# ສິດທິຂອງຄົນໄຂ້ທີ່ຢູ່ໃນສຖານທີ່ເບິ່ງແຍງຮັກສາຣັຖມິນນີໂຊຕາ
# (MINNESOTA HOME CARE BILL OF RIGHTS-Lao)

ອີງຕາມກົດໝາຍແຫ່ງຣັຖມິນນີໂຊຕາ, ມາຕຣາ 144A.44
ເພື່ອໃຫ້ຜູ້ບໍຣິການທີ່ໄດ້ຮັບ ອະນຸຍາດ ກ່ຽວການຮັກສາເບິ່ງແຍງ ຢູ່ທີ່ບ້ານເທົ່ານັ້ນປະຕິບັດ.

ສິດທິຕ່າງໆອີງຕາມກົດໝາຍທີ່ໄດ້ຣະບຸໄວ້ມີຄື

ບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບການຮັກສາເບິ່ງແຍງຢູ່ທີ່ບ້ານ ມີສິດທິດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

1. ມີສິດໄດ້ຮັບໜັງສືແຈ້ງບອກເຖິງສິດທິກ່ອນທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຮັກສາເບິ່ງເຍງ ຫຼືໃນລະຍະການໄປກວດປະເມີນ ອາການຄັ້ງແຣກກ່ອນທີ່ຈະເລີ່ມການປິ່ນປົວ, ລວມທັງການຊີ້ແຈງເຖິງສິ່ງທີ່ຕ້ອງຄວນເຮັດ ຖ້າຫາກວ່າຖືກລະເມີດສິດທິ.

2. ມີສິດໄດ້ຮັບການຮັກສາເບິ່ງແຍງແລະບໍຣິການຕາມແຜນການອັນເໝາະສົມແລະ ໃຫ້ຖືກຕາມມາຕການແພດຫຼື ພຍາບານ ປະກອບສ່ວນ ອອກຄຳເຫັນ ໃນການວາງ ແຜນແລະປ່ຽນແປງພ້ອມກວດປະເມີນການຮັກສາ ເບິ່ງແຍງແລະການບໍຣິການ.

3. ມີສິດໄດ້ຮັບແຈ້ງໃຫ້ຮູ້ລ່ວງໜ້າກ່ອນໄດ້ຮັບການຮັກສາເບິ່ງແຍງກ່ຽວກັບການບໍຣິຫານ, ແພດຂະແນງໃດຈະກຳກັບການ ຮັກສາເບິ່ງແຍງການມາຢ້ຽມຢາມຈັກເທື່ອ, ແລະ ວິທີທາງອື່ນໆອີກທີ່ມີໃຫ້ເລືອກ, ແລະຜົນສະທ້ອນຂອງສິ່ງທີ່ທ່ານເລືອກ, ລວມທັງ ຜົນສະທ້ອນຂອງການປະຕິເສດການບໍຣິການເຫຼົ່ານີ້.

4. ມີສິດໄດ້ຮັບແຈ້ງລ່ວງໜ້າ ຖ້າຫາກຈະມີການປ່ຽນແປງຂອງແຜນການຮັກສາເບິ່ງແຍງ ແລະປະກອບສ່ວນອອກ ຄຳເຫັນໃນ ການປ່ຽນແປງໃດໆ.

5. ມີສິດທີ່ຈະປະຕິເສດການບໍຣິການຫຼືການປິ່ນປົວ.

6 . ມີສິດໄດ້ຮັບແຈ້ງລ່ວງໜ້າ ກ່ຽວກັບການຈຳກັດຂອງການບໍຣິການຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍຣິການ, ແລະເງື່ອນໃຂກ່ຽວກັບການຢຸດ ບໍຣິການຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍຣິການ.

7. ມີສິດໄດ້ຮັບແຈ້ງລ່ວງໜ້າກ່ອນໄດ້ຮັບການຮັກສາເບິ່ງແຍງວ່າການບໍຣິການນັ້ນຈະ ຖືກຈ່າຍໂດຍບໍຣິສັດປະກັນພັຍເອກຊົນ ຫຼືໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອພຍາບານຫຼື ໂຄງການ ສາທາຣະນະສຸກອື່ນໆ ໂດຍຣາຄາຂອງບໍຣິການທີ່ເມດິເຄບໍ່ຊ່ວຍຈ່າຍ ແລະ ຣາຄາ ທີ່ຄົນເຈັບອາດຈະຈ່າຍເອງ.

8. ມີສິດຮູ້ຈັກຣາຄາຄ່າບໍຣິການໂດຍກ່ຽວວ່າໃຜຈະເປັນຜູ້ຈ່າຍ.

9. ມີສິດຮູ້ຈັກວ່າໃນເຂດຄຸ້ມບ້ານນັ້ນມີການບໍຣິການອື່ນໆຫຍັງແດ່ ລວມທັງການຮັກສາ ເບິ່ງແຍງຢູ່ບ້ານແລະຜູ້ບໍຣິການອື່ນໆ, ແລະຮູ້ຈັກບ່ອນຕິດຕໍ່ກ່ຽວກັບ ການບໍຣິການ ເຫຼົ່ານີ້ເວລາຕ້ອງການ.

10. ມີສິດເລືອກເອົາຜູ້ບໍຣິການຕ່າງໆໄດ້ຢ່າງອິສຣະແລະມີສິດປ່ຽນຜູ້ບໍຣິການນັ້ນໄດ້ເຖິງ ແມ່ນວ່າ ໄດ້ເລີ່ມການບໍຣິການນັ້ນ ມາແລ້ວ ກໍຕາມ ພາຍໃນຂອບເຂດຈຳກັດ ຂອງປະກັນພັຍ ໂຄງການ ຊ່ວຍເຫຼືອພຍາບານຫຼືໂຄງການສຸຂພາບອື່ນໆ.

11. ມີສິດຮັກສາຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ, ການເງິນ, ການພຍາບານຂອງຕົນໄວ້ເປັນຄວາມລັບສ່ວນຕົວ, ແລະມີສິດຖືກແຈ້ງແນະນຳກ່ຽວກັບນະໂຍບາຍແລະວິທີການດຳເນີນຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍຣິການ.

12. ມີສິດຮັບອະນຸຍາດຄົ້ນເບິ່ງຂໍ້ມູນຕ່າງໆແລະລາຍການບັນທຶກຈາກເອກກະສານຕ່າງໆ ຕາມກົດໝາຍທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນມາຕຣາ 144.355.

13. ມີສິດໄດ້ຮັບການບໍຣິການທີ່ດີຈາກບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົບອັນເໝາະສົມແລະ ມີຄວາມສາມາດພຽງພໍຕໍ່ໜ້າທີ່ເຂົາເຈົ້າ.

14. ມີສິດຖືກຕ້ອນຮັບຢ່າງມີກຽດແລະນັບຖື ແລະສິ່ງຂອງຄົນເຈັບຖືກຮັກສາເບິ່ງແຍງ ດ້ວຍຄວາມນັບຖື.

15. ມີສິດພົ້ນຈາກການຖືກທາລຸນຂົ່ມເຫັງທາງຮ່າງກາຍແລະ ວາຈາ.

16. ມີສິດໄດ້ຮັບປະກາດໃຫ້ຊາບລ່ວງໜ້າກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງໃນການບໍຣິການ ຫຼື ການປ່ຽນແປງ ຣາຄາຄ່າບໍຣິການ.

17. ມີສິດໄດ້ຮັບການປະສານງານໃນການຍົກຍ້າຍ ໃນເມື່ອມີການທີ່ຈະປ່ຽນແປງການບໍຣິການ.

18. ມີສິດຂໍຄວາມເປັນທັມກ່ຽວການປິ່ນປົວ ຫຼືການຮັກສາເບິ່ງແຍງ, ຫຼືຄວາມພາດພັ້ງ, ຫຼື ການບໍ່ໃຫ້ກຽດແລະນັບຖືແກ່ຄົນເຈັບ ຫຼື ສິ່ງຂອງຂອງຄົນເຈັບ.

19. ມີສິດຮູ້ຈັກຕິດຕໍ່ກັບບຸກຄົນທີ່ມີໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບແກ້ໄຂບັນຫາແລະໃຫ້ຜູ້ບໍຣິການສືບສວນ ແລະພຍາຍາມ ແກ້ໄຂຄຳຮ້ອງທຸກຫຼືຄຳຕຳນິຕິຕຽນ.

20. ມີສິດຮູ້ຈັກຊື່ແລະທີ່ຢູ່ຫ້ອງການຂອງຣັຖບານແຫ່ງຣັຖ ຫຼືເຂດເມືອງເພື່ອຕິດຕໍ່ຂໍ ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມຕື່ມ.

21. ມີສິດທວງເອົາສິດທັງປວງເຫຼົ່ານີ້ໂດຍຕົນເອງຫຼືໂດຍຄອບຄົວຫຼືຜູ້ປົກຄອງເມື່ອເວລາ ຄົນເຈັບຖືກຕັດສິນບໍ່ສາມາດຊ່ວຍຕົນເອງ ໄດ້ໂດຍປັສະຈາກການບາດໝາງໃດໆທັງສິ້ນ.

**ສິດທິເຫຼົ່ານີ້ໄດ້ແຕ່ງຂຶ້ນເພື່ອຜົນປະໂຍດຂອງຄົນເຈັບຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບການຮັກສາເບິ່ງແຍງຢູ່ບ້ານ.**

ຖ້າຫາກທ່ານມີຄຳຕຳນິຕິຕຽນໃດໆກ່ຽວກັບອົງການ ຫຼືບຸກຄົນທີ່ບໍລິການຮັກສາ ເບິ່ງແຍງ ຢູ່ບ້ານ, ທ່ານສາມາດຈະໂທຣສັພ, ຂຽນຈົດໝາຍ, ຫຼືຈະເຂົ້າໄປຫາດ້ວຍຕົນເອງທີ່ຫ້ອງການ ພະແນກ ຮັບຟັງຄຳຕຳນິຕິຕຽນຂອງກະຊວງສາທາຣະນະສຸກ, ຫຼື ທ່ານອາດໂທຣສັພ ຕິດຕໍ່ ໄປຍັງ ຫ້ອງການ ຮັບຟັງຄຳຮ້ອງທຸກຂອງຜູ້ອາວຸໂສຂອງຣັຖມິນນີໂຊຕາ.

ຫ້ອງການຮັບຟັງຄຳຕຳນິຕິຕຽນດ້ານສຸຂພິບານ
Minnesota Department of Health
Office of Health Facility Complaints
P.O.Box 64970
St. Paul, Minnesota 55164-0970

ເລກໂທຣສັບ:
1-800-369-7994 ຫຼື
(612) 215-8702

ຫ້ອງການຮັບຟັງຄຳຮ້ອງທຸກຂອງຜູ້ອາວຸໂສຂອງຣັຖມິນນີໂຊຕາ
Ombudsman For Older Minnesotans
Metro Square Building
121 East Seventh Place
Suite 400
St. Paul, Minnesota  55101

ເລກໂທຣສັບ:
(651) 296-0382 ຫຼື
1-800-657-3591

**ສຳລັບລາຍລະອຽດເພີ່ມເຕີມ ກ່ຽວກັບເອກກະສານທີ່ແປນີ້, ກະຣຸນາ ຕິດຕໍ່ໄດ້ທີ່ ກະຊວງສາທາຣະນະສຸກ ຣັຖມິນນີໂຊຕາ** Minnesota Department of Heath (651) 215-8700.

=====================================================================

ຊື່ຂອງຜູ້ທີ່ບໍຣິການ:_______________________________________________

ທີ່ຢູ່:_______________________________________________________

ຊື່/ຕຳແໜ່ງຂອງບຸກຄົນທີ່ຖືກກ່າວຫາ:___________________________________

_______________________________________________________________

(ລາຍເຊັນຂອງຄົນເຈັບຫຼືຕົວແທນຮັບຜິດຊອບ) (ວັນທີ)