

수령 확인

회원 이름: _____

ACBHD 회원 번호: _____ 생년월일: _____

입소 날짜: _____ 프로그램 명: _____

귀하가 이 문서에 서명하면 본 서비스 제공자/기관으로부터 서비스를 받는 데 동의하는 것으로 간주합니다.

만 18세 이상인 경우 다음 질문에 답해 주세요.

- 이전에 사전 지시서를 작성한 적이 있습니까? 예 아니요
- 아니요로 답한 경우, 서비스 제공자가 사전 지시서에 대한 정보를 제공했나요? 예 아니요

이 양식에 서명함으로써,

- 본인은 본인이 이해할 수 있는 언어 또는 이해할 수 있는 방식으로 이 패킷을 함께 검토했으며, 이 패킷의 종이 사본을 제공받았음을 확증합니다.
- 본인은 이 기관/서비스 제공자로부터 행동 건강 서비스를 받는 데 자발적으로 동의합니다.

회원 또는 법정 대리인의 서명: _____

날짜: _____

-----아래 섹션은 해당되는 경우 서비스 제공자별로 작성합니다-----

회원/회원의 법정 대리인이 행동 건강 서비스를 받는데 자발적으로 구두 동의를 했지만 양식에 서명하는 것을 거부했거나 서명할 수 없는 경우.

[참고: 나중에 서명을 받기 위해 시도하세요.]

서비스 제공자 서명 _____ 날짜: _____