

Pagkilala sa Pagtanggap

**Pangalan ng
Miyembro:** _____

**# ng Miyembro ng
ACBHD:** _____ **Petsa ng
Kapanganakan:** _____

**Petsa ng Pag-
admit:** _____ **Pangalan ng
Programa:** _____

Ang iyong lagda sa dokumentong ito ay nagpapatunay na sumasang-ayon kang tumanggap ng mga serbisyo mula sa provider/ahensyang ito.

Kung ikaw ay 18 taong gulang pataas, sagutin ang mga sumusunod na tanong:

- Nagawa mo na ba ang isang Paunang Direktiba? ☐ Oo ☐ Hindi
- Kung hindi, inalok ka ba ng tagapagbigay ng impormasyon tungkol ☐ Oo ☐ Hindi sa Paunang Direktiba?

Sa paglagda sa form na ito,

- Kinukumpirma ko na ang packet na ito ay naipaliwanag sa akin sa wika o paraan na aking naintindihan, at inalok ako ng papel na kopya ng packet na ito.
- Pumapayag ako na tumanggap ng mga boluntaryong serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali mula sa ahensya/provider na ito.

Lagda ng Miyembro o Legal na Kinatawan: _____

Petsa: _____

-----Ang seksyon sa ibaba ay pinupunan ng provider, kung naaangkop-----

☐ Berbal na pinahintulutan ng miyembro/legal na kinatawan ng miyembro ang pagtanggap ng boluntaryong serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali ngunit tumanggi o hindi makalagda sa form.

[Note: Please attempt to obtain a signature at a later date.]

Lagda ng Provider _____ Petsa: _____