



Behavioral Health Department

Alameda County Health

مجموعه مطالب جهت اطلاع رسانی اداره سلامت رفتاری کانتی آلامدا (ACBHD)

راهنمای شما در زمینه رضایت نامه ها و حقوق و مسئولیت های مربوط به خدمات
تحت طرح بهداشت رفتاری اداره بهداشت کانتی آلامدا

دفتر تضمین کیفیت (QA) ACBHD

QAOffice@acgov.org

بازبینی شده در آوریل 2025



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):



**Behavioral
Health**

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でご利用になれます。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، مجانًا عند طلبها. يرجى الاتصال بمزودك المعتاد مباشرة أو اتصل على ACBHD ACCESS للاستفسار عن الخدمات على الرقم 1-800-491-9099 (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 โปรดติดต่อผู้ให้บริการที่คุณใช้อยู่โดยตรง
หรือสอบถามเกี่ยวกับบริการต่างๆ ได้โดยติดต่อ ACBH ACCESS ที่ 1-800-491-9099 (TTY: 711)

(Cambodian)

ចំពោះប្រសិទ្ធភាពនិយាយភាសាបសេដប ៀត បសវន៍ជំនួយភាសាបោយឥតគិតថ្លៃ គឺអាចស្វែងរកបានសប្បាហ្ន៍ក្នុងសូមទាក់ ងបោយផ្ទា លំប្រាកាន់អ្នកសតល់បសវន៍ណែនការ ្នលសាា លំរស់អ្នក ឬបែរើមបី បុំរើការសាកសួរអុំពីបសវាកមមនានា សូម ្នរសពាប្រោ ACBHD ACCESS តាមរយៈបលខ 1-800-491-9099 (TTY: 711)។ ចំពោះ សាា រៈនិងបសវាកមមជំនួយ ានជាអា ិវិឯកសារជាអ្នករុមពុំនិងឯកសារជា ឬង បសេដប ៀត អាចស្វែងរកបានសប្បាហ្ន៍ក្នុងសូមទាក់ ងបោយផ្ទា លំប្រាកាន់អ្នកសតល់បសវន៍ណែនការ ្នលសាា លំរស់អ្នក ឬបែរើមបីសាកសួរអុំពីបសវាកមមនានា សូម ្នរសពាប្រោ ACBHD ACCESS តាមរយៈបលខ 1-800-491-9099 (TTY: 711).



ພາສາລາວ (Lao)

ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອື່ນ, ພວກເຮົາມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານນຳໃຊ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ກຳນົດໄວ້ຂອງທ່ານໂດຍກົງ ຫຼື ເພື່ອສອບຖາມກ່ຽວກັບການບໍລິການ ໃຫ້ໂທຫາ ACBH ACCESS ທີ່ເບີ 1-800-491-9099 (TTY: 711).

ເອົາໃຈໃສ່: ອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ, ເຊິ່ງລວມມີ ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດ ເອກະສານຖົງພິມໃຫຍ່ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນ, ແມ່ນມີໃຫ້ທ່ານນຳໃຊ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕາມຄຳຂໍ. ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ກຳນົດໄວ້ຂອງທ່ານໂດຍກົງ ຫຼື ເພື່ອສອບຖາມກ່ຽວກັບການບໍລິການ ໃຫ້ໂທຫາ ACBH ACCESS ທີ່ເບີ 1-800-491-9099 (TTY: 711). (TTY: 711).



فهرست مطالب

11	پیامی به ارائه‌دهندگان خدمات
12	به طرح بهداشت رفتاری کانتی آلامدا خوش آمدید
13	آزادی انتخاب
14	اطلاعیه عدم تبعیض
16	رضایت برای خدمات
16	رضایت برای خدمات سلامت از راه دور
17	خدمات درمانی و ارائه‌دهندگان مراقبت
17	خدمات درمانی
17	ارائه‌دهندگان مراقبت
18	ایجاد مکانی دلیزیر و امن
18	ترخیص اجباری
20	کتابچه راهنمای اعضا
21	فهرست ارائه‌دهندگان
21	خدمات غیراضطراری سلامت روان یا درمان سوءمصرف مواد
21	خدمات بحران
22	حل مسئله
22	شکایات
22	نحوه ارائه شکایت
22	گزینه‌های دیگر برای ثبت شکایات مربوط به پزشکان فردی
23	تجدیدنظرها
23	نحوه ثبت درخواست تجدیدنظر
24	دادرسی‌های عادلانه ایالتی
24	نحوه درخواست دادرسی منصفانه ایالتی
24	حقوق بیماران
24	نحوه ثبت شکایت مربوط به حقوق بیماران
25	منابع دیگر
26	وصیت‌نامه پزشکی
27	محرمانه بودن و حریم خصوصی
28	اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی
33	تغییرات در شرایط این اطلاعیه
34	CFR 42 قسمت 2: حریم خصوصی خدمات مربوط به درمان مواد مخدر و الکل



35.....	مسئولیت‌های ارائه‌دهنده.....
35.....	شکایت و گزارش تخلفات.....
36.....	تأیید دریافت.....

پیامی به ارائه‌دهندگان خدمات

ارائه‌دهنده عزیز، از اینکه به اعضای طرح بهداشت رفتاری کانتی آلامدا خدمت کردید، از شما سپاسگزاریم. بررسی و ارائه این مجموعه مطالب جهت اطلاع‌رسانی به اعضا یا نمایندگان قانونی آن‌ها الزامی است. در زیر دستورالعمل‌های دقیق برای موارد موردنیاز ارائه شده است:

- یک نسخه از این مجموعه مطالب را هنگام پذیرش و در صورت درخواست، بررسی کنید و به زبان یا شیوه ارتباطی دلخواه عضو یا نماینده قانونی ایشان ارائه دهید.
- هر زمان که تغییر اساسی در محتوا اعمال شد، یک نسخه از مجموعه مطالب جهت اطلاع‌رسانی، اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی و کتابچه راهنمای اعضا را بازبینی کنید و آن را در اختیار عضو یا نماینده قانونی ایشان قرار دهید.
- شما می‌توانید به محتوای این مجموعه اضافه کنید و/یا قالب یا طرح‌بندی آن را تغییر دهید، اما خود محتوا به هیچ‌وجه قابل حذف، تغییر یا ایجاد تناقض در آن نیست.
- یک کپی از سند به عضو یا نماینده قانونی ایشان با عنوان حق شما برای تصمیم‌گیری در زمینه درمان پزشکی به زبان یا قالب انتخابی خودشان ارائه دهید. سند را در اینجا ببایید:
<https://bhcsproviders.acgov.org/providers/QA/General/informing.htm>
- از عضو یا نماینده قانونی ایشان بخواهید صفحه تأیید دریافت این سند را امضا کند و تاریخ بزند و این صفحه را در پرونده عضو ثبت کند.

بسته مواد اطلاع‌رسانی به تمام زبان‌های موردنیاز در وبسایت ارائه‌دهنده اداره بهداشت رفتاری کانتی آلامدا به نشانی زیر وجود دارد:

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

به طرح بهداشت رفتاری کانتی آلامدا خوش آمدید

خوش آمدید! به عنوان عضوی از طرح بهداشت رفتاری کانتی آلامدا (BHP) که خدمات بهداشت رفتاری را با این ارائه‌دهنده درخواست می‌کند، از شما می‌خواهیم این مجموعه مطالب جهت اطلاع‌رسانی را که حقوق و مسئولیت‌های شما را توضیح می‌دهد، مطالعه کنید. BHP مرکز بهداشت کانتی آلامدا شامل خدمات بهداشت روان ارائه‌شده توسط طرح بهداشت روان کانتی و خدمات درمانی اختلال سوءمصرف مواد (SUD) ارائه‌شده توسط سیستم تحویل سازمان‌یافته SUD شهرستان است؛ ممکن است فقط یک یا هر دو نوع خدمات را دریافت کنید.

آنچه باید انجام شود:

- ارائه‌دهنده خدمات شما موظف است این مطالب را با شما در زمان پذیرش و هر زمان که درخواست بررسی می‌کنید، بررسی کند.
- یک نسخه از این مجموعه نیز به شما ارائه می‌شود تا هر زمان که بخواهید برای بررسی به خانه ببرید.
- از شما درخواست می‌شود آخرین صفحه این مجموعه را امضا کنید تا تأیید شود مطالب به شما ارائه شده و با شما بررسی شده است.
- ارائه‌دهنده شما صفحه امضا را نزد خود نگه می‌دارد.

این مجموعه حاوی اطلاعات زیادی است، بنابراین وقت بگذارید و هر سؤالی دارید، بپرسید. دانستن و درک حقوق و مسئولیت‌های خود به شما کمک می‌کند مراقبتی را که شایسته آن هستید، دریافت کنید.

آزادی انتخاب

به عنوان برنامه سلامت رفتاری شما، موظفیم موارد زیر را به شما اطلاع دهیم:

- پذیرش و مشارکت در سیستم بهداشت رفتاری داوطلبانه است و الزامی برای دسترسی به سایر خدمات اجتماعی نیست.
 - شما حق دسترسی به سایر خدمات بهداشت رفتاری را که توسط Medi-Cal تأمین مالی می‌شوند، دارید و حق درخواست تغییر ارائه‌دهنده و/یا کارکنان را خواهید داشت.
 - طرح بهداشت رفتاری (BHP) با طیف گسترده‌ای از ارائه‌دهندگان در جامعه ما قرارداد می‌بندد که ممکن است شامل ارائه‌دهندگان مذهبی باشد. قوانینی در رابطه با ارائه‌دهندگان مذهبی وجود دارد که بودجه فدرال دریافت می‌کنند، از جمله اینکه آن‌ها باید بدون توجه به اعتقادات مذهبی خود به همه اعضای واجد شرایط خدمت کنند و بودجه فدرال نباید برای حمایت از فعالیت‌های مذهبی (مانند عبادت، آموزه‌های مذهبی، یا تلاش برای تغییر مذهب عضوی به یک دین) استفاده شود. اگر به یک ارائه‌دهنده مذهبی ارجاع داده شدید و به دلیل گرایش مذهبی وی با دریافت خدمات از ایشان موافق نبودید، حق دارید درخواست مراجعه به ارائه‌دهنده دیگری داشته باشید.
- توجه: ما تمام تلاش خود را می‌کنیم تا تمام درخواست‌های معقول را برآورده کنیم. با این حال، نمی‌توانیم تضمین کنیم درخواست‌های مربوط به تغییر ارائه‌دهندگان همیشه انجام شوند، مگر در مواردی که درخواست تغییر ارائه‌دهنده به دلیل گرایش مذهبی آن‌ها باشد.

اطلاعیه عدم تبعیض

اعمال تبعیض خلاف قانون است. اداره سلامت رفتاری کانتی آلامدا (شامل کانتی و ارائه‌دهندگان خدمت تحت قرارداد) از قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال تبعیت می‌کند. اداره سلامت رفتاری کانتی آلامدا (ACBHD) به‌علت جنس، نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، ملیت، هویت گروه قومی، سن، ناتوانی ذهنی، معلولیت جسمی، عارضه‌ی پزشکی، اطلاعات ژنتیک، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسیتی، یا گرایش جنسی بین افراد تبعیض قائل نمی‌شود، آن‌ها را از خدمات محروم نمی‌کند یا هر مبنای دیگری که توسط قوانین حقوق مدنی فدرال یا ایالتی محافظت شده باشد، با آن‌ها رفتار متفاوتی نخواهد داشت.

ACBHD موارد زیر را ارائه می‌دهد:

- کمک‌ها و خدمات رایگان به افراد دچار معلولیت برای کمک به آن‌ها جهت برقراری ارتباط بهتر، از جمله: مترجم‌های شفاهی زبان اشاره واجد شرایط، اطلاعات نوشتاری در قالب‌های دیگر (چاپ بزرگ، بریل، صوتی و/یا فرمت‌های الکترونیکی قابل‌دسترس).
- خدمات زبانی رایگان به افرادی که زبان اول آن‌ها انگلیسی نیست، نظیر: مترجم‌های شفاهی واجد شرایط و اطلاعات نوشته‌شده به زبان‌های دیگر.

راست‌راست در صورت نیاز به این خدمات، با ارائه‌دهنده خدمات خود تماس بگیرید یا از طریق شماره 1-800-491-9099 (TTY 711) با ACBHD ACCESS تماس بگیرید. یا در صورتی که نمی‌توانید به‌خوبی بشنوید یا صحبت کنید، با شماره 711 (رله ایالت کالیفرنیا) تماس بگیرید.

اگر معتقد هستید ACBHD نتوانسته این خدمات را ارائه دهد یا به شکل غیرقانونی براساس جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، ملیت، هویت گروه قومی، سن، ناتوانی ذهنی، معلولیت جسمی، عارضه‌ی پزشکی، ویژگی‌های ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسیتی یا گرایش جنسی تبعیض قائل شده است، می‌توانید شکایت خود را به چندین روش مطرح کنید:

دفتر کمک به مصرف‌کننده ACBHD

- از طریق تلفن: 1-800-779-0787 کمک به مصرف‌کننده ACBHD
برای کمک در رابطه با شنوایی یا صحبت کردن، با 711، خدمات رله کالیفرنیا تماس بگیرید
- از طریق پست ایالات متحده: یک فرم شکایت تکمیل کنید یا یک نامه بنویسید و به این نشانی ارسال کنید
Consumer Assistance
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, CA 94606

فرم‌های شکایت به‌طور آنلاین در دسترس هستند، به

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

- به‌صورت حضوری:

Consumer Assistance at Mental Health Association
2855 Telegraph Ave, Suite 501
Berkeley, CA 94705

دفتر حقوق مدنی - اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا

همچنین می‌توانید شکایت حقوق مدنی خود را به‌صورت تلفنی، کتبی یا الکترونیکی نزد اداره خدمات مراقبت بهداشتی کالیفرنیا، دفتر حقوق مدنی ثبت کنید:

- از طریق تلفن:
با شماره 916-440-7370 تماس بگیرید
اگر نمی‌توانید به‌خوبی بشنوید یا صحبت کنید، لطفاً با شماره 711 (رله ایالت کالیفرنیا) تماس بگیرید
- یک فرم شکایت پر کنید یا نامه‌ای به آدرس زیر ارسال کنید:
Department of Health Care Services, Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
فرم شکایت: <https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures>

- به‌صورت الکترونیکی: یک ایمیل به آدرس CivilRights@dhcs.ca.gov ارسال کنید

دفتر حقوق مدنی - وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده

همچنین می‌توانید یک شکایت حقوق مدنی به وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، دفتر حقوق مدنی از طریق تلفن، به‌صورت کتبی یا الکترونیکی ارائه دهید:

- از طریق تلفن:
با شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید
اگر نمی‌توانید به‌خوبی بشنوید یا صحبت کنید، لطفاً با شماره 711 (رله ایالت کالیفرنیا) تماس بگیرید
- یک فرم شکایت پر کنید یا نامه‌ای به آدرس زیر ارسال کنید:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
فرم‌های شکایت در وب‌سایت زیر در دسترس هستند:
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- به‌صورت الکترونیکی از طریق پورتال شکایات: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

رضایت برای خدمات

به عنوان عضوی از این طرح بهداشت رفتاری (BHP)، امضای شما یا نماینده قانونی‌تان در آخرین صفحه این مجموعه، رضایت شما را برای دریافت خدمات بهداشت رفتاری داوطلبانه از این ارائه‌دهنده تأیید می‌کند.

رضایت شما برای خدمات به این معنی است که این ارائه‌دهنده وظیفه دارد شما را از گزینه‌ها و جایگزین‌های درمانی موجود مطلع کند تا بتوانید آگاهانه درباره درمان خود تصمیم بگیرید. شما حق مشارکت در تصمیم‌گیری‌هایی دارید که مربوط به مراقبت‌های بهداشتی است که دریافت می‌کنید و همچنین حق امتناع از درمان دارید.

ارائه‌دهنده شما ممکن است فرم‌های رضایت دیگری جهت امضای شما داشته باشد که انواع خدماتی را که ممکن است دریافت کنید با جزئیات بیشتری توضیح دهد. علاوه بر این، در برخی شرایط، مانند زمانی که داروهای خاصی تجویز می‌شود یا زمانی که خدمات از طریق سلامت از راه دور ارائه می‌شوند، رضایت جداگانه نیاز است.

رضایت برای خدمات سلامت از راه دور

خدمات سلامت از راه دور خدماتی هستند که به صورت بلادرنگ از طریق ویدئو به همراه صدا یا فقط صوتی (تلفنی) ارائه می‌شوند. ارائه‌دهنده شما باید قبل از شروع خدمات سلامت از راه دور رضایت کتبی یا شفاهی شما را دریافت کند.

ایشان باید به شما توضیح دهد که:

- شما حق دسترسی به خدمات تحت پوشش Medi-Cal را از طریق ملاقات حضوری، رو در رو، یا از راه دور دارید.
 - استفاده از سلامت از راه دور داوطلبانه است و شما می‌توانید رضایت خود را برای دریافت خدمات از طریق سلامت از راه دور در هر زمان پس بگیرید یا آن را متوقف کنید، بدون اینکه بر توانایی شما برای دسترسی به خدمات تحت پوشش در آینده تأثیری بگذارد.
 - اگر سایر منابع به طور منطقی قابل دسترسی نباشند، Medi-Cal خدمات حمل و نقل را برای خدمات حضوری پوشش می‌دهد.
 - ممکن است محدودیت‌ها یا خطرهای احتمالی در رابطه با دریافت خدمات سلامت از راه دور در مقایسه با ویزیت حضوری (در صورت امکان) وجود داشته باشد.
- ایشان باید مطمئن شود شما محدودیت‌ها و خطرات بالقوه دریافت خدمات با استفاده از سلامت از راه دور را درک کرده‌اید و به تمام سؤالات شما طبق رضایت شما پاسخ داده شده است.

خدمات درمانی و ارائه‌دهندگان مراقبت

خدمات درمانی

ارائه‌دهنده شما نوع خدماتی را که ارائه می‌دهد با جزئیات بیشتری شرح می‌دهد. برای خدمات بهداشت روان، این موارد ممکن است شامل اما نه محدود به ارزیابی‌ها، سنجیدن‌ها، مشاوره فردی، مشاوره گروهی، خانواده درمانی، مداخله در بحران، روان‌درمانی، مدیریت پرونده، خدمات توان‌بخشی، خدمات دارویی، توسعه برنامه، برنامه‌ریزی ترخیص، ارجاع به سایر متخصصان بهداشت رفتاری، و مشاوره با سایر متخصصان از طرف شما باشد.

علاوه بر خدمات فوق، خدمات درمان سرپایی اختلال سوء مصرف مواد (SUD) ممکن است شامل داروهای برای درمان اعتیاد (MAT) یا آزمایش مواد مخدر مورتائید بالینی نیز باشد. اگرچه شما حق دارید هریک از خدماتی را که به شما توصیه می‌شود یا به شما ارائه می‌شود، رد کنید، ممکن است الزامات خاصی برای آزمایش مواد مخدر وجود داشته باشد (به عنوان مثال، دادگاه مربوط به مواد مخدر، آزادی مشروط و غیره). همچنین، برخی از برنامه‌ها برای صدور صورتحساب Medi-Cal ملزم به انجام آزمایش مواد مخدر هستند. به عنوان مثال، برنامه‌های درمان مواد افیونی (OTP) ملزم به انجام آزمایش مواد مخدر بر اساس الزامات برنامه هستند.

ارائه‌دهندگان مراقبت

ارائه‌دهندگان خدمات حرفه‌ای ممکن است شامل پزشکان، پرستاران حرفه‌ای، متخصصان پرستار بالینی، پرستاران ثبت‌نام‌شده، دستیاران پزشکی، تکنسین‌های روان‌پزشکی، پرستاران حرفه‌ای دارای مجوز، کاردرمانگران، داروسازان، درمانگران ازدواج و خانواده، مددکاران اجتماعی بالینی، مشاوران بالینی حرفه‌ای، روانشناسان، همکاران ثبت‌نام‌شده، مشاوران SUD، متخصصان توان‌بخشی سلامت روان و شرکای همسن و خانواده باشند.

همه ارائه‌دهندگان خدمات حرفه‌ای دارای مجوز نیستند. از ارائه‌دهندگان انتظار می‌رود صلاحیت‌های حرفه‌ای خود را به شما اطلاع دهند و در صورت نداشتن مجوز فعالیت و کار تحت نظارت یک متخصص دارای مجوز، این موضوع را به شما اطلاع دهند. کارآموزان دانشجو، کارآموزان انترن یا دستیاران باید کتباً به شما اطلاع دهند که بدون مجوز هستند و نام سرپرست دارای مجوز و نوع مجوز خود را در اختیار شما قرار دهند.¹ همه کارکنان حرفه‌ای بدون مجوز باید تحت نظارت متخصصان دارای مجوز کار کنند.

¹ دستور کار مورد ششم - بحث در مورد تبلیغات و اعمال سایر الزامات افشای اطلاعات در وضعیت‌ها و مقررات

ایجاد مکانی دلپذیر و امن

به عنوان عضوی از طرح بهداشت رفتاری کانتی آلامدا، مهم است در سفر خود به سمت یک زندگی سالم‌تر و سازنده‌تر احساس توجه و احترام کنید. یکی از راه‌هایی که ما به ایجاد یک تجربه درمانی ایمن و دلپذیر کمک می‌کنیم این است که از همه افراد، ارائه‌دهندگان و اعضا درخواست می‌کنیم از قوانین خاصی پیروی کنند که شامل رفتارهای محترمانه و ایمن است. که شامل موارد زیر است:

- ✓ با خود و دیگران به روش‌های ایمن رفتار کنید.
 - ✓ عاری از هر نوع سلاح باشید.
 - ✓ با ادب نسبت به دیگران صحبت کنید.
 - ✓ به حریم خصوصی دیگران احترام بگذارید.
 - ✓ به اموال دیگران و برنامه درمانی خود احترام بگذارید.
 - ✓ از فروش، استفاده و توزیع الکل، مواد مخدر، محصولات نیکوتین/دخانیت، ویپ‌ها و سیگارهای الکترونیکی در محل درمان خودداری کنید.
- برای اطمینان از تجربه درمانی ایمن برای همه، ممکن است از افرادی که عمداً محیط ناامنی ایجاد می‌کنند، خواسته شود محل درمان را ترک کنند، ممکن است خدمات آن‌ها به‌طور موقت یا کامل متوقف شود و در صورت لزوم، ممکن است اقدامات قانونی علیه آن‌ها انجام شود.
- اگر احساس ناامنی می‌کنید یا احساس می‌کنید نمی‌توانید این قوانین را رعایت کنید، فوراً با ارائه‌دهنده خدمات خود صحبت کنید. با پیروی از این قوانین، نقش خود را در ایجاد یک تجربه درمانی ایمن و دلپذیر به جا می‌آورید.

ترخیص اجباری

دلایل ترخیص اجباری از یک برنامه شامل، اما نه محدود به، ایجاد یک محیط مخرب یا ناامن برای سایر شرکت‌کنندگان است. این موضوع گاهی به دلیل مستی یکی از اعضا صورت می‌گیرد. در آن زمان، مشاور شما در این مورد با شما صحبت می‌کند و ممکن است آزمایش فوری مواد مخدر را توصیه کند.

چه با آزمایش مواد مخدر موافقت کنید یا در این شرایط آن را رد کنید، اگر رفتار شما قابل مدیریت و تغییر نباشد تا محیطی بدون اختلال و ایمن برای همه در برنامه ایجاد شود، ممکن است همچنان مرخص شوید. متخصصان درمان اعتیاد و سازمان‌های ارائه‌دهنده اقدامات مناسبی را تا حدی که قانون مجاز می‌داند، برای اطمینان از محرمانه ماندن نتایج آزمایش مواد مخدر انجام خواهند داد.

در نهایت، اگر به‌طور مداوم خدمات برنامه‌ای را که به شما ارائه می‌شود رد کنید، یا در خدمات درمانی شرکت نکنید، ارائه‌دهنده شما ممکن است مکان مناسب‌تری برای شما توصیه کند.

اگر به‌طور اجباری از یک برنامه مرخص شده‌اید و با این تصمیم مخالف هستید، می‌توانید به دفتر کمک به مصرف‌کننده اداره بهداشت رفتاری کانتی آلامدا درخواست تجدیدنظر کنید:

- از طریق تلفن:

ACBHD 1-800-779-0787 کمک به مصرف‌کننده

برای کمک در رابطه با شنوایی یا صحبت کردن، با 711، خدمات رله کالیفرنیا تماس بگیرید

- از طریق پست ایالات متحده:

2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, CA 94606



• به صورت حضوری:

Consumer Assistance at Mental Health Association
2855 Telegraph Ave, Suite 501
Berkeley, CA 94705

کتابچه راهنمای اعضا

کتابچه راهنمای اعضا، خدمات تخصصی بهداشت روان و سیستم تحویل سازمان یافته دارویی Medi-Cal برنامه بهداشت رفتاری (BHP) در ابتدای هر خدمات جدید یا هر زمان که درخواست کنید بررسی و به شما ارائه خواهد شد. کتابچه راهنما حاوی اطلاعاتی در مورد واجد شرایط بودن برای خدمات، خدمات موجود و نحوه دسترسی به آنها، اطلاعات ارائه‌دهندگان خدمات، اطلاعات بیشتر در مورد حقوق شما، و روند شکایت، تجدیدنظر و دادرسی عادلانه ایالتی است. این کتابچه راهنما همچنین شامل شماره تلفن‌های مهم برای طرح بهداشت رفتاری است.

کتابچه راهنمای اعضا به صورت الکترونیکی در اینجا موجود است: <https://www.acbhcs.org/beneficiary-handbook/>. اگر یک نسخه کاغذی از کتابچه راهنمای اعضا را ترجیح می‌دهید، می‌توانید به ارائه‌دهنده خود اطلاع دهید. ارائه‌دهنده شما موظف است ظرف 5 روز پس از درخواست شما، یک نسخه کاغذی از کتابچه راهنما را به صورت رایگان به شما بدهد.

کتابچه راهنمای اعضا به زبان‌های زیر موجود است: انگلیسی، اسپانیایی، عربی، چینی، فارسی، کره‌ای، تاگالوگ و ویتنامی.

اگر به فرمت دیگری از کتاب راهنما، به عنوان مثال خط بریل یا نسخه صوتی، نیاز دارید، با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید یا با ACBHD ACCESS به شماره 1-800-491-9099 تماس بگیرید (TTY: 711). این موارد را می‌توان با تماس با بخش تضمین کیفیت بهداشت رفتاری کانتی آلامدا با استفاده از این ایمیل نیز درخواست کرد: QAIM@acgov.org.

فهرست ارائه‌دهندگان

فهرست ارائه‌دهندگان در ابتدای پذیرش شما یا هر زمان که درخواست کنید، بررسی و به شما ارائه می‌شود. این فهرست ارائه‌دهندگان شامل لیستی از ارائه‌دهندگان خدمات بهداشت رفتاری در جامعه ماست که در کانتی هستند و یا با کانتی دارای قرارداد هستند که به‌صورت ماهانه به‌روز می‌شود.

فهرست ارائه‌دهندگان به‌صورت الکترونیکی در لینک زیر در دسترس است:
<https://acbh.my.site.com/ProviderDirectory/s/>. اگر یک نسخه کاغذی از فهرست ارائه‌دهندگان را ترجیح می‌دهید، می‌توانید به ارائه‌دهنده خود اطلاع دهید. ارائه‌دهنده شما موظف است ظرف 5 روز پس از درخواست شما یک نسخه کاغذی را به‌صورت رایگان به شما بدهد.

فهرست ارائه‌دهندگان به زبان‌های زیر در دسترس است: انگلیسی، اسپانیایی، عربی، چینی، فارسی، فیلیپینی، خمر، کره‌ای و ویتنامی.

خدمات غیراضطراری سلامت روان یا درمان سوءمصرف مواد

اگر در مورد فهرست ارائه‌دهندگان سؤالی دارید، می‌توانید با استفاده از شماره تلفن‌های زیر با طرح سلامت خود تماس بگیرید. نمایندگان می‌توانند به شما اطلاع دهند آیا ارائه‌دهنده ظرفیت خالی دارد یا خیر و معیارهای واجد شرایط بودن او کدام است. کمک زبانی در دسترس است.

برای محدودیت‌های شنوایی یا صحبت کردن، برای کمک به ارتباط با هریک از خطوط خدمات مصرف‌کننده، 711 را برای تماس با سرویس رله کالیفرنیا شماره‌گیری کنید.

- برای خدمات بهداشت روان: با برنامه ACCESS به شماره 1-800-491-9099 تماس بگیرید.
- برای خدمات درمان سوءمصرف مواد: با خط کمک درمان و ارجاع سوءمصرف مواد به شماره 1-844-682-7215 تماس بگیرید.

خدمات بحران

اگر یک بحران بهداشت رفتاری را تجربه می‌کنید، 988 یا 309-2131 (800) را شماره‌گیری کنید یا «Safe» یا «Seguro» را به شماره 20121 پیامک کنید. همچنین می‌توانید با خط نجات ملی پیشگیری از خودکشی به شماره 1 (800) 273-8255 تماس بگیرید.

حل مسئله

به عنوان عضوی از طرح بهداشت رفتاری کانتی آلامدا، اگر از خدماتی که دریافت می‌کنید راضی نیستید، گزینه‌های زیادی در دسترس شماست. اطلاعات دقیق در مورد گزینه‌ها و فرم‌های مربوطه را می‌توانید در وبسایت ACBHD زیر بیابید: <https://www.acbhcs.org/plan-administration/file-a-grievance/>

شکایات

شما حق دارید هر زمان که ارائه‌دهنده یا خدماتی رضایت‌بخش نباشد، شکایت یا اعتراضی مطرح کنید. به عنوان مثال:

- اگر نوع خدماتی را که می‌خواهید، دریافت نمی‌کنید.
- اگر احساس می‌کنید خدمات بی‌کیفیتی دریافت می‌کنید.
- اگر احساس می‌کنید با شما ناعادلانه رفتار می‌شود.
- اگر نوبت‌ها هرگز در زمان‌هایی که برای شما مناسب است، برنامه‌ریزی نشده است.
- اگر مراکز درمان تمیز یا ایمن نباشد.

نحوه ارائه شکایت

شما می‌توانید با استفاده از فرایندی که در زیر توضیح داده شده است، مستقیماً به ارائه‌دهنده خود یا با مرکز بهداشت رفتاری کانتی آلامدا شکایت کنید.

مرکز بهداشت کانتی آلامدا (ACBHD):

- از طریق تلفن:
ACBHD 1-800-779-0787
برای کمک در رابطه با شنوایی یا صحبت کردن، با 711، خدمات رله کالیفرنیا تماس بگیرید

- از طریق پست ایالات متحده:
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, CA 94606

- به صورت حضوری:
Consumer Assistance at Mental Health Association
2855 Telegraph Ave, Suite 501
Berkeley, CA 94705

ارائه‌دهنده شما:

ارائه‌دهنده شما ممکن است شکایت شما را به صورت داخلی حل کند یا شما را به ACBHD در بالا هدایت کند. می‌توانید فرم‌ها و کمک‌ها را از ارائه‌دهنده خود دریافت کنید.

گزینه‌های دیگر برای ثبت شکایات مربوط به پزشکان فردی

شکایات مربوط به ارائه‌دهندگان فردی نیز می‌تواند در هیئت‌های صدور مجوز مناسب ثبت شود. مثال،

- هیئت علوم رفتاری، شکایات مربوط به خدمات ارائه‌شده در حوزه تخصصی انواع پزشکان زیر را دریافت می‌کند و به آن‌ها پاسخ می‌دهد: درمانگران ازدواج و خانواده، روانشناسان تربیتی دارای مجوز، مددکاران اجتماعی بالینی، یا مشاوران بالینی حرفه‌ای.

می‌توانید مستقیماً از طریق تلفن نزد آن‌ها شکایت کنید: 574-7830 (916) یا آنلاین از طریق:

<https://www.bbs.ca.gov/consumers>

- اگر فکر می‌کنید یک روانشناس یا همکار روانشناس به‌طور غیرقانونی، غیرمسئولانه یا غیرحرفه‌ای عمل کرده است، می‌توانید شکایتی نزد هیئت روانشناسی طرح کنید. در اینجا لینکی با اطلاعات بیشتر وجود دارد:

<https://www.psychology.ca.gov/consumers/filecomplaint.shtml>

- شکایات مربوط به متخصصان پزشکی را می‌توان در هیئت پزشکی کالیفرنیا ثبت کرد. در اینجا لینکی با اطلاعات بیشتر وجود دارد:

<https://www.mbc.ca.gov/Resources/BreEZe-Resources-Center/Complaints.aspx>

تجدیدنظرها

در صورت دریافت «اطلاعیه تعیین مزایای نامطلوب» (NOABD) که شما را از اقدام طرح سلامت رفتاری (BHP) در مورد مزایای شما مطلع می‌کند، حق دارید درخواست تجدیدنظر کنید. به عنوان مثال:

- اگر خدماتی که درخواست کرده‌اید، رد یا محدود شود.
- اگر خدماتی قبلاً مجازی که در حال حاضر در حال دریافت آن بودید کاهش یابد، به حالت تعلیق درآید یا خاتمه یابد.
- اگر BHP پرداخت هزینه خدماتی را که دریافت کرده‌اید، رد کند.
- اگر خدمات به‌سرعت به شما ارائه نشود.
- اگر شکایت یا درخواست تجدیدنظر شما در بازه‌های زمانی موردنیاز حل‌وفصل نشود.
- اگر درخواست شما در رابطه با اعتراض به مسئولیت مالی رد شود.
- اگر به‌طور اجباری از یک برنامه مرخص یا اخراج شده‌اید.

نحوه ثبت درخواست تجدیدنظر

اگر عضوی از Medi-Cal هستید که خدمات Medi-Cal دریافت می‌کنید، می‌توانید با استفاده از فرایندی که در زیر توضیح داده شده است، درخواست تجدیدنظر خود را به بهداشت رفتاری کانتی آلامدا ارسال کنید.

- از طریق تلفن:

1-800-779-0787 کمک به مصرف‌کننده ACBHD

برای کمک در رابطه با شنوایی یا صحبت کردن، با 711، خدمات رله کالیفرنیا تماس بگیرید

- از طریق پست ایالات متحده:

2000 Embarcadero Cove, Suite 400

Oakland, CA 94606

- به‌صورت حضوری:

کمک به مصرف‌کننده در انجمن سلامت روان

2855 Telegraph Ave, Suite 501

Berkeley, CA 94705

دادرسی‌های عادلانه ایالتی

اگر فرایند تجدیدنظر طرح سلامت رفتاری (BHP) را تکمیل کرده باشید و مشکل با رضایت شما حل نشود، حق رسیدگی عادلانه ایالتی دارید، یک بررسی مستقل که توسط اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا انجام می‌شود. شما می‌توانید درخواست رسیدگی عادلانه ایالتی کنید، خواه NOABD دریافت کرده باشید یا خیر.

درخواست رسیدگی عادلانه ایالتی همراه با هر اعلامیه رأی تجدیدنظر (NAR) خواهد بود. شما باید درخواست خود را ظرف 120 روز از تاریخ مهر پستی یا روزی ارسال کنید که BHP شخصاً NAR را به شما می‌دهد.

برای حفظ خدمات مشابه خود در حین انتظار برای دادرسی، باید ظرف ده (10) روز از تاریخ ارسال NAR به شما یا قبل از تاریخ لازم‌الاجرا شدن تغییر در خدمات، هرکدام که دیرتر است، درخواست دادرسی کنید.

ایالت باید ظرف 90 روز تقویمی از تاریخ درخواست دادرسی‌های استاندارد و ظرف 3 روز از تاریخ درخواست دادرسی‌های فوری، تصمیم خود را اعلام کند.

BHP باید خدمات مورد اختلاف را به‌سرعت ظرف 72 ساعت از تاریخ دریافت اطلاعیه لغو تصمیمات نامساعد تعیین مزایای BHP، مجاز کند یا ارائه دهد.

نحوه درخواست دادرسی منصفانه ایالتی

- از طریق تلفن:

1 (800) 952-5253 یا برای TTY شماره 1 (800) 952-8349

- آنلاین:

<https://www.cdss.ca.gov/hearing-requests>

- به‌طور کتبی:

California Department of Social Services/State Hearings Division

P.O. Box 944243

Mail Station 9-17-37

Sacramento, CA 94244-2430

حقوق بیماران

به‌طور کلی، مسائل مربوط به خدمات دریافت‌شده در یک محیط بستری، به‌ویژه موارد مربوط به محرومیت‌های اجباری و سرپرستی، از طریق راه‌حل‌های قانونی موجود مانند حقوق بیمار، نه از طریق فرایند شکایت یا تجدیدنظر، رسیدگی می‌شود. به عنوان مثال:

- اگر برای شما محدودیت در نظر گرفته‌اند و فکر می‌کنید مرکز دلیل خوبی برای انجام این کار نداشته است.
- اگر برخلاف میل خود در بیمارستان بستری شده‌اید و نمی‌دانید چرا یا چه گزینه‌هایی برای شما وجود دارد.

نحوه ثبت شکایت مربوط به حقوق بیماران

با مدافع حقوق بیمار تماس بگیرید: 1 (800) 734-2504 یا اگر خارج از کانتی هستید، تماس با 835-2505 (510). این یک شماره 24 ساعته با منشی تلفنی بعد از ساعات کاری است. تماس‌هایی که گیرنده هزینه‌شان را می‌پردازد، پذیرفته می‌شوند.

منابع دیگر

برای اطلاعات دقیق‌تر در رابطه با فرایند حل‌وفصل مشکل، به فرایند حل‌وفصل مشکل: برای ثبت شکایت، درخواست تجدینظر یا طرح درخواست از بخش دادرسی منصفانه ایالتی از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. کتابچه راهنمای اعضای یکپارچه در صفحه مطالب اطلاع‌رسانی در خصوص تضمین کیفیت وبسایت ارائه‌دهنده ارسال شده است:

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

اگر سؤالی دارید یا برای پر کردن فرم‌های موردنیاز به کمک احتیاج دارید، لطفاً با ارائه‌دهنده خود تماس بگیرید یا با بخش کمک به مصرف‌کننده با شماره 1(800) 779-0787 تماس بگیرید.

وصیتنامه پزشکی

(فقط در صورتی اعمال می‌شود که 18 سال یا بیشتر داشته باشید)

اگر 18 سال یا بیشتر دارید، طرح سلامت رفتاری طبق قوانین فدرال و ایالتی ملزم است شما را از حقتان برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی و نحوه برنامه‌ریزی برای مراقبت‌های پزشکی خود مطلع کند، در صورتی که در آینده نتوانید از طرف خود صحبت کنید. برنامه‌ریزی در حال حاضر می‌تواند این اطمینان را بدهد که خواسته‌ها و ترجیحات شما به افرادی که باید در این‌باره بدانند، منتقل می‌شود. این فرایند، تنظیم وصیتنامه پزشکی نامیده می‌شود.

شما ملزم به ایجاد یک وصیتنامه پزشکی نیستید و خدمات بهداشت رفتاری ارائه‌شده توسط مرکز بهداشت رفتاری کانتی آلامدا براساس تنظیم یا عدم تنظیم آن نخواهد بود. با این حال، ما شما را تشویق می‌کنیم در مورد این روند پیامزید و هم‌اکنون برای مراقبت‌های پزشکی آینده خود برنامه‌ریزی کنید. ارائه‌دهندگان و کارکنان طرح بهداشت رفتاری کانتی آلامدا می‌توانند در این فرایند از شما حمایت کنند، اما نمی‌توانند وصیتنامه پزشکی برای شما تنظیم کنند.

اتحاد ملی بیماری‌های روان (NAMI) اطلاعات مفید زیادی در مورد این موضوع در لینک زیر ارائه می‌دهد:

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

همچنین می‌توانید خط‌مشی ACBHD در مورد این موضوع را در بخش 2-300 صفحه خط‌مشی و رویه بررسی کنید:

<https://bhcsproviders.acgov.org/providers/PP/Policies.htm>

فرم‌های وصیتنامه پزشکی مراقبت‌های بهداشتی پیشرفته را می‌توانید در وبسایت ایالت کالیفرنیا، وزارت دادگستری بیابید:

<https://oag.ca.gov/system/files/media/ProbateCodeAdvanceHealthCareDirectiveForm-fillable.pdf>

اگر شکایتی در مورد الزامات وصیتنامه پزشکی دارید، لطفاً با بخش کمک به مصرف‌کننده با شماره 1-800-779-0787 تماس بگیرید.

محرمانه بودن و حریم خصوصی

محرمانه بودن و حفظ حریم خصوصی اطلاعات بهداشتی شما هنگام مشارکت در خدمات درمانی یک حق مهم شخصی است. این مجموعه حاوی اطلاعات مهمی درباره نحوه استفاده از سوابق درمانی و اطلاعات شخصی شما، اشتراک‌گذاری با دیگران و نحوه دسترسی شما به اطلاعات سلامت شخصی شماست.

دو سند مهم در این مجموعه گنجانده شده است که حقوق شما را به تفصیل شرح می‌دهد:

- اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی

- CFR 42 قسمت 2 - حریم خصوصی خدمات مربوط به درمان مواد مخدر و الکل

ارائه‌دهنده شما در طول بررسی این مجموعه مطالب جهت اطلاع‌رسانی، این دو سند و محدودیت‌های محرمانه بودن را با شما بررسی می‌کند.

توجه: در صورتی که اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی پس از بررسی با شما در پذیرش ویرایش شود، ارائه‌دهنده شما باید دوباره به روزرسانی‌ها را با شما بررسی کند، امضای شما را برای تأیید انجام این کار دریافت کند و یک کپی از فرم امضا شده شما را در پرونده پزشکی شما ذخیره کند.

اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی

اطلاعات شما حقوق شما مسئولیت‌های ما

این اطلاعیه توضیح می‌دهد
اطلاعات سلامت مربوط به شما
چطور می‌تواند استفاده و افشا شود و
چطور می‌توانید به این اطلاعات
دسترسی یابید.



حقوق شما

شما در زمینه اطلاعات مربوط به سلامت خود حقوقی دارید. این بخش حقوق شما و برخی از مسئولیت‌های ما
برای کمک به شما را توضیح می‌دهد.

• می‌توانید درخواست دهید نسخه الکترونیکی یا کاغذی از سوابق پزشکی خود و دیگر اطلاعات سلامت را که ما از شما داریم، دریافت یا مشاهده کنید. • معمولاً ظرف 15 روز از تاریخ ارائه درخواست شما، ما یک کپی یا خلاصه از اطلاعات سلامتتان را به شما ارائه خواهیم داد. ممکن است مبلغی منطقی و مبتنی بر هزینه تمام‌شده را مطالبه کنیم.	دریافت نسخه الکترونیکی یا کاغذی از سوابق پزشکی خود
• شما می‌توانید از ما بخواهید اطلاعات سلامت مربوط به خود را که فکر می‌کنید نادرست یا ناقص است، اصلاح کنیم. • ممکن است به درخواست شما پاسخ «منفی» دهیم، اما به‌طور کتبی دلیل تصمیم خود را ظرف 60 روز به شما اعلام خواهیم کرد.	از ما بخواهید سوابق پزشکی شما را اصلاح کنیم
• می‌توانید از ما بخواهید با شما به گونه‌ای خاص (مثلاً، از خانه یا تلفن دفتر) تماس بگیریم یا ایمیل به آدرسی متفاوت ارسال کنیم. • ما به تمام درخواست‌های منطقی پاسخ «مثبت» خواهیم داد	درخواست ارتباطات محرمانه

• می‌توانید از ما بخواهید اطلاعات سلامت خاصی را برای درمان، پرداخت، یا اقدامات خود استفاده یا به اشتراک نگذاریم. • ما ملزم به موافقت با درخواست شما نیستیم و می‌توانیم در صورتی که این امر بر مراقبت شما تأثیر می‌گذارد، پاسخ «منفی» دهیم. • اگر هزینه یک خدمت یا مراقبت سلامت را به‌طور کامل از جیب بپردازید، می‌توانید از ما بخواهید این اطلاعات را با هدف پرداخت یا انجام فعالیت‌های خود با بیمه‌کننده سلامت با شما به اشتراک نگذاریم. • پاسخ ما «مثبت» خواهد بود، مگر اینکه قانون ما را ملزم کند این اطلاعات را به اشتراک بگذاریم.	از ما بخواهید آنچه را که استفاده می‌کنیم یا به اشتراک می‌گذاریم، محدود کنیم
• شما می‌توانید فهرستی (حسابرسی) از تمام نوبت‌های اشتراک‌گذاری اطلاعات خود توسط ما در شش سال گذشته تا به اکنون، نام طرفین دریافت‌کننده اطلاعات و دلیل اشتراک‌گذاری اطلاعات خود را درخواست کنید. • ما تمام موارد افشای اطلاعات را به‌جز موارد مربوط به درباره درمان، پرداخت و اقدامات مراقبت سلامت، و موارد افشای خاص دیگر (از قبیل هر افشای مورد درخواست خود شما) را به شما ارائه می‌دهیم. • یک حسابرسی را در طول سال به‌طور رایگان ارائه می‌دهیم، اما در صورتی که شما در طول 12 ماه گذشته درخواست مورد دیگری را کنید، ممکن است هزینه منطقی آن را از شما مطالبه کنیم.	فهرستی از تمام افرادی که اطلاعات را با آن‌ها به اشتراک گذاشته‌ایم، دریافت کنید
• می‌توانید درخواست نسخه‌ای کاغذی از این ابلاغیه را در هر زمانی ارائه دهید، حتی اگر موافقت کرده باشید که ابلاغیه را به‌صورت الکترونیک دریافت کنید. • ما سریعاً نسخه‌ای کاغذی به شما ارائه خواهیم داد.	نسخه‌ای از این ابلاغیه حریم خصوصی دریافت کنید
• اگر به شخصی وکالتنامه پزشکی داده‌اید یا شخصی سرپرست قانونی شماست، این شخص می‌تواند حقوق شما را اعمال کند و تصمیماتی درباره اطلاعات سلامت شما بگیرد. • اطمینان حاصل خواهیم کرد که شخص این اختیار را داشته باشد و می‌تواند قبل از انجام هر اقدامی از جانب شما اقدام کند.	شخصی را انتخاب کنید که از جانب شما اقدام کند
• اگر احساس می‌کنید ما حقوق شما را نقض کرده‌ایم، می‌توانید به روش‌های زیر شکایت کنید: از طریق تماس با خدمات بهداشتی کانتی آلامدا: ○ ارسال نامه به: 1000 San Leandro Blvd, Suite 300, San Leandro, CA 94577 ○ یا تماس با: 510-618-3333 ○ یا ارسال ایمیل به: HCSA.Compliance@acgov.org	در صورتی که احساس می‌کنید حقوق شما نقض شده است، شکایتی ارائه دهید

یا با طرح شکایت در دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات انسانی
ایالات متحده:

- ارسال نامه به: 90 7th Street, Suite 4-100,
San Francisco, CA 94103
- یا تماس با: 1-800-368-1019
- یا بازدید از:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/

● ما به علت ارائه این شکایت اقدام تلافی جویانه علیه شما انجام نخواهیم داد.

انتخاب‌های شما

در رابطه با اطلاعات خاص سلامت، می‌توانید تعیین کنید چه اطلاعاتی را به اشتراک بگذاریم. در صورتی که ترجیح مشخصی درباره نحوه به اشتراک گذاشتن اطلاعات خود در موقعیت‌های شرح داده شده در بخش زیر دارید، با ما صحبت کنید. آنچه را که می‌خواهید ما انجام دهیم به ما اطلاع دهید، ما دستورات شما را دنبال خواهیم کرد.

● اشتراک‌گذاری اطلاعات با خانواده، دوستان نزدیک یا دیگر افراد دخیل در پرونده خود ● اشتراک‌گذاری اطلاعات در یک موقعیت امداد فاجعه ● گنجاندن و حذف اطلاعات خود در فهرست بیمارستان ● تماس با شما در حین تلاش برای جمع‌آوری کمک مالی در صورتی که قادر نباشید ترجیح خود را به ما اطلاع دهید، مثلاً به علت بیهوش بودن، اگر اعتقاد داشته باشیم اشتراک‌گذاری اطلاعات برای شما مفید است، ممکن است اطلاعات شما را به اشتراک بگذاریم. همچنین می‌توانیم هنگام نیاز به کاهش تهدید جدی یا فوری برای سلامت یا ایمنی، اطلاعات شما را در صورت لزوم به اشتراک بگذاریم.	شما حق و قدرت انتخاب دارید که از ما بخواهید موارد زیر را انجام دهیم:
● اهداف بازاریابی ● فروش اطلاعات شما ● بیشترین میزان اشتراک‌گذاری یادداشت‌های روان‌درمانی	در این موارد، هرگز اطلاعات شما را به اشتراک نمی‌گذاریم، مگر اینکه یک اجازه‌نامه کتبی به ما دهید:
می‌توانیم با هدف انجام تلاش‌های خود در قالب پویش جمع‌آوری کمک مالی یا رسانه‌ای با شما تماس بگیریم، اما می‌توانید به ما بگویید دیگر با شما تماس نگیریم.	در رابطه با پویش جمع‌آوری کمک مالی یا رسانه‌ای:

معمولاً چطور اطلاعات سلامت شما را استفاده می‌کنیم یا به اشتراک می‌گذاریم؟ معمولاً اطلاعات سلامت شما را به روش‌های زیر استفاده می‌کنیم یا به اشتراک می‌گذاریم:

درمان شما	ما از اطلاعات سلامت شما استفاده می‌کنیم و آن را با دیگر متخصصین درمانگر شما به اشتراک می‌گذاریم.	مثال: پزشک درمانگر صدمه وارده به شما از پزشک دیگری درباره وضعیت عمومی سلامت شما سؤال می‌کند.
استفاده برای مدیریت سازمان	ما می‌توانیم به‌منظور مدیریت کار خود، بهبود مراقبت و تماس با شما در مواقع ضروری از اطلاعات سلامت شما استفاده کنیم و آن را به اشتراک بگذاریم.	به عنوان مثال: ما از اطلاعات سلامت شما برای مدیریت درمان شما و خدمات مرتبط استفاده می‌کنیم.
صدور صورت‌حساب مربوط به خدمات	می‌توانیم از اطلاعات سلامت شما به‌منظور ارائه صورت‌حساب و دریافت هزینه از Medi-Cal، Medicare، طرح‌های سلامت یا دیگر شرکت‌های بیمه استفاده کنیم و این اطلاعات را به اشتراک بگذاریم.	مثال: درباره شما اطلاعاتی به طرح بیمه سلامت شما می‌دهیم تا هزینه خدمات دریافتی شما را پرداخت کند.
به چه شکل دیگری می‌توانیم از اطلاعات سلامت شما استفاده کنیم یا آن را به اشتراک بگذاریم؟ اجازه داریم یا ملزم هستیم اطلاعات شما را به روش‌های دیگری نیز به اشتراک بگذاریم - معمولاً به روش‌هایی که برای عموم جامعه مفید است، از قبیل سلامت و تحقیق عمومی. باید قبل از اینکه بتوانیم اطلاعات شما را برای این اهداف به اشتراک بگذاریم، از بسیاری از شرایط مندرج در قانون برخوردار باشیم. جهت کسب اطلاعات بیشتر به این آدرس مراجعه کنید: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html		
در این موارد، هرگز اطلاعات شما را به اشتراک نمی‌گذاریم، مگر اینکه یک اجازه‌نامه کتبی به ما بدهید:	ما می‌توانیم اطلاعات بهداشتی شما را در موقعیت‌های خاصی به اشتراک بگذاریم، مانند: • جلوگیری از بیماری، صدمه یا معلولیت • گزارش تولد و وفات • کمک به فراخوان‌های محصول • گزارش واکنش‌های نامطلوب به داروها • گزارش موارد مشکوک به سوءاستفاده، بی‌توجهی یا خشونت خانگی • جلوگیری یا کاهش یک تهدید جدی نسبت به سلامت یا ایمنی هر فردی	

انجام تحقیق	می‌توانیم برای تحقیق درباره سلامت، از اطلاعات شما استفاده کنیم یا آن را به اشتراک بگذاریم.
تبعیت از قانون	اطلاعات مربوط به شما را در صورت الزام قوانین ایالتی یا فدرال به اشتراک می‌گذاریم، از جمله اشتراک‌گذاری با وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، در صورتی که به دنبال بررسی تبعیت ما از قانون حریم خصوصی فدرال باشد.
پاسخ به درخواست‌های اهدای عضو و بافت	می‌توانیم اطلاعات سلامت شما را با سازمان‌های اهدای عضو به اشتراک بگذاریم.
همکاری با پزشک قانونی یا مدیر برگزاری تشییع	می‌توانیم اطلاعات سلامت را با یک مأمور تشخیص علت مرگ، پزشک قانونی یا مدیر برگزاری تشییع هنگام فوت فرد به اشتراک بگذاریم.
رسیدگی به جبران هزینه کارگران، اجرای قانون و دیگر درخواست‌های دولت	در این موارد می‌توانیم از اطلاعات سلامت مربوط به شما استفاده کنیم یا آن را به اشتراک بگذاریم: • برای مطالبات جبران هزینه کارگران • برای اهداف اعمال قانون یا قرار دادن در اختیار مجری قانون • با سازمان‌های ناظر سلامت برای فعالیت‌هایی که به موجب قانون مجاز هستند برای عملکردهایی از قبیل نظامی، امنیت ملی و خدمات محافظت ریاست جمهوری
پاسخ به دعاوی قضایی و اقدامات حقوقی	می‌توانیم اطلاعات سلامت شما را در پاسخ به حکم دادگاه یا حکم اداری، یا در پاسخ به احضار به دادگاه به اشتراک بگذاریم
توجه: در صورتی که در حال تقاضای دریافت خدمات مصرف مواد مخدر یا مشروبات الکلی هستید یا این خدمات را دریافت می‌کنید، اطلاعات سلامت شما به موجب CFR 42 بخش 2 محافظت می‌شود. به طور کلی، اگر در حال تقاضای دریافت خدمات مصرف مواد مخدر یا مشروبات الکلی هستید یا این خدمات را دریافت می‌کنید، نمی‌توانیم به شخصی خارج از سازمان خود اذعان نماییم که شما در برنامه ما شرکت دارید یا هیچ اطلاعاتی که باعث شناسایی شما به عنوان فرد جوینده درمان فردی به علت سوء مصرف مواد شود را افشا کنیم، به جز در شرایطی که در این اطلاعیه فهرست شده است.	

- طبق قانون، ما ملزم به حفظ حریم خصوصی و امنیت اطلاعات سلامت محافظت‌شده شما هستیم.
 - در صورت هر مورد نقض که ممکن است باعث لطمه به حریم خصوصی یا امنیت اطلاعات شما شود، سریعاً این موضوع را به شما اطلاع خواهیم داد.
 - باید از شیوه‌نامه انجام وظایف و محافظت از حریم خصوصی تشریح‌شده در این اطلاعیه پیروی کنیم و نسخه‌ای از آن را به شما ارائه دهیم.
 - ما از اطلاعات شما استفاده نخواهیم کرد و این اطلاعات را به اشتراک نخواهیم گذاشت، مگر در مواردی که به‌طور کتبی اجازه استفاده و به اشتراک گذاشتن آن را به ما بدهید. در صورتی که این اجازه را به ما بدهید، مجدداً در هر زمانی می‌توانید نظر خود را تغییر دهید. در صورت تغییر نظرتان، به‌طور کتبی به ما اطلاع دهید.
- برای اطلاعات بیشتر نگاه کنید به:

<https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html>

تغییرات در شرایط این اطلاعیه

می‌توانیم شرایط این اطلاعیه را تغییر دهیم، و این تغییرات در تمام اطلاعاتی که درباره شما داریم، اعمال خواهد شد. اطلاعیه جدید بر حسب درخواست، در دفتر ما و وبسایت ما در دسترس خواهد بود.

تاریخ اجرای این اطلاعیه: 2013
بازبینی: آگوست 2017؛ ژوئن 2022

CFR 42 قسمت 2: حریم خصوصی خدمات مربوط به درمان مواد مخدر و الکل

درمان اختلال مصرف مواد (SUD) در مقایسه با سایر انواع خدمات بهداشتی با استانداردهای حریم خصوصی بسیار سختگیرانه‌تری محافظت می‌شود. عنوان 42 از [قانون مقررات فدرال](#) شامل طیف گسترده‌ای از مقررات است که عمدتاً مربوط به بهداشت و رفاه عمومی است. تمرکز اصلی CFR 42 محافظت از حریم خصوصی افرادی است که تحت درمان SUD قرار می‌گیرند، با مقررات خاصی که در آن ذکر شده است. [CFR 42 قسمت 2 - محرمانه بودن سوابق بیمار اختلال سوءمصرف مواد](#).

ارائه‌دهندگان طرف قرارداد اداره بهداشت رفتاری کانتی آلامدا ملزم به ایجاد سیاست‌ها و رویه‌هایی در مورد محرمانه بودن و اطمینان از انطباق با قوانین و مقررات فدرال، از جمله قانون حمل‌ونقل و پاسخ‌گویی بیمه سلامت 1996 («HIPAA»)، 42 U.S.C. § 1320d بخش‌های متعاقب، 45 C.F.R. قسمت‌های 160 و 164، و قانون محرمانه بودن، 42 U.S.C. § 290dd-2 و 42 C.F.R. قسمت 2.

اگر درمان SUD دریافت می‌کنید، ارائه‌دهنده شما نمی‌تواند اطلاعاتی که شما را به‌عنوان مراجع درمان الکل یا مواد مخدر شناسایی می‌کند یا اطلاعات محافظت‌شده شما را برای اهداف درمانی یا به‌عنوان بخشی از عملیات مراقبت‌های بهداشتی خود بدون رضایت کتبی شما افشا کند. رضایت کتبی شما همچنین برای افشای اطلاعات به بیمه‌گران سلامت برای دریافت پول برای خدمات و فروش یا افشای اطلاعات شما برای اهداف بازاریابی نیاز است. شما می‌توانید رضایت خود را در هر زمان، به‌صورت شفاهی یا کتبی لغو کنید.

شرایطی وجود دارد که تحت آن قوانین و مقررات فدرال به ارائه‌دهندگان اجازه می‌دهد اطلاعات مربوط به خدمات SUD شما را بدون رضایت کتبی شما افشا کنند. این شرایط شامل موارد زیر است:

- هنگامی که فردی در معرض خطر است یا تهدید کرده است به شخص دیگری آسیب برساند
- برای جلوگیری از جرائم در محل برنامه یا علیه پرسنل برنامه
- هنگامی که ارائه‌دهنده به کودک‌آزاری یا غفلت مشکوک می‌شود
- هنگامی که ارائه‌دهنده به سوءاستفاده از سالمندان مشکوک می‌شود
- هنگامی که فردی در وضعیت پزشکی اورژانسی قرار دارد و نمی‌تواند رضایت خود را قبل از افشای اطلاعات ارائه دهد، برخی از نمونه‌ها عبارتند از:
 - زمانی که فردی برای خودش خطرناک است و نمی‌تواند رضایت قبلی بدهد
 - هنگامی که فردی به‌شدت معلول است و به‌دلیل یک وضعیت بهداشت رفتاری قادر به تأمین نیازهای اساسی خود نیست که وی را در معرض خطر آسیب جدی قرار می‌دهد.
 - زمانی که فردی ناتوان است و نمی‌تواند رضایت دهد
- برای حسابرسی‌های مدیریتی، حسابرسی‌های مالی و ارزیابی برنامه که توسط یک آژانس دولتی فدرال، ایالتی یا محلی، یا یک پرداخت‌کننده شخص ثالث یا طرح بهداشتی انجام می‌شود.
- هنگامی که اطلاعات براساس توافق با یک همکار تجاری یا سازمان خدمات واجد شرایط (QSO) به اشتراک گذاشته می‌شود، به عنوان مثال، برای نگهداری سوابق، حسابداری یا سایر خدمات حرفه‌ای
- هنگامی که از اطلاعات برای تحقیقات علمی استفاده می‌شود
- هنگامی که از اطلاعات برای اهداف بهداشت عمومی استفاده می‌شود. توجه داشته باشید پیش از اشتراک‌گذاری اطلاعات با سازمان‌های بهداشت عمومی، اطلاعات شناسایی ایشان حذف می‌شود.

نقض قوانین و مقررات فدرال توسط یک برنامه که مشمول CFR 42 قسمت 2 است، جرم می‌باشد و تخلفات مشکوک ممکن است به مقامات مربوطه گزارش شود، از جمله دادستان ایالات متحده برای منطقه شمالی کالیفرنیا (450 Golden Gate Avenue, San Francisco, CA 94102) و وزارت خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا (501 Capital Avenue, MS 0000, Sacramento, California 95389-74131).

مسئولیت‌های ارائه‌دهنده

ارائه‌دهندگان طبق قانون موظفند حریم خصوصی اطلاعات سلامتی و SUD شما را حفظ کنند و در مورد وظایف قانونی و شیوه‌های حفظ حریم خصوصی خود در مورد اطلاعات سلامتی شما اطلاعاتی به شما ارائه دهند. ارائه‌دهندگان خدمات طبق قانون موظف هستند به شرایط این اطلاعیه پایبند باشند و مفاد اطلاعیه جدید را برای تمام اطلاعات بهداشتی محافظت‌شده‌ای که نگهداری می‌کنند، اجرایی کنند. اطلاعیه‌های بازنگری‌شده و به‌روز باید طی جلسات درمانی به افراد ارائه شود و در تابلوی اعلانات عمومی در لابی نصب گردد.

شکایت و گزارش تخلفات

اگر از هر موضوعی که مربوط به خدمات خود است، از جمله مسائل محرمانه بودن، راضی نیستید، یا از صحبت با ارائه‌دهنده خود در مورد موضوعی ناراحت هستید، می‌توانید با کمک مصرف‌کننده به شماره 779-0787 (800) 1 تماس بگیرید. *فرایند حل‌وفصل مشکل* را برای اطلاعات بیشتر در مورد شکایات و درخواست‌های تجدیدنظر مشاهده کنید.

تأیید دریافت

نام عضو: _____

شماره ACBHD عضو: _____

تاریخ تولد: _____

تاریخ پذیرش: _____

نام برنامه: _____

امضای شما روی این سند به منزله تأیید و موافقت شما با دریافت خدمات از این ارائه دهنده/آژانس است.

اگر 18 سال یا بیشتر دارید، لطفاً به سؤالات زیر پاسخ دهید:

- آیا قبلاً یک وصیت نامه پزشکی تنظیم کرده اید؟ ☐ بله ☐ خیر
- اگر تنظیم نکرده اید، آیا ارائه دهنده اطلاعاتی درباره دستورالعمل های پیشرفته به شما ارائه کرده است؟ ☐ بله ☐ خیر

با امضای این فرم،

- تأیید می کنم این بسته به زبانی یا روشی که برای من قابل فهم بود با من بررسی شد و نسخه کاغذی این بسته به من ارائه شد.
- من با دریافت خدمات بهداشت رفتاری داوطلبانه از این آژانس/ارائه دهنده موافقت می کنم.

امضای عضو یا نماینده قانونی: _____

تاریخ: _____

-----بخش زیر در صورت لزوم توسط ارائه دهنده تکمیل می شود-----

☐ نماینده قانونی عضو/عضو به صورت شفاهی با دریافت خدمات داوطلبانه بهداشت رفتاری موافقت کرد، اما از امضای فرم امتناع کرد یا نتوانست آن را امضا کند.
[توجه: لطفاً سعی کنید در تاریخ بعدی امضا بگیرید.]

امضای ارائه دهنده _____

تاریخ: _____