Mẫu Lựa chọn Đại diện

Oregon Department of Human Services
AGING & PEOPLE WITH DISABILITIES

Tôi có thể sử dụng mẫu này để chọn:

- Một đại diện cho người tiêu dùng/chủ thuê việc và/hoặc
- Một đại diện cho thân chủ

Đại diện cho người tiêu dùng/chủ thuê việc

Tôi hiểu rằng nếu tôi quyết định nhận các dịch vụ tại nhà do nhân viên chăm sóc tại nhà cung cấp, tôi phải có khả năng:

- Quản lý các nghĩa vụ được liệt kê dưới đây, hoặc
- Chọn một ai đó để quản lý chúng cho tôi.

Các nghĩa vụ của người tiêu dùng/chủ thuê việc

Nghĩa vụ của người tiêu dùng/chủ thuê việc, hoặc của đại diện của người tiêu dùng/chủ thuê việc, bao gồm:

- Tìm, tuyển chọn, và thuê một nhân viên chăm sóc tại nhà đủ tiêu chuẩn
- Giám sát và huấn luyện nhân viên chăm sóc tại nhà
- Xác định thời gian làm việc, những ngày nghỉ phép và người làm thay cho nhân viên chăm sóc tại nhà
- Theo dõi và xác định số giờ làm việc được chấp thuận mà nhân viên chăm sóc tại nhà đã hoàn tất
- Xác định, thảo luận và cố gắng khắc phục bất cứ vấn đề nào trong công việc với nhân viên chăm sóc tại nhà
- Sa thải nhân viên chăm sóc tại nhà không đạt yêu cầu và
- Thực thi mọi nhiệm vụ của chủ thuê việc theo quy định pháp luật để đảm bảo nơi làm việc được an toàn khỏi sự quấy rối.

Tôi hiểu rằng:

Không một ai được trả tiền để cung cấp dịch vụ cho tôi được quyền làm đại diện
người tiêu dùng/chủ thuê việc của tôi. Nếu đại diện người tiêu dùng/chủ thuê việc của tôi được xác định là không đủ khả năng thi hành nhiệm vụ, tôi phải chọn một người mới. Nếu tôi chọn một đại diện người tiêu dùng/chủ thuê việc, mọi quyết định vẫn cần phải được thảo luận cùng tôi.

Client _____

Date comp. _____

Case number _____

Prime number _____

Date of birth _____

SSN *(last 4)* _____

Branch code _____

Worker _____

Worker phone _____

Quý vị có thể yêu cầu tài liệu này bằng ngôn ngữ khác, bản in khổ lớn, chữ nổi hoặc theo định dạng mong muốn. Hãy yêu cầu nhân viên văn phòng địa phương giúp quý vị. Chúng tôi chấp nhận tất cả các cuộc gọi chuyển tiếp hoặc quý vị có thể bấm số 711.

Thông tin về người đại diện cho người tiêu dùng/chủ thuê việc

Đán dấu chọn một trong các ô sau đây:

☐ Tôi chọn tự quản lý các nhiệm vụ dành cho chủ thuê việc của riêng tôi.

_____ _____

Chữ ký của chủ thuê việc/người tiêu dùng *Ngày*

☐ Tôi chọn sử dụng một đại diện chủ thuê việc/người tiêu dùng.

Tên: _____ (tên, tên lót, họ)

Ngày sinh: _____ Mối quan hệ với tôi: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố, tiểu bang, mã bưu chính: _____

(Các) Số điện thoại: _____ *(ghi rõ loại: di động, sở làm, nhà)*

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi thay mặt thân chủ đảm nhận những trách nhiệm của người tiêu dùng được liệt kê ở trang 1, dưới mục "Đại diện cho người tiêu dùng/chủ thuê việc." Nếu tôi không thể hoặc không muốn tiếp tục thi hành nhiệm vụ này, tôi sẽ thông báo cho cá nhân này biết và nhân viên quản lý hồ sơ của họ.

_____ _____

Chữ ký của đại diện người tiêu dùng/chủ thuê việc, nếu có *Ngày*

Đại diện cho thân chủ

Tôi hiểu rằng tôi có thể chỉ định một người nào đó để giúp tôi đưa ra quyết định về vấn đề chăm sóc lâu dài. Ví dụ, người tôi chọn có thể giúp tôi quyết định nơi ở, chọn bác sĩ, và đưa ra những quyết định giúp cho tôi được an toàn. Tôi sẽ nhờ người này nếu tôi muốn được hỗ trợ hoặc khi không còn có thể tự ra quyết định.

Tôi **không cần** nêu tên bất cứ ai. Nếu tôi không chọn người nào và tôi được xác định là không thể tự đưa ra quyết định, ADP sẽ bổ nhiệm một đại diện cho tôi. APD sẽ sử dụng thứ tự ưu tiên sau đây:

- Người giám hộ hoặc người đại diện hợp pháp khác
- Vợ/chồng
- Đa số những người con ở tuổi trưởng thành
- Cha/Mẹ
- Đa số anh chị em ở tuổi trưởng thành
- Bất kỳ thân nhân hoặc người bạn nào ở tuổi trưởng thành
- Cơ quan hoặc cá nhân hỗ trợ

Trừ khi tôi đưa ra chỉ dẫn khác, APD sẽ sử dụng người tôi chọn chỉ khi nào các bác sĩ hoặc chuyên gia y tế xác định rằng tôi không còn khả năng tự đưa ra quyết định.

Nếu tôi chọn sử dụng một đại diện thân chủ, tôi hiểu rằng bất kể người tôi chọn là ai và bất kể tôi muốn họ tham gia ở mức độ nào:

- Nếu tôi không đồng ý với người quyết định thay tôi, APD sẽ nghe theo ý kiến của tôi trước.
- Tôi có quyền phản đối các quyết định mà đại diện của tôi đưa ra thay tôi mà tôi không đồng ý.
- APD sẽ khuyến khích và hỗ trợ tôi để tôi có thể được đóng góp ý kiến bất cứ khi nào đại diện của tôi đưa ra quyết định thay tôi. Tôi hiểu rằng APD muốn cho tôi có quyền kiểm soát trong việc lập kế hoạch chăm sóc cho tôi.

Tôi có thể thu hồi hoặc thay đổi (những) đại diện mà tôi đã chọn bất cứ lúc nào.

Tôi hiểu rằng:

Tôi **không** phải chọn một đại diện thân chủ. Nhưng nếu tôi không chọn một đại diện thân chủ và sức khỏe hoặc sự an toàn của tôi gặp nguy cơ, APD có thể chỉ định một đại diện cho tôi.

Việc sử dụng đại diện thân chủ:

- **Không** có nghĩa là tôi không đủ năng lực
- **Không** tước đi quyền pháp lý và quyền công dân của tôi.

Thông tin về đại diện thân chủ

Đán dấu chọn một trong các ô này và ký tên dưới đây.

☐ Tôi không muốn một đại diện thân chủ.

☐ Tôi muốn có một đại diện thân chủ, nhưng không thể xác định được ai vào thời điểm này.

☐ Đối với những quyết định trong tương lai, tôi chọn những người sau đây để thay đôi ra quyết định về vấn đề chăm sóc lâu dài của tôi nếu tôi không còn khả năng tự quyết định:

Lựa chọn đầu tiên của tôi là:

Tên: _____ (tên, tên lót, họ)

Ngày sinh: _____ Mối quan hệ với tôi: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố, tiểu bang, mã bưu chính: _____

(Các) Số điện _____ *(ghi rõ loại: di động, sở làm, nhà)*

Lựa chọn thứ hai của tôi là:

Tên: _____ (tên, tên lót, họ)

Ngày sinh: _____ Mối quan hệ với tôi: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố, tiểu bang, mã bưu chính: _____

(Các) Số điện _____ *(ghi rõ loại: di động, sở làm, nhà)*

Lựa chọn thứ ba của tôi là:

Tên: _____ (tên, tên lót, họ)

Ngày sinh: _____ Mối quan hệ với tôi: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố, tiểu bang, mã bưu chính: _____

(Các) Số điện _____ *(ghi rõ loại: di động, sở làm, nhà)*

_____ _____

Chữ ký của thân chủ *Ngày*

For APD office use only

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