

إقرار بالاستلام

اسم العضو: _____
رقم العضوية في
:ACBHD
تاريخ الميلاد: _____
اسم البرنامج: _____
تاريخ القبول: _____

توقيعك على هذه الوثيقة يؤكد موافقتك على تلقي الخدمات من هذا المزود/الوكالة.

إذا كان عمرك 18 عاماً أو أكثر، يُرجى الإجابة على الأسئلة التالية:

- هل قمت بالفعل بإنشاء توجيه مسبق؟ ☐ نعم ☐ لا
- إذا لم يكن الأمر كذلك، فهل قدم لك مقدم الخدمة معلومات حول التوجيهات المسبقة؟ ☐ نعم ☐ لا

بالتوقيع على هذا النموذج،

- أؤكد أن هذه الحزمة قد تمت مراجعتها معي بلغة أو طريقة يمكنني فهمها، وقد عُرضت عليّ نسخة ورقية من هذه الحزمة.
- أوافق على تلقي خدمات الصحة السلوكية الطوعية من هذه الوكالة/مقدم الخدمة.

توقيع العضو أو الممثل القانوني: _____

التاريخ: _____

-----يتم إكمال القسم أدناه من قبل مقدم الخدمة، حسب الاقتضاء-----

☐ وافق العضو/الممثل القانوني للعضو/الممثل القانوني للعضو شفهيًا على تلقي خدمات الصحة السلوكية الطوعية ولكنه رفض أو لم يتمكن من التوقيع على النموذج.
[ملاحظة: يرجى محاولة الحصول على توقيع في وقت لاحق].

توقيع مقدم الخدمة _____ التاريخ: _____