

|                   |             |                   |
|-------------------|-------------|-------------------|
| Beneficiary Name: |             | Program Name:     |
| DOB:              | Admit date: | RU #, if applies: |
| INSYST #:         |             |                   |

Acknowledgement of Receipt

Consent for Services

As described on page one of this packet, your signature below gives your consent to receive voluntary behavioral health care services from this provider. If you are a beneficiary’s legal representative, your signature gives that consent.

Informing Materials

Your signature also means that the materials marked below were discussed with you in a language or way that you could understand, that you were given the Informing Materials packet for your records, and that you agree with the method of delivery for the Guide and Provider Directory as checked. You may request an explanation and/or copies of the materials again, at any time.

Initial Notification

Please mark the boxes below to show which materials were discussed with you at admission or at any other time.

- ☐ Consent for Services
- ☐ Freedom of Choice
- ☐ Notice of Non-Discrimination
- ☐ Confidentiality & Privacy
- ☐ Maintaining a Welcoming & Safe Place (not a State-required informing material)
- ☐ “Guide to Medi-Cal Mental Health Services” OR “Guide to Drug Medi-Cal Services”  
Delivery: ☐Web ☐ E-mail ☐Paper copy
- ☐ Provider Directory for Alameda County Behavioral Health Plan  
Delivery: ☐Web ☐E-mail ☐Paper copy
- ☐ Beneficiary Problem Resolution Information
- ☐ Advance Directive Information (for age 18+ & when client turns 18)  
Have you ever created an Advance Directive? ☐Yes ☐No  
If yes, may we have a copy for our records? ☐Yes ☐No  
If no, may we support you to create one? ☐Yes ☐No
- ☐ Notice of Privacy Practices – HIPAA & HITECH
- ☐ Notice of Information 42 CFR PART 2: Information on Drug and Alcohol Patient Disclosure (for clients receiving Substance Use Treatment services only)

|                                                                           |       |
|---------------------------------------------------------------------------|-------|
| Beneficiary Signature:<br>(or legal representative, if applicable)        | Date: |
| Clinician/Staff Witness Initials:                                         | Date: |
| E-mail address for delivery of Guide & Provider Directory, if applicable: |       |

Annual Notification: Your provider must remind you each year that the materials listed above are available for your review. Please put your initials and the date in a box below to show when that happens.

|                  |                  |                  |                  |
|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Initials & date: | Initials & date: | Initials & date: | Initials & date: |
|                  |                  |                  |                  |

Use one box every year (see above) for the beneficiary’s initials & date (or their legal representative).

|                        |                |               |
|------------------------|----------------|---------------|
| اسم البرنامج:          | اسم المستفيد:  |               |
|                        | تاريخ الميلاد: | تاريخ القبول: |
|                        | رقم INSYST:    |               |
| رقم RU، إذا كان ينطبق: |                |               |

إقرار بالاستلام

الموافقة على الخدمات

كما هو موضح في الصفحة الأولى من مجموعة المستندات هذه، فإن توقيعك أدناه يمنح موافقتك على تلقي خدمات الرعاية الصحية السلوكية الطوعية من مزود الخدمة المذكور. وإذا كنت الممثل القانوني للمستفيد، فإن توقيعك يمنح هذه الموافقة.

مواد إعلامية

يعني توقيعك أيضًا أن المواد الموضحة أدناه جرى مناقشتها معك بلغة أو طريقة يمكنك فهمها، وأنت حصلت على مجموعة المواد الإعلامية لسجلاتك، وتبدي موافقتك على طريقة استلام الدليل وكتيب مزودي الخدمات كما تم التحقق منها. يجوز لك طلب شرح و/أو نسخ من المواد مرة أخرى في أي وقت.

الإشعار المبني

يُرجى وضع علامة على المربعات أدناه لعرض المواد التي جرى مناقشتها معك عند القبول أو في أي وقت آخر.

☐ الموافقة على الخدمات

☐ حرية الاختيار

☐ إشعار عدم التمييز

☐ السرية والخصوصية

☐ الحفاظ على مكان مرحب وآمن (ليس مادة إعلامية مطلوبة من الولاية)

☐ "دليل خدمات الصحة النفسية لدى Medi-Cal" أو "دليل خدمات علاج مشكلات المخدرات لدى Medi-Cal"

الاستلام: ☐ على الويب ☐ البريد الإلكتروني ☐ نسخة ورقية

☐ كتيب مزودي الخدمات لدى خطة الصحة السلوكية في مقاطعة ألاميدا

الاستلام: ☐ على الويب ☐ البريد الإلكتروني ☐ نسخة ورقية

☐ معلومات حول تسوية مشكلة المستفيد

☐ معلومات التوجيه المسبق (لعمر ما فوق 18 عامًا وعندما يبلغ العميل 18 عامًا)

هل سبق لك إنشاء توجيه مسبق؟

☐ لا ☐ نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فهل يمكننا الحصول على نسخة لسجلاتنا؟

☐ لا ☐ نعم

إذا كانت الإجابة بلا، فهل يمكننا دعمك لإنشاء واحدة؟

☐ إشعار ممارسات الخصوصية – HIPAA وHITECH

☐ إشعار المعلومات في المادة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية الجزء الثاني: معلومات عن الإفصاح عن بيانات مرضى المخدرات والكحول (للملاء الذين يتلقون خدمات علاج مشكلات تعاطي المخدرات فقط)

|                                                                      |          |
|----------------------------------------------------------------------|----------|
| توقيع المستفيد:<br>(أو ممثل قانوني، إن وجد)                          | التاريخ: |
| الأحرف الأولى من اسم الشاهد من طاقم العمل/فريق الطب السريري:         | التاريخ: |
| عنوان البريد الإلكتروني لاستلام الدليل وكتيب مزودي الخدمات، إن أمكن: |          |

الإشعار السنوي: يجب أن يذكر مزود الخدمة الذي تتعامل معه كل عام بأن المواد المذكورة أعلاه متاحة للمراجعة. يُرجى وضع الأحرف الأولى والتاريخ في المربع أدناه لعرض موعد ذلك.

|                         |                         |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| الأحرف الأولى والتاريخ: | الأحرف الأولى والتاريخ: | الأحرف الأولى والتاريخ: | الأحرف الأولى والتاريخ: |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|

استخدم مربعًا واحدًا لكل عام (انظر أعلاه) للأحرف الأولى للمستفيد والتاريخ (أو مثله القانوني).

|                        |               |              |
|------------------------|---------------|--------------|
| نام برنامه:            | نام ذینفع:    |              |
|                        | تاریخ تولد:   | تاریخ پذیرش: |
|                        | شماره INSYST: |              |
| در صورت وجود شماره RU: |               |              |

تأیید دریافت

رضایت برای دریافت خدمات

همانطور که در صفحه یک این بسته توضیح داده شد، اگر قسمت پایین را امضا کنید یعنی رضایت داده‌اید داوطلبانه خدمات مراقبت از سلامت رفتاری را از این ارائه‌دهنده دریافت کنید. اگر نماینده قانونی ذینفع هستید، امضای شما مصداق همین رضایت دادن را دارد.

مطالب حاوی اطلاعات

همچنین امضای شما به این معنی است که مطالب علامت‌خورده در زیر به زبان یا به هر روشی که آن را متوجه شده باشید به شما منتقل شده است، اینکه بسته مطالب حاوی اطلاعات در رابطه با سوابقتان به شما داده شده است، و همچنین اینکه با روش تحویل راهنماها و فهرست ارائه‌دهندگان همانطور که علامت خورده است موافق هستید. شما در هر زمان می‌توانید درخواست کنید توضیح و/یا نسخه‌هایی از این مطالب دوباره در اختیارتان قرار داده شود.

اعلان اولیه

لطفاً کادرهای زیر را علامت بزنید تا مشخص شود درباره کدام مطالب در زمان پذیرش یا در هر زمان دیگری با شما صحبت شده است.

- ☐ رضایت برای دریافت خدمات
- ☐ آزادی انتخاب
- ☐ اعلامیه عدم تبعیض
- ☐ محرمانگی و حریم خصوصی
- ☐ حفظ مکانی امن و ایمن (این بخش جزء مطالب اطلاعاتی ایالتی نیست)
- ☐ "راهنمای خدمات سلامت روانی Medi-Cal" یا "راهنمای خدمات مواد مخدر Medi-Cal"
- نحوه تحویل:

☐ آنلاین (وبسایت)

☐ ایمیل

☐ نسخه کاغذی
- ☐ فهرست ارائه‌دهندگان در طرح سلامت رفتاری کانتی آلامدا
- نحوه تحویل:

☐ آنلاین (وبسایت)

☐ ایمیل

☐ نسخه کاغذی
- ☐ اطلاعاتی درباره حل و فصل کردن مشکلات افراد ذینفع
- ☐ اطلاعات مربوط به وصیت‌نامه پزشکی (برای افراد 18 سال به بالا زمانی که سرویس‌گیرنده به 18 سالگی می‌رسد)
- تابحال وصیت‌نامه پزشکی تهیه کرده‌اید؟

☐ بله

☐ خیر
- اگر پاسختان "بله" است، می‌توانید یک نسخه از آن را برای نگهداری در سوابقمان به ما بدهید؟

☐ بله

☐ خیر
- اگر پاسختان "خیر" است، می‌توانیم برای تهیه این سند به شما کمک کنیم؟

☐ بله

☐ خیر
- ☐ اعلامیه اصول حریم خصوصی – HIPAA & HITECH
- ☐ اعلامیه اطلاعات CFR 42 بخش 2: اعلامیه درباره اشتراک‌گذاری اطلاعات بیماران مصرف‌کننده مواد مخدر و الکل (برای کسانی که فقط خدمات درمان سوءمصرف مواد مخدر دریافت می‌کنند)

|                                                                       |        |
|-----------------------------------------------------------------------|--------|
| امضای ذینفع:<br>(یا در صورت وجود، نماینده قانونی)                     | تاریخ: |
| حروف اول نام و نا خانوادگی متخصص (پزشک)/پرسنل شاهد:                   | تاریخ: |
| آدرس ایمیل برای تحویل راهنماها و فهرست ارائه‌دهندگان (در صورت امکان): |        |

اعلان سالیانه: ارائه‌دهنده باید هر سال به شما اطلاع دهد که مطالب فهرست‌شده در بالا برای بررسی شما قابل دسترسی هستند. لطفاً حروف اول نام و نام خانوادگی‌تان را در کادر زیر بنویسید تا در آن زمان نمایش داده شود.

|                                      |                                      |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| حروف اول نام و نام خانوادگی و تاریخ: | حروف اول نام و نام خانوادگی و تاریخ: | حروف اول نام و نام خانوادگی و تاریخ: | حروف اول نام و نام خانوادگی و تاریخ: |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|

هر سال از یک کادر برای حروف اول نام و نام خانوادگی **ذینفع** (یا نماینده قانونی او) و تاریخ استفاده کنید.

|            |        |                                |
|------------|--------|--------------------------------|
| 수혜자 성명:    |        | 프로그램 명:<br><br>RU 번호(해당하는 경우): |
| 생년월일:      | 입소 날짜: |                                |
| INSYST 번호: |        |                                |

수령 확인

서비스에 대한 동의

본 패킷의 1 페이지에 설명된 바와 같이 아래에 귀하가 서명하면 본 의료 제공시설로부터 행동 건강 의료 서비스를 받는 데 자발적으로 동의하는 것입니다. 귀하가 수혜자의 법적 대리인인 경우 귀하의 서명이 이러한 동의를 가리킵니다.

정보 자료

서명하면 아래 제시된 자료가 이해할 수 있는 언어 또는 방식으로 귀하와 논의되었고, 의료 기록에 대한 정보 자료 패킷을 받았으며, 표시된 바에 따라 안내서 및 의료 제공자 명부의 전달 방법에도 동의하게 됩니다. 언제든지 자료 설명 및/또는 사본을 다시 요청할 수 있습니다.

최초 고지

입소 시, 또는 다른 때에 귀하와 논의한 자료가 확인될 수 있도록 아래 상자에 체크해 주십시오.

- ☐ 서비스에 대한 동의
- ☐ 선택의 자유
- ☐ 차별 금지 통지
- ☐ 기밀 유지 및 개인 정보 보호
- ☐ 환영받는 안전한 장소로 유지(주에서 요구하는 정보 자료 아님)
- ☐ "Medi-Cal 정신 건강 서비스 안내서" 또는 "약물 Medi-Cal 서비스 안내서"  
전달: ☐웹페이지                      ☐이메일                      ☐종이 사본
- ☐ 알라미다 카운티 행동 건강 플랜 의료 제공자 명부  
전달: ☐웹페이지                      ☐이메일                      ☐종이 사본
- ☐ 수혜자 문제 해결 정보
- ☐ 사전 지시 정보(18 세 이상 및 클라이언트가 18 세가 되었을 때)  
사전 지시서를 작성한 적이 있습니까?                      ☐예                      ☐아니요  
‘예’로 답한 경우 본 기관에서 기록용 사본을 보관해도 될까요?                      ☐예                      ☐아니요  
‘아니요’로 답한 경우 작성할 수 있도록 도와 드릴까요?                      ☐예                      ☐아니요
- ☐ 개인 정보 보호 관행 고지 – HIPAA & HITECH
- ☐ 정보 고지 42 CFR 파트 2: 약물 및 알코올 환자 정보 공개(약물 사용 치료 서비스를 받는 클라이언트만 해당)

|                                        |     |
|----------------------------------------|-----|
| 수혜자 서명:<br>(또는 해당되는 경우 법정대리인)          | 날짜: |
| 임상의/직원 증인 성명(이니셜):                     | 날짜: |
| 해당되는 경우 가이드 및 의료 제공자 명부 전달을 위한 이메일 주소: |     |

**연례 통지:** 의료 제공자는 상기 나열된 자료를 검토할 수 있음을 귀하에게 매년 알려야 합니다. 아래 확인란에 귀하의 성명(이니셜)과 날짜를 기입하여 언제 통지가 있었는지 표시하시기 바랍니다.

|                  |                  |                  |                  |
|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 성명(이니셜) 및<br>날짜: | 성명(이니셜) 및<br>날짜: | 성명(이니셜) 및<br>날짜: | 성명(이니셜) 및<br>날짜: |
|------------------|------------------|------------------|------------------|

**수혜자**(또는 법적 대리인)의 성명(이니셜) 및 날짜를 일년에 한 번씩 확인란(위 참조)에 기입하시기 바랍니다.

|            |       |                          |
|------------|-------|--------------------------|
| 受益人姓名：     |       | 计划名称：<br><br>RU 编号（如适用）： |
| 出生日期：      | 入院日期： |                          |
| INSYST 编号： |       |                          |

收悉确认书

对服务的同意

如本信息包第一页所述，您在下方签名，即表示您同意自愿接受此服务提供商的行为健康护理服务。如果您是受益人的法定代表人，您的签名即表示该等同意。

告知材料

您的签名还意味着：已使用您能理解的语言或方式与您讨论了下方标记的材料，您已获得告知材料包供您作为纪录，并且您同意所勾选的《指南》和《服务提供商名录》交付方式。您可以随时再次要求获得关于这些材料的解释说明和/或副本。

首次通知

请对下面的方框进行标记，以显示在您入院时或任何其他时间与您讨论过哪些材料。

- ☐ 对服务的同意
- ☐ 选择的自由
- ☐ 非歧视通告
- ☐ 保密和隐私
- ☐ 维护安全友好的环境（并非州政府所要求的告知材料）
- ☐ “Medi-Cal 心理健康服务指南”或“Medi-Cal 药物服务指南”  
交付方式：☐网络☐ 电子邮件☐纸质副本
- ☐ 阿拉米达县行为健康计划《服务提供商名录》  
交付方式：☐网络☐ 电子邮件☐纸质副本
- ☐ 受益人问题解决相关信息
- ☐ 预先指示相关信息（适用于 18 岁以上者以及客户满 18 岁时）  
    您是否曾设立过预先指示？☐是☐否  
    如果答案为“是”，我们是否可以保留一份副本作为纪录？☐是☐否  
    如果答案为“否”，我们是否可以支持您设立一个？☐是☐否
- ☐ 隐私惯例通知 – HIPAA 和 HITECH
- ☐ 《美国联邦法规》第 42 篇第 2 部分信息通知：关于药物和酒精患者的信息披露（仅适用于接受药物使用治疗服务的客户）

|                                 |     |
|---------------------------------|-----|
| 受益人签名：<br>（或法定代表人，如适用）          | 日期： |
| 临床医生/工作人员见证者姓名首字母：              | 日期： |
| 用于接收《指南》和《服务提供商名录》的电子邮件地址（如适用）： |     |

年度通知：您的服务提供商必须每年提醒您，上述材料可供您审阅。请在下面的方框中填写您的姓名首字母和日期，以显示您在何时收到提醒。

|           |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 姓名首字母和日期： | 姓名首字母和日期： | 姓名首字母和日期： | 姓名首字母和日期： |
|-----------|-----------|-----------|-----------|

每年在一个方框（见上文）中填写受益人的姓名首字母和日期（或其法定代表人）。

|                          |                    |                            |
|--------------------------|--------------------|----------------------------|
| Nombre del beneficiario: |                    | Nombre del programa:       |
| Fecha de nacimiento:     | Fecha de admisión: | N.º de RU, si corresponde: |
| N.º de INSYST:           |                    |                            |

Acuse de recibo

Consentimiento para los servicios

Como se describió en la primera página de este paquete, al incluir su firma abajo da su consentimiento para recibir voluntariamente servicios de atención de salud conductual por parte de este proveedor. Si usted es el representante legal de un beneficiario, su firma otorga ese consentimiento.

Materiales informativos

Su firma también significa que se habló con usted de los materiales enumerados abajo en un idioma o de manera que usted pueda entender, que se le dio el paquete de Materiales informativos para sus registros, y que está de acuerdo con el método de entrega para la Guía y Directorio del Proveedores como se marcó. Puede solicitar una explicación y/o copias de estos materiales de nuevo en cualquier momento.

Notificación inicial

Marque las casillas que aparecen a continuación para indicar qué materiales se trataron con usted en el momento de la admisión o en cualquier otro momento.

- ☐ Consentimiento para los servicios
- ☐ Libertad de elección
- ☐ Aviso de no discriminación
- ☐ Confidencialidad y privacidad
- ☐ Cómo mantener un lugar acogedor y seguro (material informativo no requerido por el estado)
- ☐ “Guía para servicios de salud mental de Medi-Cal” O “Guía para servicios de medicamentos de Medi-Cal”  
Entrega: ☐ Web ☐ Correo electrónico ☐ Copia impresa
- ☐ Directorio de proveedores del Plan de Salud Conductual del Condado de Alameda  
Entrega: ☐ Web ☐ Correo electrónico ☐ Copia impresa
- ☐ Información de resolución de problemas del beneficiario
- ☐ Información de directiva anticipada (para mayores de 18 años y cuando el cliente cumpla 18 años)  
¿Ya ha creado una directiva anticipada? ☐ Sí ☐ No  
En caso afirmativo, ¿podemos tener una copia para nuestros registros? ☐ Sí ☐ No  
En caso negativo, ¿podemos ayudarle a crear una? ☐ Sí ☐ No
- ☐ Aviso de prácticas de privacidad - HIPAA y HITECH
- ☐ Aviso de información del CFR 42, SECCIÓN 2: Divulgación de información sobre drogas y alcohol del paciente (solo para clientes que reciben servicios de tratamiento por uso de sustancias)

|                                                                                                       |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Firma del beneficiario:<br>(o representante legal, si corresponde)                                    | Fecha: |
| Iniciales del testigo médico/del personal:                                                            | Fecha: |
| Dirección de correo electrónico para entregar la Guía y el Directorio de Proveedores, si corresponde: |        |

Notificación anual: Su proveedor debe recordarle cada año que los materiales indicados arriba están disponibles para su revisión. Coloque sus iniciales y la fecha en un cuadro de abajo para mostrar cuándo sucede eso.

|                    |                    |                    |                    |
|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Iniciales y fecha: | Iniciales y fecha: | Iniciales y fecha: | Iniciales y fecha: |
|                    |                    |                    |                    |

Utilice una casilla cada año (consulte más arriba) para las iniciales del beneficiario (o de su representante legal) y la fecha.

|                           |                     |                       |
|---------------------------|---------------------|-----------------------|
| Pangalan ng Benepisyaryo: |                     | Pangalan ng Programa: |
| DOB:                      | Petsa ng pag-admit: | RU #, kung nalalapat: |
| INSYST #:                 |                     |                       |

Pagkilala sa Pagtanggap

Consent for Services (Pahintulot para sa mga Serbisyo)

Tulad ng inilarawan sa pahina ng isa sa packet na ito, ang iyong lagda sa ibaba ay nagbibigay ng iyong pahintulot upang makatanggap ng kusang-loob na mga serbisyo sa pangangalaga sa kalusugan mula sa tagapagbigay ng serbisyong ito. Kung ikaw ay kinatawan ng ligal na benepisyaryo, ang iyong lagda ay nagbibigay ng pahintulot na iyon.

Mga Materyal na Nagbibigay-alam

Ang iyong lagda ay nangangahulugan din na ang mga materyales na minarkahan sa ibaba ay tinalakay sa iyo sa isang wika o paraan na mauunawaan mo, na binigyan ka ng packet ng Mga Materyal na Impormasyon para sa iyong mga rekord, at sumasang-ayon ka sa paraan ng paghahatid para sa Patnubay at Direktor ng Tagapagbigay ng tsek. Maaari kang humiling muli ng paliwanag at/o mga kopya ng mga materyales, anumang oras.

Inisyal na Abiso

Mangyaring markahan ang mga kahon sa ibaba upang ipakita kung aling mga materyales ang tinalakay sa iyo sa pag-admit o anumang oras.

- ☐ Consent for Services (Pahintulot para sa mga Serbisyo)
- ☐ Freedom of Choice (Kalayaan sa Pagpili)
- ☐ Notice of Non-Discrimination (Abiso na Walang Diskriminasyon)
- ☐ Confidentiality & Privacy (Pagiging Kompidensyal at Pagkapribado)
- ☐ Pagpapanatili ng isang Malugod na Pagbati at Ligtas na Lugar (hindi isang materyal na kinakailangan ng Estado na nagbibigay-alam)
- ☐ "Guide to Medi-Cal Mental Health Services" (Gabay sa Medi-Cal Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-iisip) O "Guide to Drug Medi-Cal Services" (Gabay sa Mga Serbisyong Medi-Cal sa Droga)  
Paghahatid: ☐ Web ☐ E-mail ☐ Papel na kopya
- ☐ Provider Directory for Alameda County Behavioral Health Plan (Direktoryo ng Tagapagbigay para sa Plano sa Kalusugan ng Pag-uugali sa Alameda County)  
Paghahatid: ☐ Web ☐ E-mail ☐ Papel na kopya
- ☐ Impormasyon sa Resolusyon sa Problema ng Benepisyaryo
- ☐ Impormasyon sa Paunang Direktiba (para sa edad na 18+ at kapag ang kliyente ay nasa 18)  
Nakagawa ka na ba ng Paunang Direktiba? ☐ Oo ☐ Hindi  
Kung oo, maaari ba kaming magkaroon ng isang kopya para sa aming mga rekord? ☐ Oo ☐ Hindi  
Kung hindi, maaari ka ba naming tulungang gumawa ng isa? ☐ Oo ☐ Hindi
- ☐ Notice of Privacy Practices (Abiso ng Mga Kasanayan sa Pagkapribado) – HIPAA & HITECH
- ☐ Abiso sa Impormasyon 42 CFR BAHAGI 2: Impormasyon sa Pagbubunyag ng Droga at Alkohol na Pasyente (para sa mga kliyente na tumatanggap ng Mga Serbisyo sa Paggamot sa Gumagamit ng Sangkap lamang)

|                                                                                           |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Lagda ng Benepisyaryo:<br>(o kinatawan ng ligal, kung naaangkop)                          | Petsa: |
| Inisyal ng Clinician/Mga Kawani na Saksi:                                                 | Petsa: |
| E-mail address para sa paghahatid ng Direktoryo ng Gabay at Tagapagbigay, kung naaangkop: |        |

Taunang Abiso: Dapat ipaalala sa iyo ng iyong tagapagbigay bawat taon na ang mga materyales na nakalista sa itaas ay magagamit para sa iyong pagsusuri. Mangyaring ilagay ang iyong mga inisyal at ang petsa sa isang kahon sa ibaba upang ipakita kung kailan nangyari iyon.

|                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Mga inisyal at petsa: | Mga inisyal at petsa: | Mga inisyal at petsa: | Mga inisyal at petsa: |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

|            |       |                          |
|------------|-------|--------------------------|
| 受益人姓名：     |       | 計畫名稱：<br><br>RU 編號（如適用）： |
| 出生日期：      | 入院日期： |                          |
| INSYST 編號： |       |                          |

收悉確認書

對服務的同意

如本資訊包第一頁所述，您在下方簽名，即表示您同意自願接受此服務提供者的行為健康護理服務。如果您是受益人的法定代表人，您的簽名即表示該等同意。

告知材料

您的簽名還意味著：已使用您能理解的語言或方式與您討論了下方標記的材料，您已獲得告知材料包供您作為紀錄，並且您同意所勾選的《指南》和《服務提供者名錄》交付方式。您可以隨時再次要求獲得關於這些材料的解釋說明和/或副本。

首次通知

請對下面的方框進行標記，以顯示在您入院時或任何其他時間與您討論過哪些材料。

- ☐ 對服務的同意
- ☐ 選擇的自由
- ☐ 非歧視通告
- ☐ 保密和隱私
- ☐ 維護安全友好的環境（並非州政府所要求的告知材料）
- ☐ 「Medi-Cal 心理健康服務指南」或「Medi-Cal 藥物服務指南」  
交付方式：☐網路☐電子郵件☐紙質副本
- ☐ 阿拉米達縣行為健康計畫《服務提供者名錄》  
交付方式：☐網路☐電子郵件☐紙質副本
- ☐ 受益人問題解決相關資訊
- ☐ 預先指示相關資訊（適用於 18 歲以上者以及客戶滿 18 歲時）  
您是否曾設立過預先指示？☐是☐否  
如果答案為「是」，我們是否可以保留一份副本作為紀錄？☐是☐否  
如果答案為「否」，我們是否可以支援您設立一個？☐是☐否
- ☐ 隱私慣例通知 - HIPAA 和 HITECH
- ☐ 《聯邦法規彙編》第 42 篇第 2 部分資訊通知：關於藥物和酒精患者的資訊披露（僅適用於接受物質使用治療服務的客戶）

|                                 |     |
|---------------------------------|-----|
| 受益人簽名：<br>（或法定代表人，如適用）          | 日期： |
| 臨床醫生/工作人員見證者姓名首字母：              | 日期： |
| 用於接收《指南》和《服務提供者名錄》的電子郵件地址（如適用）： |     |

年度通知：您的服務提供者必須每年提醒您，上述材料可供您審閱。請在下面的方框中填寫您的姓名首字母和日期，以顯示您在何時收到提醒。

|           |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 姓名首字母和日期： | 姓名首字母和日期： | 姓名首字母和日期： | 姓名首字母和日期： |
|-----------|-----------|-----------|-----------|

每年在一個方框（見上文）中填寫**受益人**的姓名首字母和日期（或其法定代表人）。

|                      |                 |                                             |
|----------------------|-----------------|---------------------------------------------|
| Tên Người Thụ Hưởng: |                 | Tên Chương Trình:<br><br>RU #, nếu áp dụng: |
| Ngày sinh:           | Ngày tiếp nhận: |                                             |
| INSYST #:            |                 |                                             |

Xác Nhận Đã Nhận

Chấp Thuận Dịch Vụ

Như được mô tả ở trang 1 của gói tài liệu này, chữ ký xác nhận của quý vị dưới đây cho phép quý vị nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi tự nguyện từ nhà cung cấp này. Nếu quý vị là người đại diện hợp pháp của người thụ hưởng, chữ ký xác nhận của quý vị sẽ cho chấp thuận điều đó.

Tài Liệu Thông Tin

Chữ ký của quý vị cũng có nghĩa là các tài liệu được đánh dấu dưới đây đã được thảo luận với quý vị bằng một ngôn ngữ hoặc theo cách quý vị hiểu được, quý vị đã được cung cấp gói Tài Liệu Thông Tin cho hồ sơ của quý vị và quý vị đồng ý với phương thức gửi Hướng Dẫn và Thư Mục Nhà Cung Cấp như đã được kiểm tra. Quý vị có thể yêu cầu giải thích và/hoặc bản sao các tài liệu một lần nữa bất kỳ lúc nào.

Thông Báo Ban Đầu

Vui lòng đánh dấu các ô bên dưới để thể hiện những tài liệu đã được thảo luận với quý vị khi tiếp nhận hoặc vào bất kỳ thời điểm nào khác.

- ☐ Chấp Thuận Dịch Vụ
- ☐ Tự Do Lựa Chọn
- ☐ Thông Báo về Không Phân Biệt Đối Xử
- ☐ Bảo Mật và Quyền Riêng Tư
- ☐ Duy Trì một Nơi Thân Thiện và An Toàn *(không phải là một tài liệu thông tin do Tiểu Bang yêu cầu)*
- ☐ “Hướng Dẫn về Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần Medi-Cal” HOẶC “Hướng Dẫn về Dịch Vụ Medi-Cal liên quan đến Ma Túy”

Gửi Tài Liệu:

☐ Web

☐ Email

☐ Bản cứng
- ☐ Danh Mục Nhà Cung Cấp cho Chương Trình Sức Khỏe Hành Vi Quận Alameda

Gửi Tài Liệu:

☐ Web

☐ Email

☐ Bản cứng
- ☐ Thông Tin Giải Quyết Vấn Đề Người Thụ Hưởng
- ☐ Thông tin Chỉ Thị Trước *(dành cho khách hàng 18 tuổi trở lên và khi khách hàng tròn 18 tuổi)*

Quý vị đã từng lập Chỉ Thị Trước chưa?

☐ Đã lập

☐ Chưa lập

Nếu đã lập, chúng tôi có thể nhận bảo sao để lưu hồ sơ không?

☐ Có

☐ Không

Nếu chưa lập, chúng tôi có thể hỗ trợ quý vị lập Chỉ Thị Trước không?

☐ Có

☐ Không
- ☐ Thông Báo về Nguyên Tắc Quyền Riêng Tư – HIPAA & HITECH
- ☐ Thông Báo Thông Tin 42 CFR PHẦN 2: Thông Tin Tiết Lộ về Bệnh Nhân liên quan đến Ma Túy và Rượu *(chỉ dành cho khách hàng nhận dịch vụ Điều Trị Sử Dụng Chất Gây Nghiện)*

|                                                                           |       |
|---------------------------------------------------------------------------|-------|
| Chữ Ký của Người Thụ Hưởng:<br>(hoặc đại diện hợp pháp, nếu có)           | Ngày: |
| Tên Viết Tắt của Bác Sĩ/Nhân Chứng là Nhân Viên:                          | Ngày: |
| Địa chỉ email để gửi tài liệu Hướng Dẫn và Danh Mục Nhà Cung Cấp, nếu có: |       |

**Thông Báo Hằng Năm:** Mỗi năm, nhà cung cấp phải nhắc quý vị rằng các tài liệu được liệt kê ở trên được cung cấp để quý vị xem xét. Vui lòng ghi viết tắt và ngày vào ô bên dưới để nêu rõ thời điểm thông báo.

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Tên viết tắt & ngày: | Tên viết tắt & ngày: | Tên viết tắt & ngày: | Tên viết tắt & ngày: |
|                      |                      |                      |                      |

Sử dụng 1 ô cho mỗi năm (xem ở trên) cho tên viết tắt & ngày của người thụ hưởng (hoặc đại diện hợp pháp của họ).