

## PROCEDIMENTO DE RECLAMAÇÕES PARA CONSUMIDORES DO OSCIL

Qualquer consumidor do OSCIL que tenha uma reclamação é incentivado a observar as seguintes etapas:

1. Discutir a reclamação com o coordenador de vida independente.
2. Se a reclamação não tiver sido resolvida, o consumidor deve marcar uma reunião com o Gerente de Programas.
3. Se a situação não for regularizada, o consumidor pode discutir o problema com o Diretor Executivo.
4. Se o consumidor ainda não estiver satisfeito, o Diretor Executivo marcará uma reunião com todas as partes envolvidas e documentará a discussão. Todas as partes assinarão o documento de ata da reunião.
5. Se, após a reunião, o consumidor estiver insatisfeito com o resultado ou decisão, pode apelar ao C.A.P.

**Nota 1: A QUALQUER tempo, um consumidor tem a liberdade de apelar diretamente ao C.A.P.**

**Nota 2: Consulte os Direitos do Consumidor do OSCIL que explicam o processo de apelação ao C.A.P. Caso tenha perdido a sua cópia, outra via lhe será fornecida, mediante solicitação.**

OSCIL.org

Documentos de conformidade





# OCEAN STATE CENTER FOR INDEPENDENT LIVING

1944 Warwick Ave, Warwick, RI 02889 ~ 175 Main St, Pawtucket, RI 02860

Phone: 401-738-1013 ~ VP: 244-7792 ~ Website: oscil.org

## Confidencialidade de registros de consumidores

**O OCEAN STATE CENTER FOR INDEPENDENT LIVING ESTÁ EM CONFORMIDADE COM 34 CRF 366.42 (b), QUE AFIRMA:**

**“O USO DE INFORMAÇÕES E REGISTROS RELATIVOS A INDIVÍDUOS DEVE SER LIMITADO APENAS A FINS DIRETAMENTE LIGADOS À AGÊNCIA, INCLUINDO ATIVIDADES DE AVALIAÇÃO; E TAIS INFORMAÇÕES PESSOAIS NÃO PODEM SER DIVULGADAS, DE FORMA DIRETA OU INDIRETA, SEM O CONSENTIMENTO, POR ESCRITO, DO INDIVÍDUO DA AGÊNCIA.”**

**LI E COMPREENDO QUE AS INFORMAÇÕES NO MEU REGISTRO SERÃO MANTIDAS EM SIGILO.**

**TAMBÉM COMPREENDO QUE AS INFORMAÇÕES NÃO SERÃO DIVULGADAS A OUTRAS AGÊNCIAS OU PESSOAS SEM A MINHA NOTIFICAÇÃO E CONSENTIMENTO.**

OSCIL.org

Documentos de conformidade



Revisado em 12/2022



# OCEAN STATE CENTER FOR INDEPENDENT LIVING

1944 Warwick Ave, Warwick, RI 02889 ~ 175 Main St, Pawtucket, RI 02860

Phone: 401-738-1013 ~ VP: 244-7792 ~ Website: oscil.org

## SEUS DIREITOS E RESPONSABILIDADES COMO CONSUMIDOR DO OSCIL



**Qualquer consumidor do OSCIL que sinta que seus direitos tenham sido violados tem o direito a uma apelação às seguintes decisões:**

1. Sua elegibilidade para os serviços.
2. Prestação de serviços.

**A seguir, encontra-se uma lista dos “seus direitos” como consumidor do OSCIL:**

1. Direito a uma avaliação justa e completa a fim de determinar elegibilidade.
2. Direito a saber o motivo pelo qual você não se qualifica para os serviços.
3. Direito a um processo de apelação.
4. Direito ao sigilo dos registros.
5. Direito a um parceiro no planejamento de metas e serviços.
6. Direito ao envolvimento contínuo de um coordenador de vida independente por toda a sua reabilitação.
7. Você (ou seu representante) tem o direito de consultar seu arquivo a QUALQUER tempo.
8. Caso não entenda algo em seu arquivo, consulte o seu coordenador de vida independente.
9. Você tem o direito a solicitar formatos alternativos de documentos e modos alternativos de comunicação.

**As suas responsabilidades como consumidor são as seguintes:**

1. Responsabilidade de participar e seguir seus planos com o seu coordenador de vida independente.
2. Responsabilidade de se manter em contato com seu coordenador de vida independente.
3. Responsabilidade de ser pontual em compromissos e de cancelar compromissos com o seu coordenador de vida independente, caso não possa comparecer.
4. Responsabilidade de compreender todos os formulários antes de assiná-los.
5. Responsabilidade de trabalhar com o seu coordenador de vida independente no desenvolvimento de um plano, por escrito, de vida independente.

**As informações acima referentes aos direitos e responsabilidades do consumidor foram extraídas do folheto do Programa de assistência a consumidores de Rhode Island e modificadas para refletir as políticas do OSCIL.**

## PROGRAMA DE ATENDIMENTO AO CLIENTE DE SERVIÇOS DE EMPREGO E VIDA INDEPENDENTE (CAP)

- 21 DE JUNHO DE 2022
- [PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO CLIENTE](#)

Disability Rights Rhode Island (DRRI) faz parte da rede nacional de agências de proteção e defesa (P&A) criada pelo Congresso, existente em todos os estados e territórios, para ajudar a garantir e promover os direitos das pessoas com deficiência. Existem 57 P&As nos Estados Unidos, territórios dos EUA e no Distrito de Columbia.

O Programa de Assistência ao Cliente (CAP) da DRRI fornece representação legal individual e defesa, serviços de informação e encaminhamento, divulgação e educação para pessoas com deficiência solicitando ou recebendo serviços de reabilitação vocacional estadual, vida independente e serviços para cegos e deficientes visuais. Também defendemos os direitos trabalhistas (Título I da Lei dos Americanos com Deficiência) de clientes de reabilitação vocacional.

Serviços de Reabilitação Vocacional: Se você deseja obter serviços ou tem dúvidas sobre os serviços existentes no Escritório de Serviços de Reabilitação (ORS), Serviços para Cegos e Deficientes Visuais (SBVI) ou Reabilitação Vocacional Tribal (Tribal VR), o CAP pode fornecer informações sobre serviços de reabilitação vocacional (VR) e ajudar se você:

- Tiver problemas para se candidatar a serviços de RV – Os serviços de RV foram negados
- Não concorda com sua categoria de Ordem de Seleção – Foi colocado em uma lista de espera para serviços
- Tem dúvidas sobre sua conselheiro de reabilitação
- Não está satisfeito com os serviços de RV que está recebendo
- Não concorda com a decisão de encerrar seu caso
- Precisa de serviços pós-emprego

- É um estudante de 14 a 21 anos e tem dúvidas sobre os serviços de transição pré-emprego, ou “PRE-ETS”
- Tem outros problemas com os serviços de VR

Discriminação no emprego: Se você acredita que foi discriminado por seu empregador, o CAP pode:

- Fornecer informações sobre seus direitos sob o Título I da Lei dos Americanos Portadores de Deficiência
- Fornecer informações sobre como solicitar uma adaptação razoável
- Fornecer informações sobre como e onde você pode registrar uma reclamação

Serviços de Vida Independente: Se você precisar de ajuda com informações sobre serviços de vida independente no Ocean State Center for Independent Living (OSCIL), o CAP pode ajudar. Os serviços de Vida Independente incluem:

- Treinamento em habilidades de vida independente
- Aconselhamento de colegas
- Serviços que ajudam você a mudar de uma instituição para uma casa na comunidade
- Serviços para ajudá-lo a ficar em sua casa em vez de se mudar para uma instituição
- Informações sobre Tecnologia Assistiva ( AT) e AT Services que podem ajudá-lo a viver de forma independente

Você deve entrar em contato com o DRRI se:

- Deseja obter mais informações sobre os serviços ORS
- Você solicitou serviços ORS e foi negado
- Você está insatisfeito com os serviços ORS que está recebendo
- Você tem dúvidas sobre políticas, procedimentos ou programas ORS.
- Você precisa de informações sobre direitos trabalhistas sob o Título I do ADA
- Você precisa de informações para solicitar uma acomodação razoável no trabalho
- Você foi negado serviços do Ocean State Center for Independent Living (OSCIL)
- Você está insatisfeito com os serviços que está recebendo de OSCIL
- Você quer ficar em casa própria e precisa de serviços de LI
- Você quer ajuda para passar de uma instituição para a comunidade
- Você gostaria de informações sobre Tecnologia Assistiva ou serviços AT
- Precisa de outra ajuda ou informações sobre ORS, SBVI, Tribal VR ou OSCIL



# Registo de emergência de necessidades especiais de Rhode Island

Para moradores de Rhode Island com deficiências, doenças crônicas e necessidades especiais de saúde

O Departamento de Saúde de Rhode Island (RIDOH) e a Agência de Gestão de Emergências de Rhode Island (RIEMA) mantêm um registo para os residentes de Rhode Island com deficiências, doenças crônicas e/ou necessidades especiais de saúde que moram em residência ou em residências coletivas (em grupo). Residentes em lares para idosos e lares com assistência médica já têm funcionários para auxiliar socorristas. Ao participar do Registo, permite que a RIDOH e a RIEMA compartilhem as suas informações com as equipas de emergência locais e estaduais, tais como o departamento dos bombeiros e/ou da polícia da sua cidade/município. As informações que fornece podem ajudar as equipas de emergência a satisfazer as suas necessidades durante uma emergência, embora a assistência não possa ser garantida.

**Instruções:** para ser incluído(a) no Registo, preencha este formulário, assine e envie-o para:

RIDOH - RISNER, 3 Capitol Hill, Providence, RI 02908 OU faça o registo online em [www.health.ri.gov/emregistry](http://www.health.ri.gov/emregistry) ("Apenas inglês")

Se tiver dúvidas, ligue para (401) 222-5960 ou RI Relay 711 (TTY). Se não puder preencher este formulário sozinho, peça a um parente, cuidador ou outro representante para preencher o formulário e enviá-lo em seu nome.

**INFORMAÇÕES GERAIS** Os campos marcados com um asterisco (\*) são obrigatórios. Escreva de forma legível em letras maiúsculas.

Nome\*:

Nome

Nome do meio

Apelido

Sexo\*:

 M

 F

Data de Nascimento\*:

(MM/DD/AAAA)

## ENDEREÇO FÍSICO

Endereço\*:

Apartamento/andar:

Cidade/município\*:

Código postal:

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA DE ACORDO COM O SERVIÇO POSTAL DOS EUA (caso seja diferente do endereço físico)

Endereço:

Apartamento/unidade:

Cidade/município:

Estado:

Código postal:

## INFORMAÇÕES PARA CONTATO (\* É necessário um número de telefone)

Telefone residencial: ( ) -

Número apenas para SMS: ( ) -

Telemóvel: ( ) -

Número de videofone: ( ) -

E-mail:

TTY: ( ) -

## CONTATO DE EMERGÊNCIA

Nome:

Relação:

Telefone: ( ) -

E-mail:

## SITUAÇÃO DE MORADIA

Moro em Rhode Island (marque tudo que se aplique a si):

Ocasionalmente de: \_\_\_\_\_ (mês) a: \_\_\_\_\_ (mês)

O ano todo

Divido o meu tempo entre vários endereços em Rhode Island

Moro em (selecione um tipo de moradia):

Moradia unifamiliar

Apartamento \_\_\_\_\_ andar

Apartamento/duplex/casa geminada

Trailer

Outro: \_\_\_\_\_

Moro (marque tudo que se aplique a):

Sozinho

Com família/amigos

Com cuidador

Numa residência coletiva (grupo) mantida por \_\_\_\_\_

Num lar para idosos vivendo independentemente

Com outras pessoas que são deficientes

Outro: \_\_\_\_\_

## IDIOMA

Prefiro comunicar em (selecione um):

Inglês

Linguagem gestual

Espanhol

Português

Francês

Outro: \_\_\_\_\_

## ETNIA

Considera-se hispânico ou latino?

 Sim

 Não

## RAÇA (Selecione uma):

Branca

Afro-americana/Negra

Asiática

Nativo do Havai/Ilha do Pacífico

Índio americano/Nativo do Alasca

Outro: \_\_\_\_\_

**SISTEMAS DE SUPORTE VITAL** Marque tudo que se aplique a si:

- Tanques de oxigênio  
 Tenho tanques sobresselentes
- Concentrador de oxigênio  
 Tenho bateria ou gerador alternativo para isto
- Respirador/ventilador  
 Tenho bateria ou gerador alternativo para isto
- Traqueostomia
- Soro intravenoso
- Cateteres urinários
- Colostomia/ileostomia
- Tubo de alimentação
- Sucção  
 Tenho bateria ou gerador alternativo para isto
- Diálise em uma clínica
- Diálise em casa  
 Tenho bateria ou gerador alternativo para isto
- Marcapasso Cardíaco
- Desfibrilhador
- Outras necessidades elétricas: \_\_\_\_\_
- Nenhuma das opções acima

**SENSORIAL** Marque tudo que se aplique a si:

- Deficiente auditivo  Nenhuma das opções acima
- Uso de aparelho(s) auditivo(s)  Legalmente cego
- Surdo
- Uso de implante(s) coclear(es)
- Incapacidade visual

**COGNITIVO / PSIQUIÁTRICO / NEUROLÓGICO / MUSCULAR**  
(Marque tudo que se aplique a você)

- Distúrbio convulsivo  Esclerose Múltipla
- Deficiência da fala  Depressão
- Não-verbal  Ansiedade
- Atraso cognitivo/de desenvolvimento  Transtorno bipolar
- Transtorno do espectro do autismo  Esquizofrenia
- Alzheimer/demência  Transtorno de stresse pós-traumático
- Doença de Parkinson  Transtorno obsessivo compulsivo (TOC)
- Paralisia cerebral  Outro: \_\_\_\_\_
- Nenhuma das opções acima

**MOBILIDADE** (Marque tudo que se aplique a si)

- Uso uma cadeira de rodas/veículo de mobilidade  
 Cadeira de rodas/veículo de mobilidade depende de eletricidade  
 Tenho bateria ou gerador alternativo para isto
- Uso um andador/bengala
- Uso muletas
- Uso prótese (especifique a prótese): \_\_\_\_\_
- Confinado a uma cama  
 Cama depende de eletricidade  
 Tenho bateria ou gerador alternativo para isto
- Outro: \_\_\_\_\_
- Nenhuma das opções acima

**OBS:** Ao assinar este formulário, permito que as minhas informações sejam compartilhadas com socorristas locais e estaduais. Entendo que este é um programa voluntário e que, embora o RIDO/RIEMA compartilharão estas informações a fim de me assistir melhor durante uma emergência, eles não podem garantir assistência em todos os casos.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Escreva o nome em maiúsculas: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Se estiver a preencher este formulário por outra pessoa, indique o seu nome e a sua relação com a pessoa em questão: \_\_\_\_\_

**TRANSPORTE** Marque tudo que se aplique a si

Quando saio de casa, uso com mais frequência um(a):

- Veículo próprio
- Táxi/serviço de carro
- Autocarro
- RIDE
- Autocarro/veículos adaptados para cadeira de rodas
- Ambulância
- Bicicleta
- Outro: \_\_\_\_\_

Se precisasse de ser evacuado, seria acompanhado por:

- Ninguém
- Cuidador
- Parente/amigo
- Outro: \_\_\_\_\_

**ASSISTÊNCIA NECESSÁRIA** Marque tudo que se aplique a si:

Num dia normal, preciso de assistência para:

- Alimentar-me
- Tomar medicamento(s)
- Comunicar com outras pessoas  
 Tecnologia assistencial - Eu uso: \_\_\_\_\_
- Transporte
- Usar a sanita
- Vestir-me/despir-me
- Tomar banho/higiene pessoal
- Transferir-me de/para:  Cama  Cadeira de rodas  
 Vaso sanitário  Chuveiro/banheira

Outra assistência:

- Utilizo um animal de serviço
- Preciso de supervisão
- Recebo tratamento(s) médico(s) de enfermeira/médico em casa.
- Recebo tratamento(s) médico(s) num centro de serviços de saúde pelo menos uma vez por semana.
- Outro: \_\_\_\_\_
- Nenhuma das opções acima

**OUTRAS DEFICIÊNCIAS/CONDIÇÕES**

- Diabetes  
 Uso insulina
- Peso entre 136,1 kg (300 lb) e 249 kg (549 lb)
- Peso entre 249,5 kg (550 lb) e 362,4 kg (799 lb)
- Peso 362,9 kg (800 lb) ou mais

Nomeie outras deficiências ou condições relevantes:

---



---



---