Формуляр для обозначения выбора личного представителя

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

Я могу использовать этот формуляр для выбора:

- представителя работодателя – потребителя услуг и/или
- представителя клиента.

Представитель работодателя – потребителя услуг

Я понимаю, что если я решу воспользоваться услугами надомного обслуживания, предоставляемыми работником надомного обслуживания, я должен (должна) быть в состоянии либо:

- сам (-а) исполнять обязанности работодателя, перечисленные ниже; или
- выбрать кого-либо, кто смог бы исполнять их от моего имени.

Обязанности работодателя

К обязанностям работодателя – потребителя услуг или представителя работодателя – потребителя услуг относятся следующие:

- поиск, отбор и прием на работу квалифицированного работника надомного обслуживания;
- надзор и обучение работника надомного обслуживания;
- ведение графика часов работы, отпуска и подмены работника надомного обслуживания;
- ведение учета отработанных работником надомного обслуживания часов и проверка количества часов с количеством одобренных часов;
- распознание, обсуждение и попытки исправить вместе с работником надомного обслуживания любые проблемы, связанные с работой;
- прекращение трудоустройства работника надомного обслуживания с неудовлетворительными показателями; и
- соблюдение всех обязанностей работодателя, требуемых законом, с целью обеспечения рабочих условий, не допускающих домогательств.

Я понимаю, что:

Никто из лиц, получающих оплату за предоставление мне услуг, не может быть моим представителем работодателя – потребителя услуг. Если будет установлено, что мой представитель работодателя – потребителя услуг не в состоянии выполнять свои обязанности, я должен (должна) буду подобрать ему замену. Если я выберу представителя работодателя – потребителя услуг, любые решения должны по-прежнему приниматься мной.

Client _____

Date comp. _____

Case number _____

Prime number _____

Date of birth _____

SSN *(last 4)* _____

Branch code _____

Worker _____

Worker phone _____

Вы можете получить текст этого документа на другом языке, напечатанный крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в каком-либо другом предпочитаемом вами формате. Обратитесь за помощью к сотрудникам местного отделения. Мы отвечаем на любые вызовы по линии трансляционной связи; кроме того, вы можете набрать номер 711.

Информация о представителе работодателя – потребителя услуг

Поставьте галочку рядом с одним из этих ответов:

☐ Я предпочитаю сам (-а) исполнять свои обязанности работодателя.

_____ _____

Подпись работодателя – потребителя услуг *Дата*

☐ Я предпочитаю пользоваться услугами представителя работодателя – потребителя услуг.

Имя, фамилия: _____ (имя, второе имя или отчество, фамилия)

Дата рождения: _____ Кем приходится мне: _____

Адрес (дом, улица): _____

Город, штат, почтовый индекс: _____

Телефон (-ы): _____ *(уточните: моб., раб., дом.)*

Ставя свою подпись ниже, я беру на себя ответственность, от имени клиента, за обязанности работодателя, перечисленные на странице 1 в разделе «Представитель работодателя – потребителя услуг». Если я окажусь не в состоянии или откажусь от выполнения этих обязанностей, я сообщу об этом лицу, которому я помогал (-а), а также куратору его (ее) личного дела.

_____ _____

Подпись представителя работодателя – потребителя услуг, если применимо *Дата*

Представитель клиента

Я понимаю, что могу назначить лицо для оказания мне помощи в принятии решений о долгосрочном уходе. Например, выбранное мной лицо может помочь мне решить, где проживать, кого использовать в качестве поставщика услуг, а также принимать решения, которые обеспечат мою безопасность. Я могу воспользоваться услугами этого лица, если мне потребуется поддержка или я не в состоянии далее принимать решения самостоятельно.

Мне **не** обязательно указывать чье-либо имя. Если я не укажу чье-либо имя, а затем будет установлено, что я не в состоянии далее принимать решения самостоятельно, Отдел поддержки престарелых и лиц с ограниченными возможностями (APD) назначит представителя клиента от моего имени. Отдел APD будет придерживаться следующей преимущественной очередности:

- опекун или другой законный представитель;
- супруг (супруга);
- большинство совершеннолетних детей;
- родитель;
- большинство совершеннолетних братьев и сестер;
- любой совершеннолетний родственник или друг (подруга);
- юридическое или физическое лицо, защищающее интересы клиента.

При отсутствии иных указаний, Отдел APD будет работать с выбранным мной лицом, только если врач или другой медицинский специалист определит, что я не в состоянии далее принимать решения самостоятельно.

Если я предпочту назначить представителя клиента, я понимаю, что независимо от выбранного мной лица и предпочитаемого мной объема его (ее) вовлеченности:

- В случае расхождения мнений между мной и выбранным представителем, принимающим решения, Отдел APD прислушается к моему мнению в первую очередь.
- Я имею право оспаривать решения, принятые моим представителем от моего имени, в случае моего несогласия с ними.
- Отдел APD будет поддерживать меня и способствовать тому, чтобы я выражал (-а) свое мнение в каждом случае, когда мой представитель принимает решения от моего имени. Я понимаю, что Отдел APD желает, чтобы я занимал (-а) главенствующее положение, когда речь идет о планировании моих услуг.

Я могу отозвать или поменять выбранного мной представителя (представителей) клиента в любое время.

Я понимаю:

Мне **не** обязательно выбирать представителя клиента. Если я не выберу представителя клиента, и мое здоровье или безопасность окажутся под угрозой, Отдел APD может назначить представителя от моего имени. Пользование услугами представителя клиента:

- **не** означает, что я недееспособен (-на)
- **не** лишает меня моих законных и гражданских прав.

Информация о представителе клиента

Отметьте один из этих пунктов и подпишите ниже.

☐ Я не желаю выбирать представителя клиента.

☐ Я желаю пользоваться услугами представителя клиента, но в настоящий момент не могу определиться с выбором.

☐ Я выбираю указанных ниже лиц для принятия дальнейших решений о долгосрочном уходе от моего имени, в случае моей недееспособности:

Мой первый выбор:

Имя, фамилия: _____ (имя, второе имя или отчество, фамилия)

Дата рождения: _____ Кем приходится мне: _____

Адрес (дом, улица): _____

Город, штат, почтовый индекс: _____

Телефон (-ы): _____ *(уточните: моб., раб., дом.)*

Мой второй выбор:

Имя, фамилия: _____ (имя, второе имя или отчество, фамилия)

Дата рождения: _____ Кем приходится мне: _____

Адрес (дом, улица): _____

Город, штат, почтовый индекс: _____

Телефон (-ы): _____ *(уточните: моб., раб., дом.)*

Мой третий выбор:

Имя, фамилия: _____ (имя, второе имя или отчество, фамилия)

Дата рождения: _____ Кем приходится мне: _____

Адрес (дом, улица): _____

Город, штат, почтовый индекс: _____

Телефон (-ы): _____ *(уточните: моб., раб., дом.)*

_____ _____

Подпись клиента *Дата*

For APD office use only

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