



**Behavioral Health
Department**

Alameda County Health

知情材料包

阿拉米达县行为健康部 (ACBHD)

阿拉米达县健康部的行为健康计划服务同意书及权利与责任指南

阿拉米达县行为健康部质量保证办公室

QAOffice@acgov.org

2025 年 4 月修订

English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Please contact your established provider directly or to inquire about services call ACBHD ACCESS at 1-800-491-9099 (TTY: 711).

ATTENTION: Auxiliary aids and services, including but not limited to large print documents and alternative formats, are available to you free of charge upon request. Please contact your established provider directly or to inquire about services call ACBHD ACCESS at 1-800-491-9099 (TTY: 711).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla otro idioma, podrá acceder a servicios de asistencia lingüística sin cargo.

Comuníquese directamente con su proveedor establecido o, si desea preguntar por los servicios, llame a ACBHD ACCESS al 1-800-491-9099 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Los servicios y recursos auxiliares, incluidos, entre otros, los documentos con letra grande y formatos alternativos, están disponibles sin cargo y a pedido. Comuníquese directamente con su proveedor establecido o, si desea preguntar por los servicios, llame a ACBHD ACCESS al 1-800-491-9099 (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese)

LƯU Ý: Nếu quý vị nói một ngôn ngữ khác, chúng tôi có các dịch vụ miễn phí để hỗ trợ về ngôn ngữ. Xin quý vị vui lòng liên lạc trực tiếp với nơi cung cấp dịch vụ của quý vị hoặc để tìm hiểu về các dịch vụ hãy gọi cho ACBHD ACCESS ở số 1-800-491-9099 (TTY: 711).

LƯU Ý: Các trợ giúp và dịch vụ phụ trợ, bao gồm nhưng không giới hạn vào các tài liệu in lớn và các dạng thức khác nhau, được cung cấp cho quý vị miễn phí theo yêu cầu. Xin quý vị vui lòng liên lạc trực tiếp với nơi cung cấp dịch vụ của quý vị hoặc để tìm hiểu về các dịch vụ hãy gọi cho ACBHD ACCESS ở số 1-800-491-9099 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog/Filipino)

PAALALA: Kung gumagamit ka ng ibang wika, maaari kang makakuha ng libreng mga serbisyo sa tulong ng wika.

Mangyaring direktang makipag-ugnayan sa iyong itinalagang provider o tumawag sa ACBHD ACCESS sa 1-800-491-9099 (TTY: 711) upang itanong ang tungkol sa mga serbisyo.

PAALALA: Ang mga auxiliary aid at mga serbisyo, kabilang ngunit hindi limitado sa mga dokumento sa malaking print at mga alternatibong format, ay available sa iyo nang libre kapag hiniling. Mangyaring direktang makipag-ugnayan sa iyong itinalagang provider o tumawag sa ACBHD ACCESS sa 1-800-491-9099 (TTY: 711) upang itanong ang tungkol sa mga serbisyo.

한국어 (Korean)

안내: 다른 언어를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 필요하신 경우 이용하고 계신 제공자에게 직접 연락하시거나 1-800-491-9099(TTY: 711)번으로 ACBHD ACCESS에 전화해 서비스에 대해 문의해 주시기 바랍니다.

안내: 큰 활자 문서, 대체 형식 등 다양한 보조 도구 및 서비스를 요청 시 무료로 이용하실 수 있습니다. 필요하신 경우 이용하고 계신 제공자에게 직접 연락하시거나 1-800-491-9099(TTY: 711)번으로 ACBHD ACCESS에 전화해 서비스에 대해 문의해 주시기 바랍니다.

繁體中文(Chinese)

注意：如果您使用其他語言，則可以免費使用語言協助服務。

請直接與您的服務提供者聯繫，或致電 ACBHD ACCESS，電話號碼：1-800-491-9099（TTY：711）。

注意：可應要求免費提供輔助工具和服務，包括但不限於大字體文檔和其他格式。

請直接與您的服務提供者聯繫，或致電 ACBHD ACCESS，電話號碼：1-800-491-9099（TTY：711）。

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե տիրապետում եք մեկ այլ լեզվի, ապա կարող եք օգտվել լեզվական աջակցման անվճար ծառայություններից:

Խնդրում ենք ուղղակիորեն կապվել ձեր պաշտոնական մատակարարի հետ կամ ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարել ACBHD ACCESS 1-800-491-9099 համարով (հեռատիպ՝ 711):

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Հայտ ներկայացնելու դեպքում կարող եք անվճար օգտվել օժանդակ միջոցներից և ծառայություններից, այդ թվում՝ մեծածավալ տպագիր և այլընտրանքային ձևաչափի փաստաթղթերից: Խնդրում ենք ուղղակիորեն կապվել ձեր պաշտոնական մատակարարի հետ կամ ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարել ACBHD ACCESS 1-800-491-9099 համարով (հեռատիպ՝ 711): (Հեռատիպ՝ 711):

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на другом языке, вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика.

Свяжитесь напрямую со своим поставщиком или узнайте подробнее об услугах, позвонив в ACBHD ACCESS по телефону 1-800-491-9099 (телетайп: 711).

ВНИМАНИЕ: Вспомогательные средства и услуги, включая, помимо прочего, документы с крупным шрифтом и альтернативные форматы, доступны вам бесплатно по запросу. Свяжитесь напрямую со своим поставщиком или узнайте подробнее об услугах, позвонив в ACBHD ACCESS по телефону 1-800-491-9099 (телетайп: 711). (Телетайп: 711).

فارسی (Farsi)

توجه: اگر شما به زبان دیگری صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی بصورت رایگان در اختیار شما قرار دارند. لطفاً با ارائه دهنده تعیین شده خود به طور مستقیم تماس گرفته و یا برای پرس و جو در مورد خدمات به ACBHD ACCESS شماره 1-800-491-9099 (TTY:711) تماس بگیرید.

توجه: کمک ها و خدمات کمکی، از جمله اما نه محدود به اسناد چاپ شده با حروف بزرگ و قالب های جایگزین، در صورت درخواست شما به صورت رایگان در اختیار شما قرار می گیرند. لطفاً با ارائه دهنده تعیین شده خود به طور مستقیم تماس گرفته و یا برای پرس و جو در مورد خدمات به ACBHD ACCESS به شماره 1-800-491-9099 (TTY:711) تماس بگیرید.

日本語 (Japanese)

注意事項：他の言語を話される場合、無料で言語支援がご利用になれます。

ご利用のプロバイダーに直接コンタクトされるか、支援に関してお尋ねになるにはACBHD ACCESS、電話番号1-800-491-9099 (TTY: 711)までご連絡ください。

注意事項：ご要望があれば、大きな印刷の文書と代替フォーマットを含むがこれらのみに限定されない補助的援助と支援が無料をご利用になれます。ご利用のプロバイダーに直接コンタクトされるか、支援に関してお尋ねになるにはACBHD ACCESS、電話番号1-800-491-9099 (TTY: 711). (TTY: 711) までご連絡ください。

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lwm hom lus, muaj cov kev pab cuam txhais lus uas pab dawb xwb rau koj tau siv. Thov txuas lus ncaj nraim nrog koj tus kws pab kho mob uas tau teeb los sis thov tau qhov kev pab cuam uas yog hu rau ACBHD ACCESS ntawm 1-800-491-9099 (TTY: 711).

LUS CEEV: Muaj cov kev pab cuam that khoom pab cuam txhawb ntxiv, xam nrog rau tab sis kuj tsis txwv rau cov ntaub ntawv luam loj thiab lwm cov qauv ntawv ntxiv, muaj rau koj uas yog pab dawb xwb raws qhov thov. Thov txuas lus ncaj nraim nrog koj tus kws pab kho mob uas tau teeb los sis thov tau qhov kev pab cuam uas yog hu rau ACBHD ACCESS ntawm 1-800-491-9099 (TTY: 711). (TTY: 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ, ਭਾਸ਼ਾ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਸਥਾਪਿਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਸਿੱਧਾ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛਗਿੱਛ ਲਈ ACBHD ACCESS ਨੂੰ 1-800-491-9099 (TTY: 711) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਪਰ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੇਟ ਵਿਚ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਮੰਗਣ ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਸਥਾਪਿਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਸਿੱਧਾ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛਗਿੱਛ ਲਈ ACBHD ACCESS ਨੂੰ 1-800-491-9099 (TTY: 711) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

العربية (Arabic)

انتباه: إذا كنت تتحدث لغة أخرى، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا.

يرجى الاتصال بمزودك المعتاد مباشرة أو اتصل على ACBHD ACCESS للاستفسار عن الخدمات على الرقم 1-800-491-9099 (الهاتف النصي: 711).

انتباه: تتوفر لك الوسائل والخدمات المساعدة، بما فيها دون حصر الوثائق المطبوعة بخط كبير والتنسيقات البديلة، مجاناً عند طلبها. يرجى الاتصال بمزودك المعتاد مباشرة أو اتصل على ACBHD ACCESS للاستفسار عن الخدمات على الرقم 1-800-491-9099 (الهاتف النصي: 711). (الهاتف النصي: 711).

हिंदी (Hindi)

कृपया ध्यान दें: यदि आप कोई अन्य भाषा बोलते हैं, तो आपके लिये निःशुल्क भाषा सहायता सेवा उपलब्ध है। कृपया अपने नियत प्रदाता से सीधे संपर्क करें अथवा सेवाओं के बारे में जानकारी हेतु ACBH ACCESS को 1-800-491-9099 (TTY: 711) पर कॉल करें।

कृपया ध्यान दें: अतिरिक्त सहायता तथा सेवाएं, जिसमें अन्य के अलावा बड़े अक्षरों के दस्तावेज़ और वैकल्पिक प्रारूप भी शामिल हैं, अनुरोध करने पर निःशुल्क उपलब्ध कराई जाएंगी। कृपया अपने नियत प्रदाता से सीधे संपर्क करें अथवा सेवाओं के बारे में जानकारी हेतु ACBH ACCESS को 1-800-491-9099 (TTY: 711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาอื่น เรามีบริการช่วยเหลือด้านภาษาให้คุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

โปรดติดต่อผู้ให้บริการที่คุณใช้อยู่โดยตรงหรือหากต้องการสอบถามเกี่ยวกับบริการต่างๆ โปรดติดต่อ ACBH ACCESS ที่ 1-800-491-9099 (TTY: 711)

โปรดทราบ: เรามีความช่วยเหลือและบริการเพิ่มเติม เช่น เอกสารพิมพ์ตัวใหญ่หรือในรูปแบบอื่นๆ

ให้คุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหากคุณแจ้งความประสงค์จะใช้ โปรดติดต่อผู้ให้บริการที่คุณใช้อยู่โดยตรงหรือสอบถามเกี่ยวกับบริการต่างๆ ได้โดยติดต่อ ACBH ACCESS ที่ 1-800-491-9099 (TTY: 711)

目录

服务提供方须知.....	10
欢迎加入阿拉米达县健康部的行为健康计划.....	11
自主选择权.....	12
不歧视声明.....	13
服务同意书.....	15
远程医疗服务同意书.....	15
治疗服务与护理提供方.....	16
治疗服务.....	16
护理服务提供方.....	16
营造一个温馨安全的环境.....	17
强制终止项目治疗.....	17
参保人手册.....	19
提供方名录.....	20
非紧急心理健康或药物使用障碍治疗服务.....	20
危机服务.....	20
问题解决.....	21
申诉.....	21
如何提出申诉.....	21
针对个体执业者的其他申诉途径.....	22
上诉.....	22
如何提出上诉.....	22
州公平听证会.....	23
如何申请州公平听证会.....	23
患者权利.....	24
如何向患者权利部门投诉.....	24
其他资源.....	24
预先指示.....	25
保密与隐私.....	26
隐私惯例声明.....	27
本通知条款的变更.....	32

《联邦法规》第 42 篇第 2 部分：药物和酒精治疗服务的隐私保护.....	33
提供方责任.....	34
投诉与违规举报.....	34
收悉确认书.....	35

服务提供方须知

尊敬的服务提供方：感谢您为阿拉米达县行为健康计划的参保人提供服务。根据规定，所有服务提供方须向参保人或其法定代理人说明并提供本《知情材料包》。以下是服务提供方必须遵守的具体操作规范：

- 在您参加计划以及提出请求时，服务提供方须以参保人或其法定代理人所偏好的语言或沟通方式，重新说明并提供本《知情材料包》的副本。
- 《知情材料包》内容发生重大变更时，服务提供方须向参保人或其法定代理人重新说明并提供《知情材料包》、《隐私权声明》及《参保人手册》的副本。
- 服务提供方可对本材料包的内容进行补充，和/或调整其格式或布局，但不得以任何方式删除、修改或违背原有内容。
- 服务提供方须按参保人或其法定代理人选择的语言及格式提供《您的医疗决定权》文件的副本。该文件可登录以下网址获取：<https://bhcsproviders.acgov.org/providers/QA/General/informing.htm>
- 服务提供方须要求参保人或其法定代理人签署《接收确认书》页面并注明日期，然后将该页面存入参保人档案。

有关《知情材料包》的各语言版本，可登录阿拉米达县行为健康部服务提供方网站：

<http://www.acbhcs.org/providers/QA/General/Informing.htm>

欢迎加入阿拉米达县健康部的行为健康计划

欢迎！作为阿拉米达县行为健康计划 (BHP) 的参保人，您在向本服务提供方申请行为健康服务时，须审阅本《知情材料包》，其中详细说明了您的权利与责任。阿拉米达县健康部的行为健康计划 (BHP) 包含由县心理健康计划提供的心理健康服务，以及由县药物使用障碍 (SUD) 系统化服务体系提供的 SUD 治疗服务；您可能接受其中一种或两种类型的服务。

服务流程要求：

- 您的服务提供方须在您参加计划时向您说明本材料内容，并在您每次提出审阅请求时再次进行说明。
- 您可随时索取本材料包副本带回家审阅。
- 您需签署本材料包最后一页，以表明您已获取并审阅相关材料。
- 您的服务提供方将保留此签名页。

本材料包内容详实，请仔细阅读并随时提出疑问。充分知悉并理解您的权利与责任，将有助于您获得应得的服务保障。

自主选择权

根据您的行为健康计划，我们须依法向您告知以下事项：

- 接受和参与本行为健康服务体系完全基于自愿原则，且不作为获取其他社区服务的前提条件。
- 您有权获得由 Medi-Cal 资助的其他行为健康服务，并可要求更换服务提供方及/或工作人员。
- 行为健康计划 (BHP)
与本社区多家服务提供方签订合作协议，其中包括具有宗教背景的服务提供方。接受联邦资助的宗教背景服务提供方须遵守以下法律规定：必须为所有符合资格的参保人提供服务，不得因其宗教信仰而区别对待；不得将联邦资金用于宗教活动（例如宗教礼拜、教义传授或劝诱改变宗教信仰等）。如您被转介至宗教背景服务提供方，且因其宗教性质而拒绝接受该机构服务，您有权要求更换其他服务提供方。

注意：我们将尽力满足所有合理请求。然而，除因服务提供方的宗教性质而要求更换外，我们无法保证所有更换请求均能获准。

不歧视声明

歧视是违法行为。阿拉米达县行为健康部（含县属及签约服务提供方）严格遵守联邦与州民权法规。阿拉米达县行为健康部 (ACBHD) 严格遵守联邦及州民权法律，不会基于以下任何因素实施非法歧视、排斥或区别待遇：性别、种族、肤色、宗教信仰、祖籍、国籍、族群认同、年龄、精神障碍、身体残疾、健康状况、遗传信息、婚姻状况、性别认同、性取向，以及其他受联邦或州民权法律保护的任何因素。

ACBHD 提供以下服务保障：

- 为残障人士免费提供辅助工具及服务，以确保有效沟通，比如：专业手语翻译人员服务，以及其他格式的书面材料（包括大字版印刷本、盲文、音频及/或无障碍电子格式）。
- 为主要语言非英语的人群提供免费语言服务，例如：合格的口译员和以其他语言书写的信息。

如果您需要这些服务，请联系您的服务提供方或致电 ACBHD ACCESS，电话：1-800-491-9099 (TTY: 711)。或者，如果您听力或说话不便，请致电 711（加州中继服务）。

如果您认为 ACBHD 未能提供这些服务，或基于性别、种族、肤色、宗教、祖先、民族、族群身份、年龄、精神残疾、身体残疾、健康状况、遗传信息、婚姻状况、性别、性别认同或性取向等其他方式进行非法歧视，您可以通过以下几种方式提起申诉：

ACBHD 的消费者援助办公室

- 联系电话：
1-800-779-0787 ACBHD 消费者援助
如需听力或语言方面的帮助，请拨打 711（加州中继服务）
- 美国邮件：填写申诉表格或撰写信件并寄至
消费者援助办公室
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, CA 94606
申诉表格可登录以下网址在线获取：<https://www.acbhcs.org/plan-administration/file-a-grievance/>
- 亲临现场：
心理健康协会的消费者援助服务
2855 Telegraph Ave, Suite 501
Berkeley, CA 94705

加州医疗服务部民权办公室

您也可以通过电话、书面形式或电子方式向加州医疗服务部民权办公室提出民权投诉：

- 联系电话：
拨打 916-440-7370
如果您听力不好或说话不便，请致电 711（加州中继服务）
- 填写投诉表格或邮寄信件至：
医疗服务部民权办公室
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
投诉表格：<https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures>
- 电子方式：发送电子邮件至 CivilRights@dhcs.ca.gov

美国卫生与公众服务部民权办公室

您也可以通过电话、书面形式或电子方式向美国卫生与公众服务部民权办公室提出民权投诉：

- 联系电话：
拨打 1-800-368-1019
如果您听力不好或说话不便，请致电 711（加州中继服务）
- 填写投诉表格或邮寄信件至：
美国卫生与公众服务部
200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
投诉表格可登录以下网址获取：<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- 通过投诉门户网站以电子方式提交：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

服务同意书

作为本行为健康计划 (BHP) 的参保人，您或您的法定代理人在本文件最后一页的签名，表明您同意自愿接受本服务提供方提供的行为健康服务。

您签署服务同意书，即表示该服务提供方有责任告知您可用的治疗方案和替代方案，以便您能对自己的治疗做出明智的决定。您有权参与自己接受的医疗服务的决策，也有权拒绝治疗。

您的服务提供方可能会让您签署其他同意书，这些同意书会更详细地说明您可能接受的服务类型。此外，在某些情况下需要签署单独的同意书，例如开具某些药物处方时或通过远程医疗提供服务时。

远程医疗服务同意书

远程医疗服务是指通过视频加音频或纯音频（电话）实时提供的服务。您的服务提供方须在开始远程医疗服务之前获得您的书面或口头同意。

远程医疗服务同意书需说明：

- 您有权通过线下面诊或远程医疗的方式获得 Medi-Cal 覆盖的医疗服务。
- 远程医疗的使用基于自愿原则，您可随时撤回对接受远程医疗服务的同意书或停止接受服务，且不影响您未来获得覆盖服务的能力。
- 其他资源已被合理用尽时，Medi-Cal 可提供线下诊疗服务的交通费用保障。
- 与线下诊疗相比，根据具体情况，通过远程医疗接受服务可能存在一些限制或风险。

需确保您了解通过远程医疗接受服务的潜在限制和风险，并确保您所有的问题都得到了满意的答复。

治疗服务与护理提供方

治疗服务

您的服务提供方会更详细地描述他们提供的服务类型。心理健康治疗服务项目可能包括但不限于评估、诊断、个体咨询、团体咨询、家庭治疗、危机干预、心理治疗、个案管理、康复服务、药物服务、计划制定、出院计划、转介至其他行为健康专业人员，以及代表您与其他专业人员进行咨询。

除上述服务项目外，药物使用障碍 (SUD) 门诊治疗服务还可能包括成瘾治疗药物 (MAT) 或临床指示的药物检测。尽管您有权拒绝推荐或提供给您的任何服务，但在某些特定情况（例如毒品法庭、缓刑等）下，可能需要遵守药物检测的相关规定。此外，部分项目须通过药物检测才能向 Medi-Cal 申报费用。例如，阿片类药物治疗项目 (OTP) 需按项目要求进行药物检测。

护理服务提供方

专业服务提供方可能包括但不限于医师、执业护师、临床护理专家、注册护士、医师助理、精神科技师、持证职业护士、职业治疗师、药剂师、婚姻家庭治疗师、临床社工、专业临床咨询师、心理学家、注册助理医师、药物使用障碍 (SUD) 咨询师、心理健康康复专家以及同伴和家庭支持者。

并非所有服务提供方均为有执照的专业人员。服务提供方需向您说明其资质，并在无执业许可证且需在有执照专业人员监督下工作时，亦须如实告知。实习学员、见习医师或助理医师须以书面形式向您说明其未取得执业资格，并提供其持证监督人员的姓名及执照类别。

¹所有未取得执业资格的专业人员须在持证专业人员监督下工作。

¹ [议程项目 VI - 讨论法规中关于广告和其他披露要求的相关内容](#)

营造一个温馨安全的环境

作为阿拉米达县行为健康计划的参保人，在您迈向更健康、更有成效的生活之旅中，感到受欢迎与尊重至关重要。我们帮助营造安全且温馨的治疗体验的一种方式，是要求所有人（包括服务提供方和参保人）遵守涉及尊重和安全行为的特定规则。以下是具体内容：

- ✓ 以安全的方式对待自己和他人。
- ✓ 禁止携带任何种类的武器。
- ✓ 以礼待人。
- ✓ 尊重他人隐私。
- ✓ 尊重他人及治疗项目的财物。
- ✓ 禁止在治疗场所销售、使用和分发酒精、毒品、尼古丁 / 烟草制品、电子烟及电子烟。

为确保每个人都能获得安全的治疗体验，可能会要求故意营造不安全环境的人员离开治疗场所，其服务可能会被暂时或完全终止，必要时还可能对其采取法律行动。

如果您感到不安全或认为自己无法遵守这些规则，请立即与您的服务提供方沟通。遵守上述规则，您将为营造安全、温馨的治疗体验尽自己的一份力量。

强制终止项目治疗

强制终止项目治疗的理由包括但不限于为其他参与者营造破坏或不安全的环境。有时，这是由于某位参保人处于醉酒或药物致幻状态。此时，您的咨询师将与您讨论这个问题，并且可能建议立即进行药物测试。

在这种情况下，无论您是否同意接受药物检测，如果您的行为无法得到处理和改变，且影响项目内其他参保人的安全及治疗环境，您仍可能被终止项目治疗。成瘾治疗专业人员和服务提供机构将采取适当措施，在法律允许的范围内确保药物检测结果的保密性。

最后，如果您持续拒绝提供的项目服务，或未能参加治疗服务，您的服务提供方可能会为您推荐更合适的处置方案。

如果您被强制终止项目治疗且您不同意该决定，可向阿拉米达县健康行为健康部消费者援助办公室提出上诉：

- 联系电话：
1-800-779-0787 ACBHD 消费者援助
如需听力或语言方面的帮助，请拨打 711（加州中继服务）
- 美国邮件：
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, CA 94606
- 亲临现场：
心理健康协会的消费者援助服务
2855 Telegraph Ave, Suite 501
Berkeley, CA 94705

参保人手册

行为健康计划 (BHP) 将在每次新服务启动或您提出要求时，向您提供并说明《参保人手册》、《专项心理健康服务指南》及《Medi-Cal 药物组织提供系统》文件以供审阅。《参保人手册》包含以下信息：服务资格标准、可用服务项目及获取方式、服务提供方信息、参保人权利的更多信息，以及投诉、上诉和州公平听证程序。《参保人手册》还包含行为健康计划的重要联系电话。

《参保人手册》的电子版本可登录以下网址获取：<https://www.acbhcs.org/beneficiary-handbook/>。如果您需要纸质版的《参保人手册》，可以告知您的服务提供方。您的服务提供方需在您提出请求后 5 天内免费向您提供纸质版《参保人手册》。

《参保人手册》提供以下语言版本：英语、西班牙语、阿拉伯语、中文、波斯语、韩语、塔加洛语和越南语。

请联系您的服务提供方或致电 ACBHD ACCESS，电话：1-800-491-9099 (TTY: 711)，以获取所需的《参保人手册》的其他格式版本，例如盲文版或音频版。您也可以通过以下电子邮件联系阿拉米达县行为健康质量保证部提出请求：QAIM@acgov.org。

提供方名录

在您参加计划或提出请求时，提供方须说明并提供服务提供方名录。服务提供方名录包含社区中由县及县签约的行为健康服务提供方清单，该名录须每月更新。

服务提供方名录的电子版本可登录以下网址获取：<https://acbh.my.site.com/ProviderDirectory/s/>。如果您需要纸质版的服务提供方名录，可以告知您的服务提供方。您的服务提供方需在您提出请求后 5 天内免费向您提供纸质版（服务提供方名录）。

服务提供方名录提供以下语言版本：英语、西班牙语、阿拉伯语、中文、波斯语、菲律宾语、高棉语、韩语和越南语。

非紧急心理健康或药物使用障碍治疗服务

如果您对服务提供方名录有疑问，可通过以下电话联系咨询您的健康计划。客服代表可以告知您服务提供方是否有空缺名额及其资格标准。可提供语言协助。

若有听力或语言障碍，可拨打 711 联系加州中继服务，以协助接通任一客户服务热线。

- 心理健康服务：请致电 ACCESS 项目，电话：1-800-491-9099。
- 药物使用障碍治疗服务：请致电药物使用治疗和转介帮助热线：1-844-682-7215。

危机服务

如果你遇到行为健康危机，请拨打 988 或 (800) 309-2131，或编辑短信“Safe”或“Seguro”发送至 20121。您也可以拨打全国自杀预防热线电话 1 (800) 273-8255 进行联系。

问题解决

作为阿拉米达县行为健康计划的参保人，如果您对所接受的服务不满意，有多种解决途径可供选择。有关解决途径的详细信息以及相关表格，可登录 (ACBHD) 的网址获取：

<https://www.acbhcs.org/plan-administration/file-a-grievance/>

申诉

如您对服务提供方或其服务不满意，您有权随时提出申诉或投诉。例如：

- 如果您未能获得所需的服务类型。
- 如果您觉得自己接受的服务质量很差。
- 如果您觉得自己受到了不公平对待。
- 如果预约从未安排在您方便的时间。
- 如果机构不干净或不安全。

如何提出申诉

您可以按照下述流程直接向您的服务提供方或 ACBHD 提出申诉。

阿拉米达县行为健康部 (ACBHD)：

- 联系电话：
1-800-779-0787 ACBHD 消费者援助
如需听力或语言方面的帮助，请拨打 711（加州中继服务）
- 美国邮件：
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, CA 94606
- 亲临现场：
心理健康协会的消费者援助服务
2855 Telegraph Ave, Suite 501
Berkeley, CA 94705

您的服务提供方：

您的服务提供方可能会按内部流程解决您的申诉，或指引您联系上述 ACBHD。您可以从您的服务提供方处获取表格和帮助。

针对个体执业者的其他申诉途径

有关个体服务提供方的申诉也可向相应的许可委员会提出。例如：

- 行为科学委员会受理并处理针对以下个体执业者在执业范围内所提供服务的投诉：
婚姻家庭治疗师、注册教育心理学家、临床社工或专业临床咨询师。

您可以直接通过电话向他们提出投诉：联系电话：(916) 574-7830 或访问以下网址：
<https://www.bbs.ca.gov/consumers/>。

- 如果您认为心理学家或心理学助理存在非法、不负责或不专业的行为，您可以向心理学委员会提出投诉。更多信息请访问以下链接：<https://www.psychology.ca.gov/consumers/filecomplaint.shtml>
- 与医疗专业人员相关的申诉可向加州医疗委员会提出。更多信息请访问以下链接：
<https://www.mbc.ca.gov/Resources/BreEZe-Resources-Center/Complaints.aspx>

上诉

当您收到行为健康计划 (BHP) 发出的《不利福利决定通知》(NOABD) 时，您有权对该福利调整决定提出上诉。例如：

- 如果您请求的服务被拒或受到限制。
- 如果您当前正在接受的某项已授权服务被缩减、暂停或终止。
- 如果行为健康计划 (BHP) 拒绝为您已接受的服务支付费用。
- 如果未及时为您提供服务。
- 如果您的申诉或上诉未在规定期限内得到解决。
- 如果您对财务责任认定的异议请求被拒。
- 如果您被强制终止某个项目治疗。

如何提出上诉

您若是接受 Medi-Cal 服务的 Medi-Cal 参保人，可使用下述流程向阿拉米达县行为健康部提出上诉。

- 联系电话：
1-800-779-0787 ACBHD 消费者援助
如需听力或语言方面的帮助，请拨打 711（加州中继服务）
- 美国邮件：
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, CA 94606

- 亲临现场：
心理健康协会的消费者援助
2855 Telegraph Ave, Suite 501
Berkeley, CA 94705

州公平听证会

如果您已完成行为健康计划 (BHP) 的上诉流程但问题仍未得到令您满意的解决，您有权要求举行州公平听证会，这是一项由加州社会服务部进行的独立审查。无论您是否已收到《不利福利决定通知》(NOABD)，均有权请求举行州公平听证。

每份《上诉决议通知书》(NAR) 均附有州公平听证会的请求。您须在邮戳日期或行为健康计划 (BHP) 亲自向您送达《上诉决议通知书》(NAR) 之日起 120 天内提交该请求。

为了在等待听证期间保留您的现有服务，您须在《上诉决议通知》(NAR) 邮寄或亲自送达之日起十 (10) 天内，或在服务变更生效日期之前（以较晚发生者为准）提出听证会请求。

州政府须在收到标准听证会请求之日起 90 个日历日内作出决定，对于加急听证会请求，则需在收到请求之日起 3 天内作出决定。

行为健康计划 (BHP) 须在收到撤销原《不利福利决定通知》后 72 小时内，立即批准或提供有争议的服务项目。

如何申请州公平听证会

- 联系电话：
1 (800) 952-5253 或听障专线： 1 (800) 952-8349
- 在线申请：
<https://www.cdss.ca.gov/hearing-requests>
- 书面申请：
加州社会服务部 / 州听证司
邮政信箱 944243
邮件处理站 9-17-37
加州萨克拉门托市，邮编 94244-2430

患者权利

一般来说，涉及住院环境中接受服务的问题，尤其是与非自愿留院和监护相关的问题，是通过现有的法律救济（如患者权利）来处理的，而非通过申诉或上诉程序解决。例如：

- 如果你被使用了约束措施，且认为机构没有正当理由这样做。
- 如果你被强制住院且不明白原因或自己有哪些选择。

如何向患者权利部门投诉

拨打以下电话联系患者权利倡导者：1 (800) 734-2504，若在县外，拨打 (510) 835-2505。该电话号码提供 24 小时服务，非工作时间由答录机接听。接受对方付费电话。

其他资源

有关问题解决流程的更多详细信息，请参阅《问题解决流程》：《参保人手册》中“提出申诉、上诉或申请州公平听证会”部分。《综合参保人手册》请登录提供方网站查询“质量保证告知材料”页面获取：

<https://bhcsproviders.acgov.org/providers/QA/General/informing.htm>

如果您有任何译文或需要协助填写任何所需表格，请联系您的服务提供方或致电消费者援助热线 1 (800) 779-0787。

预先指示

(仅适用于年满 18 岁的人士)

如果您年满 18 岁，根据联邦和州法律规定，行为健康计划须告知您做出医疗决策的权利，以及在未来丧失自主表达能力时如何提前做好医疗规划的权利。预先做好医疗规划可确保您的意愿与偏好能传达给相关方。该流程被称为创建预先指示。

您无需创建预先指示，且阿拉米达县行为健康部为您提供的行为健康服务不会基于您是否已创建预先指示。然而，我们鼓励您了解这一流程，现在就开始做好未来医疗规划。阿拉米达县行为健康计划的提供者和工作人员可在这一流程中为您提供支持，但无法代您创建预先指示。

美国国家精神疾病联盟 (NAMI) 通过下列网址提供了关于该主题的大量有用信息：

<https://www.nami.org/Advocacy/Policy-Priorities/Responding-to-Crises/Psychiatric-Advance-Directives/>

您也可以在政策和程序页面的第 300-2 节中查看阿拉米达县行为健康部 (ACBHD)

关于该主题的政策：<https://bhcsproviders.acgov.org/providers/PP/Policies.htm>

预先医疗护理指示表格可在加州司法部网站上找到：<https://oag.ca.gov/system/files/media/ProbateCodeAdvanceHealthCareDirectiveForm-fillable.pdf>

如果您对预先指示要求有任何异议，请致电消费者援助热线 1-800-779-0787。

保密与隐私

参与治疗服务时，确保您健康信息的保密性和隐私性是您的一项重要个人权利。本资料包包含有关如何使用和与他人共享您的治疗记录及个人信息，以及如何访问个人健康信息等重要内容。

本资料包中包含两份重要文件，其中详细描述了您的权利：

- 隐私惯例声明
- 《联邦法规汇编》第 42 篇第 2 部分 —— 药物和酒精治疗服务的隐私保护

您的服务提供方会在降解本《知情材料包》时，向您详细说明这两份文件以及保密条款的适用范围。

注意：如果《隐私惯例声明》在您参加计划或向您作出说明后进行了修订，服务提供方须再次向您作出说明并获取您的签名，以确认已作出说明，并将您签署的表格副本存入您的医疗记录中。

隐私惯例声明



您的信息

您的权利

我们的责任

本声明详细说明了您的健康信息可能如何被使用和披露的情形，以及您获取该信息的途径。

您的权利

关于您的健康信息，您依法享有以下特定权利。 本节解释了您的权利以及我们的职责以帮助您。

<p>获取您的电子或纸质版医疗记录</p>	<ul style="list-style-type: none"> 您可以要求查看或获取我们持有的关于您的电子或纸质版医疗记录及其他健康信息。 我们通常会在您提出请求后的 15 天内提供您的健康信息副本或摘要。我们可能会收取合理的、基于成本的费用。
<p>要求我们更正您的医疗记录</p>	<ul style="list-style-type: none"> 若您认为我们持有的您的健康信有误或不完整，可要求我们进行更正。 我们可能会拒绝您的请求，但会在 60 天内以书面形式告知您原因。
<p>请求保密通信</p>	<ul style="list-style-type: none"> 您可以要求我们以特定方式联系您（例如，家庭或办公电话）或寄信到不同的地址。 我们将会同意所有合理的请求

<p>要求我们限制我们使用或分享的内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您有权要求我们不得将某些健康信息用于治疗、支付或机构运营。 • 我们无法保证满足您的此项请求，若该限制可能影响您的诊疗，我们将予以拒绝。 • 如果您自付全款购买某项服务或医疗保健项目，您有权要求我们不得与您的健康保险公司共享该信息用于费用支付或机构运营。 • 除非法律另有规定，否则我们将同意您的此项请求。
<p>获取我们披露您健康信息的第三方清单</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您可以要求提供一份（账目）列表，列明在您提出请求之日前六年内我们共享您健康信息的次数、共享对象以及共享原因。 • 我们将包含除涉及治疗、支付、医疗保健运营的披露以及某些其他披露（如您要求我们进行的任何披露）之外的所有披露内容。 • 我们每年会免费提供一份账目列表，但如果您在 12 个月内要求提供另一份，我们可能会收取合理的、基于成本的费用。
<p>获取这份隐私声明的副本</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您可以随时请求获得本声明的纸质副本，即使您已同意以电子方式接收本声明。 • 我们会及时为您提供纸质副本。
<p>选择某人代表您行事</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 如果您已向某人授予医疗委托书，或某人是您的法定监护人，该人可行使您的权利并就您的健康信息做出选择。 • 我们会在采取任何行动之前，确保该人拥有此权限并能代表您行事。

<p>如果您认为自己的权利受到侵犯，可以提出投诉</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 如果您认为我们侵犯了您的权利，您可以通过以下方式提出投诉： <p>联系阿拉米达县健康服务部：</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 写信给：1000 San Leandro Blvd, Suite 300, San Leandro, CA 94577 ○ 或者致电：510-618-3333 ○ 或者发邮件给：HCSA.Compliance@acgov.org <p>或通过向美国卫生与公众服务部民权办公室提出投诉：</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 写信给：90 7th Street, Suite4-100, San Francisco, CA 94103 ○ 或者致电：1-800-368-1019 ○ 或者访问 www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ • 我们不会因您提出投诉而对您进行报复。
-------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

您的选择

对于某些健康信息，您可以告知我们您对共享内容的选择。 如果您对我们以下描述的情形中如何共享您的信息有明确偏好，请与我们联系。请告知我们希望我们做什么，我们将按照您的指示执行。

<p>在这些情况下，您有权且可以选择告诉我们：</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 与您的家人、亲密朋友或其他参与您护理的人共享信息 • 在救灾情况下共享信息 • 在医院名录中包含或删除您的信息 • 联系您参与筹款活动 <p>如果您无法告知我们您的偏好，例如您处于无意识状态，我们若认为共享您的信息符合您的最大利益，可能会继续共享这些信息。我们也可能在需要减轻对健康或安全的严重且紧迫威胁时共享您的信息。</p>
<p>在这些情况下，除非您给予我们书面许可，否则我们绝不会共享您的信息。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 营销目的 • 出售您的信息 • 大多数心理治疗记录的共享

<p>在筹款或媒体活动的情况下：</p>	<p>我们可能会联系您参与筹款或媒体活动，但您可以告知我们停止此类联系。</p>
-----------------------------	------------------------------------------

我们的使用和披露

我们通常如何使用或共享您的健康信息？ 我们通常以下列方式使用或共享您的健康信息：

<p>为您治疗</p>	<p>我们可以使用您的健康信息，并将其与正在为您提供治疗的其他专业人员共享。</p>	<p><i>示例：治疗您受伤情况的医生会向另一位医生询问您的整体健康状况。</i></p>
<p>管理我们的组织</p>	<p>我们可以使用和共享您的健康信息来管理我们的业务、改善您的护理，并在必要时与您联系。</p>	<p><i>示例：我们使用关于您的健康信息来管理您的治疗和服务。</i></p>
<p>为您的服务计费</p>	<p>我们可以使用和共享您的健康信息来向 Medi-Cal、医疗保险、健康计划或其他保险公司开具账单并获得付款。</p>	<p><i>示例：我们会向您的健康保险计划提供有关您的信息，以便其为您的服务支付费用。</i></p>

我们还能以其他什么方式使用或共享您的健康信息？ 我们被允许或需要以其他方式共享您的信息——通常是有助于公共利益的方式，例如公共卫生和研究。我们在出于这些目的共享您的信息之前，必须满足法律规定的许多条件。更多信息请参见：
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

<p>在这些情况下，除非您给予我们书面许可，否则我们绝不会共享您的信息。</p>	<p>我们可以在某些情况下共享您的健康信息，例如：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 预防疾病、伤害或残疾 • 报告出生和死亡情况 • 帮助召回产品 • 报告药物不良反应 • 报告疑似虐待、忽视或家庭暴力 • 预防或减少对任何人的健康或安全的严重威胁
-------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

开展研究	我们可以为健康研究使用或共享您的信息。
遵守法律	如果州或联邦法律要求，我们会共享关于您的信息，包括在美国卫生与公众服务部希望查看我们是否遵守联邦隐私法时与其共享。
回应器官和组织捐赠请求	我们可以与器官获取组织共享您的健康信息。
与法医或葬礼主任合作	当有人去世时，我们可以与验尸官、法医或葬礼主任共享健康信息。
处理工伤赔偿、执法和其他政府请求	我们可以使用或共享关于您的健康信息用于： <ul style="list-style-type: none"> • 工伤赔偿索赔 • 执法目的或与执法官员（合作） • 法律授权的活动与卫生监督机构（合作） 特殊政府职能，如军事、国家安全和总统保护服务
回应诉讼和法律行动	我们可以根据法院或行政命令，或依据传票共享您的健康信息
<p>注意：如果您正在申请或接受药物或酒精滥用的相关服务，《美国联邦法规》第42篇第2部分将保护您的健康信息。一般来说，如果您正在申请或接受药物或酒精滥用相关服务，除本通知中列出的情况外，我们无法向本组织以外的人员承认您参加了我们的项目，也无法披露任何可识别您为寻求药物滥用治疗个体的信息。</p>	

我们的责任

- 依据法律规定，我们须维护您受保护健康信息的隐私与安全。
- 如果发生可能损害您信息隐私或安全的泄露事件，我们会及时通知您。
- 我们须遵守本通知中描述的职责和隐私惯例，并向您提供一份副本。
- 除非您以书面形式告知我们可以这样做，否则我们不会以本文所述之外的方式使用或共享您的信息。如果您告知我们可以（使用或共享您的信息），您可以随时改变主意。如果您改变主意，请以书面形式告知我们。

欲了解更多信息，请参阅：<https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html>

本通知条款的变更

我们可以更改本通知的条款，且这些变更将适用于我们持有的关于您的所有信息。新通知可通过申请获取，也可在我们的办公室和网站上查阅。

通知生效日期：2013 年

修订日期：2017 年 8 月；2022 年 6 月

《联邦法规》第 42 篇第 2 部分：药物和酒精治疗服务的隐私保护

与其他类型的健康服务相比，药物使用障碍 (SUD) 治疗受到更严格的隐私标准保护。

《[联邦法规》第 42 篇](#)包括一系列主要涉及公共卫生和福利的法规。《联邦法规》第 42 篇的主要重点是保护接受 SUD 治疗的个人的隐私，具体规定详见 [《联邦法规》第 42 篇第 2 部分——药物使用障碍患者记录保密规则](#)。

阿拉米达县行为健康部的签约供应商需制定有关保密的政策和程序，并确保遵守联邦法律法规，包括 1996 年《健康保险流通与责任法案》(“HIPAA”)、《美国法典》第 42 编第 1320d 条及后续条款、《联邦法规》第 45 编第 160 和 164 部分，以及《保密法》《美国法典》第 42 编第 290dd-2 条和《联邦法规》第 42 编第 2 部分。

如果您正在接受药物使用障碍 (SUD) 治疗，未经您的书面同意，您的服务提供方不得披露可识别您为酒精或药物治疗客户的信息，也不出于治疗目的或机构运营需要共享您的受保护信息。若需向健康保险公司披露信息以获取服务费用支付，或出于营销目的出售或披露您的信息，均须获得您的书面同意。您可以随时以口头或书面形式撤回您的同意。

根据联邦法律及监管规定，在以下特定情形下，医疗服务提供方可在未经您书面同意的情况下，披露您的药物使用障碍 (SUD) 治疗相关信息。这些情形包括：

- 当某人构成危险或威胁伤害他人时
- 为防止在项目场所发生针对项目人员的犯罪或防止对项目人员实施犯罪行为
- 当提供方怀疑存在虐待或疏于照管儿童的情况时
- 当提供方怀疑存在虐待老年人的情况时
- 当患者处于医疗紧急情况且在披露信息前无法提供同意时，比如：
 - 当患者存在自伤风险且无法事先给予同意时
 - 当患者因行为健康状况而导致严重失能且无法满足自身基本生活需求，并因此面临重大伤害风险时。
 - 当某人丧失行为能力且无法给予同意时
- 用于联邦、州或地方政府机构、第三方支付方或健康计划进行的管理审计、财务审计及项目评估。
- 当根据与业务关联方或合格服务组织 (QSO) 的协议共享信息时，例如用于记录保存、财务核算或其他专业服务
- 当信息用于科学研究时
- 当信息用于公共卫生目的时。请注意，与公共卫生机构共享的信息在发布前会进行去标识化处理。

违反受《联邦法规》第 42 编第 2 部分相关规定的行为构成刑事犯罪，疑似违规行为可向以下主管机关举报：美国北加利福尼亚地区检察官办公室（地址：450 Golden Gate Avenue,



San Francisco, CA 94102) 和加州医疗服务部 (地址: 1501 Capital Avenue, MS 0000, Sacramento, California 95389-7413) 。

提供方责任

根据法律规定, 提供方须维护您的健康和药物使用障碍(SUD) 信息的隐私, 并告知关于健康信息的法律义务和隐私惯例。根据法律规定, 提供方须遵守本通知的条款, 并确保其持有的所有受保护健康信息均适用最新修订的通知条款要求。治疗期间, 应向患者提供修订和更新后的通知, 并张贴在大厅的公共告示板上。

投诉与违规举报

如果您对与服务相关的任何事项 (包括保密问题) 不满意, 或不希望与提供方讨论某一问题, 可致电消费者援助热线 1 (800) 779-0787。有关投诉和申诉的更多信息, 请参阅本材料包的“*问题解决流程*”部分。

收悉确认书

参保人姓名： _____

ACBHD 参保人编号： _____ 出生日期： _____

入院日期： _____ 项目名称： _____

您在此文件上签字即表示您确认同意接受本提供方/机构提供的服务。

如果您年满 18 岁，请回答以下问题：

- 你是否已经制定了预先指示？ 是 否
- 如果没有，提供方是否向你提供了关于预先指示的信息？ 是 否

通过签署这份表格，

- 本人确认已通过我可理解的语言或方式获知本材料包的全部内容，并已获得纸质副本。
- 本人自愿同意接受本机构/服务提供方提供的心理健康服务。

参保人或法定代理人的签名： _____

日期： _____

-----以下部分由提供方填写（如适用）-----

参保人/参保人的法定代理人口头表示自愿同意接受行为健康服务，但拒绝签署或无法签署本表格。

[注意：请尝试在日后获取签名。]

提供方签名 _____ 日期： _____