

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: _____