

تأییدیه دریافت و رضایت نسبت به خدمات

نام عضو: _____

شماره ACBHD عضو: _____ تاریخ تولد: _____

تاریخ پذیرش: _____ نام برنامه: _____

در صورت موافقت با این گزاره، هر کادر را علامت بزنید، سپس برای تأیید دریافت اطلاعات ضروری و رضایت خود نسبت به دریافت خدمات داوطلبانه، فرم را تاریخ و امضا بزنید.

☐ با دریافت خدمات بهداشت رفتاری داوطلبانه از این سازمان/ارائه‌دهنده موافقت می‌کنم.

☐ مطالب اطلاع‌رسانی به عضو، شامل کتابچه راهنمای عضو، فهرست ارائه‌دهندگان و اطلاعیه رویه‌های حریم خصوصی، با من به زبانی یا شیوه‌ای که متوجه شوم، بررسی شد و نسخه‌ای از مدارک در اختیارم قرار گرفت.

☐ با دریافت خدمات از طریق تله‌هلت (صوتی و تصویری) یا تلفنی (فقط صدا) از این ارائه‌دهنده موافقت می‌کنم. نسبت به این موارد آگاه هستم:

- از حق دسترسی حضوری به خدمات تحت پوشش Medi-Cal برخوردار هستم.
- استفاده از خدمات از راه دور (تله‌هلت) داوطلبانه است و می‌توانم رضایت خود را برای دریافت خدمات از طریق تله‌هلت در هر زمانی پس بگیرم یا آن را متوقف کنم، بدون اینکه بر توانایی من برای دسترسی به خدمات تحت پوشش در آینده تأثیر بگذارد.

- مزایای حمل و نقل غیر پزشکی برای ویزیت‌های حضوری در دسترس است.
- ریسک‌ها و محدودیت‌های احتمالی مرتبط با دریافت خدمات تحت پوشش از طریق تله‌هلت به من توضیح داده شد و به‌طور رضایت‌بخش به تمام سؤالاتم پاسخ داده شد.

اگر **18 سال یا بیشتر** دارید، لطفاً به دو سؤال زیر پاسخ دهید:

1. قبلاً وصیت‌نامه پزشکی تنظیم کرده‌اید؟ ☐ بله ☐ خیر
2. اگر پاسخ‌تان منفی است، اطلاعاتی درباره وصیت‌نامه پزشکی به شما ارائه شده است؟ ☐ بله ☐ خیر ☐ نامرتب

امضای عضو یا نماینده قانونی: _____

تاریخ: _____

بخش زیر در صورت لزوم توسط ارائه‌دهنده تکمیل می‌شود

☐ عضو/نماینده قانونی عضو به‌صورت 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 ارائه‌دهنده _____

تاریخ: _____