

الإقرار بالاستلام والموافقة على الخدمات

اسم العضو: _____
رقم العضوية في ACBHD: _____ تاريخ الميلاد: _____
تاريخ الالتحاق: _____ اسم البرنامج: _____

يرجى وضع علامة في كل مربع إذا كنت توافق على ما ورد فيه، ثم التوقيع على النموذج وتاريخه لتأكيد استلام المعلومات المطلوبة وموافقتك على تلقي الخدمات التطوعية.

☐ أوافق على تلقي خدمات الصحة السلوكية الطوعية من هذه الوكالة/مقدم الخدمة هذا.

☐ المواد الإعلامية للأعضاء، بما في ذلك دليل الأعضاء، ودليل مقدمي الخدمة، وإشعار ممارسات الخصوصية، تمت مراجعتها معي بلغة أو طريقة يمكنني فهمها، وعُرضت عليّ نسخة من المستندات.

☐ أوافق على تلقي الخدمات عبر الرعاية الصحية عن بُعد (الصوت والفيديو) أو الهاتف (الصوت فقط) من مقدم الخدمة هذا. أفهم أنه:

- لدي الحق في الوصول إلى الخدمات المشمولة بتغطية Medi-Cal حضورياً.
- يُعدّ استخدام الخدمات الصحية عن بُعد طوعياً، وقد أسحب موافقتي أو أوقف تلقّي الخدمات من خلال الخدمات الصحية عن بُعد في أي وقت دون التأثير على قدرتي على الوصول إلى الخدمات المغطاة في المستقبل.
- تتوفر مزايا النقل غير الطبي للزيارات الحضرية.
- لقد تم شرح القيود أو المخاطر المحتملة المتعلقة بتلقي الخدمات المغطاة من خلال الرعاية الصحية عن بُعد وتم الرد على أسئلتي بما يرضيني.

إذا كان عمرك **18 عاماً أو أكثر**، يرجى الإجابة على هذين السؤالين:

- 1- هل قمت بالفعل بإعداد توجيه مسبق؟ ☐ نعم ☐ لا
- 2- إذا لم يكن الأمر كذلك، هل تم عرض معلومات عليك بخصوص التوجيهات المسبقة؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ لا ينطبق

توقيع العضو أو الممثل القانوني: _____
التاريخ: _____

يتم إكمال القسم أدناه من قبل مقدم الخدمة، حسب الاقتضاء

☐ وافق العضو/الممثل القانوني شفهيًا على تلقي خدمات الصحة السلوكية الطوعية ولكنه رفض أو لم يتمكن من التوقيع على الاستمارة.

ملاحظة: يرجى محاولة الحصول على توقيع في وقت لاحق.

توقيع مقدم الخدمة _____ التاريخ: _____