

Pagkilala sa Pagtanggap at Pahintulot sa mga Serbisyo

Pangalan ng Miyembro: _____

ng Miyembro ng ACBHD: _____

Petsa ng Kapanganakan: _____

Petsa ng Admisyon: _____

Pangalan ng Programa: _____

Pakilagyan ng tsek ang bawat kahon kung sumasang-ayon ka sa pahayag, pagkatapos ay lagdaan at lagyan ng petsa ang form upang kumpirmahin ang pagtanggap ng kinakailangang impormasyon at ang iyong pahintulot na tumanggap ng mga boluntaryong serbisyo.

- ☐ **Sumasang-ayon ako na tumanggap ng mga boluntaryong serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali mula sa ahensya/provider na ito.**
- ☐ **Ang mga materyales para sa miyembro, kabilang ang Handbook ng Miyembro, Directory ng Provider, at Paunawa ng mga Kasanayan sa Privacy, ay tinalakay sa akin sa wikang naiintindihan ko o sa paraang nauunawaan ko, at inalok ako ng kopya ng mga dokumento.**
- ☐ **Sumasang-ayon ako na tumanggap ng serbisyo sa pamamagitan ng telehealth (audio at video) o telepono (audio lamang) mula sa provider na ito. Naiintindihan kong:**

- May karapatan akong magkaroon ng access sa mga serbisyong sakop ng Medi-Cal nang personal.
- Boluntaryo ang paggamit ng telehealth, at maaari kong bawiin ang aking pahintulot sa, o ihinto ang, pagtanggap ng mga serbisyo sa pamamagitan ng telehealth anumang oras nang hindi naaapektuhan ang aking kakayahang ma-access ang mga saklaw na serbisyo sa hinaharap.
- Available ang mga benepisyo sa di-medikal na transportasyon para sa mga personal na pagbisita.
- Ipinaliwanag sa akin ang mga posibleng limitasyon o panganib na may kaugnayan sa pagtanggap ng mga serbisyong sakop sa pamamagitan ng telehealth, at nasagot ang aking mga tanong sa paraang ako ay nasiyahan.

Kung ikaw ay 18 taong gulang pataas, sagutin ang dalawang tanong na ito:

1. Nagawa mo na ba ang isang Paunang Direktiba? ☐ Oo ☐ Hindi
2. Kung hindi, naipaalam na ba sa iyo ang impormasyon tungkol sa mga Paunang Direktiba? ☐ Oo ☐ Hindi ☐ N/A

Lagda ng Miyembro o Legal na Kinatawan: _____

Petsa: _____

***Ang seksyong ito ay pinupunan ng provider,
kung naaangkop***

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

Tandaan: Pakisubukang makuha ang lagda sa ibang pagkakataon.

Lagda ng Provider: _____

Petsa: _____