

Kratak pregled prava primalaca usluga iz oblasti mentalnog zdravlja

Ovo je kratak pregled vaših osnovnih prava kao primaoca usluga po Pravima primaoca usluga iz oblasti mentalnog zdravlja. Imate pravo da dobijete kompletan dokument o pravima preko ove službe ili preko Department of Health and Human Services, Office of Adult Mental Health Services, 11 State House Station-Marquardt Bldg. 2nd Floor, Augusta, Maine 04333, broj telefona (207) 287-4243 ili 1-800-606-0215 (za gluve osobe). Takođe, možete naći punu verziju prava na <http://www.maine.gov/dhhs/mh/rights/-legal/index.html>. Ukoliko ste gluvi ili ne razumijete engleski, tumač će vam biti dostupan kako biste mogli razumjeti svoja prava.

1. Opšta prava: Vi imate ista građanska, ljudska i zakonska prava kao i svi ostali građani. Imate pravo da se s vama postupa učtivo i s punim poštovanjem vaše ličnosti i dostojanstva.
2. Povjerljivost i dostupnost dokumenata: Imate pravo da se vaši dokumenti čuvaju povjerljivim i da mogu biti dati na uvid nekome drugom samo uz vaš pismeni pristanak. Imate pravo da pregledate vaše dokumente u bilo koje razumno vrijeme. Možete dodati pisane komentare u vaše dokumente kako biste razjasnili informacije za koje vjerujete da su netačne ili nepotpune. Nikom osim vama ne mogu biti dostupni vaši zdravstveni dokumenti osim uz vašu izričitu dozvolu mogu ih vidjeti i drugi, izuzev u slučajevima opisanim u knjizi o cjelokupnim pravima.
3. Individualizovani tretman ili plan usluge: Imate pravo da zahtijevate plan tretmana i liječenje koje će socijalni radnik napraviti zajedno sa vama, a koji će biti u skladu vaših potreba. Plan liječenja mora biti u pismenoj formi i imate pravo na kopiju. Plan mora sadržati detalje šta će ko raditi, vremenski period u kojem će zadaci i ciljevi biti postignuti i kako će se ocjenjivati uspjeh tretmana. Plan mora biti zasnovan na vašim stvarnim potrebama i u slučaju da su neophodne usluge nedostupne, plan se mora korigovati.
4. Davanje saglasnosti: Nijedan tretman ne može vam se nametati bez vašeg pristanka. Ukoliko imate staratelja, on ili ona su ovlašćeni da donesu odluke bez vašeg pristanka. Imate pravo da budete informisani o mogućim rizicima i očekivanim beneficijama svih usluga i tretmana, uključujući i lijekove, na način koji razumijete. Ukoliko imate bilo kakvih pitanja, možete se obratiti svom zaduženom radniku ili drugoj osobi prije nego donesete odluku o tretmanu ili uslugama. Ako je staratelj ovlašćen da donosi odluke u vaše ime, staratelj ima pravo da bude u potpunosti informisan o svim rizicima i beneficijama ili predloženim tretmanima ili uslugama.
5. Pomoć u cilju zaštite prava: Vaše je pravo da imenujete predstavnika po vašem izboru da vam pomogne da razumijete svoja prava, da zaštititi vaša prava ili da vam pomogne u izradi plana usluge ili tretmana. Ukoliko želite predstavnika, morate to učiniti u pismenoj formi. Možete imati pristupa predstavniku u bilo koje doba i možete ga zamijeniti ili otkazati mu u bilo kom trenutku.
6. Izolovanost i zadržavanje. Ne možete biti izolovani ili zadržani u društvenim ustanovama.

Jedino možete biti zadržani u bolnici u skladu sa procedurama opisanim u Pravima primaoca usluga iz oblasti mentalnog zdravlja, dio B, odjeljak VII.

7. Pravo na ulaganje žalbe. Imate pravo žalbe ako su vam prava prekršena ili se ne slažete sa tretmanom. Odgovor na žalbu treba da primite u pismenoj formi u kojoj će stajati razlozi odluke. Na odluku se možete žaliti Office of Adult Mental Health Services (Kancelarija za usluge mentalnog zdravlja odraslih). Ne možete biti kažnjeni ni na koji način zbog ulaganja žalbe. Niko vam se ne može svetiti zbog podnošenja žalbe. U pisanju žalbe može vam pomoći Grievance Coordinator (Kordinator za žalbe) 11 State House Station-Marquardt Bldg. 2nd Floor, Augusta, Maine 04333, telefon službe je: 287-4249 ili Disability Rights Center of Maine (Centar za zaštitu invalida), P. O. Box 2007, Augusta, Maine 04338. Telefon je: 1-800-452-1948

Uručena mi je kopija kratke verzije dokumenta "Prava korisnika usluga iz oblasti mentalnog zdravlja".

Potpis klijenta _____

Datum _____

Potpis svjedoka _____

Datum _____