

Xác Nhận Đã Nhận

Tên Hội Viên: _____

Số Hội Viên ACBHD: _____ Ngày Sinh: _____

Ngày Tiếp Nhận: _____ Tên Chương Trình: _____

Chữ ký của quý vị trên tài liệu này xác nhận rằng quý vị đồng ý nhận dịch vụ từ nhà cung cấp/cơ quan này.

Nếu quý vị đã đủ 18 tuổi, vui lòng trả lời các câu hỏi sau đây:

- Quý vị đã lập Chỉ Thị Trước chưa? ☐ Rồi ☐ Chưa
- Nếu chưa, nhà cung cấp có cho quý vị biết thông tin về Chỉ Thị Trước không? ☐ Có ☐ Không

Khi ký vào biểu mẫu này,

- Tôi xác nhận rằng bộ tài liệu này đã được xem xét cùng tôi bằng ngôn ngữ hoặc cách mà tôi có thể hiểu và tôi đã được cung cấp một bản cứng của bộ tài liệu này.
- Tôi chấp thuận nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi tự nguyện từ cơ quan/nhà cung cấp này.

Chữ Ký của Hội Viên hoặc Người Đại Diện Hợp Pháp: _____

Ngày: _____

-----Nhà cung cấp sẽ hoàn thành phần dưới đây, nếu phù hợp-----

☐ Hội Viên/Người đại diện hợp pháp của Hội Viên chấp thuận bằng lời nói về việc nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi tự nguyện nhưng từ chối hoặc không thể ký vào biểu mẫu.

[Lưu ý: Vui lòng cố gắng lấy chữ ký vào một ngày khác trong tương lai.]

Chữ Ký của Nhà Cung Cấp _____ Ngày: _____