر المرحّلات أو يمكنكم
الاتصال بـ 711.

معلومات عن ممثل المستهلك صاحب العمل

ضع علامة على أحد هذه المربعات:

☐ اختار أن أقوم بإدارة واجبات صاحب/ة العمل الخاصة بي.

______________________________ ______________

توقيع المستهل صاحب/ة العمل *التاريخ*

☐ اختار أن يكون لدي ممثلًا عن المستهلك صاحب/ة العمل.

الاسم: ______________________________ (الأول، الأوسط، الأخير)

تاريخ الميلاد: ______________ العلاقة بي: ______________

عنوان الشارع: ______________________________

المدينة، الولاية، الرمز ______________________________

رقم (أرقام) الهاتف: ______________ *(تحديد نوع الرقم: الخليوي، العمل، المنزل)*

من خلال توقيعي أدناه، اتحمل المسؤولية، بالنيابة عن العميل، تجاه واجبات العميل المدرجة على الصفحة 1، تحت عنوان "الممثل عن المستهلك صاحب/ة العمل." إذا لم استطع أو إذا اخترت عدم الاستمرار بهذه الواجبات، سأحيط علمًا الشخص الذي كنت أساعده ومدير الحالة الخاص بذلك الشخص.

______________________________ ______________

توقيع الممثل عن المستهلك صاحب/ة العمل، إن وُجد *التاريخ*

الممثل عن العميل.

أفهم أنني استطيع أن أعين شخصًا لمساعدتي في وضع قرارات في الرعاية طويلة الأمد. كمثال على ذلك، قد يساعدني الشخص الذي اختاره في القرار حول مكان معيشتي، ومَن استخدم كمقدم للرعاية، واتخاذ القرارات التي تحافظ على سلامتي. ساستخدم هذا الشخص إذا احتجت للدعم أو إذا لم يكن بإمكاني اتخاذ القرارات بنفسي.

لا **يتوجب علي** أن أُسمي أي أحد. إذا لم أختر شخصًا وإذا تبين أنني لا يمكنني بعد الآن اتخاذ قرارات بنفسي، ستعين دائرة المسنين والأفراد المعاقين (APD) ممثلًا عن العميل لأجلي. ستستخدم دائرة المسنين والأفراد المعاقين (APD) الترتيب التالي للأولويات:

- الوصي أو ممثل قانوني آخر
- الزوج/ة
- أغلبية الأولاد في سن الرشد
- والد/ة
- أغلبية الإخوة/ات في سن الرشد
- أي قريب أو صديق بالغ
- وكالة أو شخص مدافع

إلا إذا أعطيت تعليمات أخرى، ستستخدم دائرة المسنين والأفراد المعاقين (APD) الشخص الذي أختاره فقط في حالة تحديد صادر عن طبيب أو مهني صحي آخر بأنني لم يعد باستطاعتي اتخاذ القرارات.

إذا اخترت تسمية ممثل عن العميل، أدرك أنه بغض النظر عمَّن اختار وإلى أي درجة أريدهم أن يكونوا معنيين:

- إذا حصل اختلاف مع صانع القرار المنتخب، ستستمع APD لي أولًا.
- لدي الحق بالاعتراض على القرارات التي لا أوافق عليها والتي يتخذها نيابة عني الممثل عن العميل الخاص بي.
- ستآزرني APD وتساندني على شمولي كلما يقوم الممثل عن العميل الخاص بي باتخاذ قرارات بالنيابة عني. أدرك أن APD ترغب في أن اتولى القيادة عندما يتعلق الأمر بالتخطيط لخدماتي.

باستطاعتي أن أرفض أو أغير الممثل/ين الخاصين بي عن العميل في أي وقت.

إني أفهم:

إنني **لا**يتوجب علي أن اختار ممثلًا عن العميل. إذا لم اختر ممثلًا عن العميل وإذا تعرضت صحتي وسلامتي للخطر، قد تعين APD ممثلًا لي.

إن استخدام ممثل للعميل:

- **لا** يعني أنني عاجز
- **لا** يجردني من حقوقي القانونية والمدنية.

معلومات الممثل عن العميل

ضع علامة على إحدى هذه المربعات ووقع أدناه.

☐ أنا لا أرغب في اختيار ممثل عن العميل.

☐ أنا فعلًا أرغب أن يكون لي ممثلًا عن العميل، ولكن ليس بإمكاني تحديد أحد حاليًا.

☐ لصنع القرارات في المستقبل، اختار الأشخاص التالين لاتخاذ قرارات تتعلق بالرعاية طويلة الأمد نيابة عني إذا تعذر علي ذلك:

اختياري الأول هو:

الاسم: ______________________ (الأول، الأوسط، الأخير)

تاريخ الميلاد: ____________ العلاقة بي: ____________

عنوان الشارع: ______________________

المدينة، الولاية، الرمز ______________________

رقم (أرقام) الهاتف: ____________ *(تحديد نوع الرقم: الخليوي، العمل، المنزل)*

اختياري الثاني هو:

الاسم: ______________________ (الأول، الأوسط، الأخير)

تاريخ الميلاد: ____________ العلاقة بي: ____________

عنوان الشارع: ______________________

المدينة، الولاية، الرمز ______________________

رقم (أرقام) الهاتف: ____________ *(تحديد نوع الرقم: الخليوي، العمل، المنزل)*

اختياري الثالث هو:

الاسم: ______________________ (الأول، الأوسط، الأخير)

تاريخ الميلاد: ____________ العلاقة بي: ____________

عنوان الشارع: ______________________

المدينة، الولاية، الرمز ______________________

رقم (أرقام) الهاتف: ____________ *(تحديد نوع الرقم: الخليوي، العمل، المنزل)*

______________________ ____________

توقيع العميل *التاريخ*

For APD office use only

☐ *No client representative identified. APD will appoint one if needed.*

Clear All Fields Print