

## 確認收件並同意服務

會員姓名： \_\_\_\_\_

ACBHD 會員編號： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_

收件日期： \_\_\_\_\_ 計畫名稱： \_\_\_\_\_

如果您同意聲明內容，請勾選每個方框，然後在表格上簽名並註明日期，以確認收到所需資訊並同意接受自願性服務。

我同意接受該機構/服務提供者提供的自願性行為健康服務。

會員須知資料，包括會員手冊、供應商名錄和隱私權條例通知，均以我了解的語言或方式與我進行討論，並且向我提供這些文件的副本。

我同意接受該提供者透過遠端醫療（音訊及視訊）或電話（僅音訊）提供服務。我了解：

- 我有權利親自接受 Medi-Cal（醫療補助保險）承保的服務。
- 使用遠端醫療屬於自願性質，我可以隨時撤回同意或停止接受遠端醫療服務，且不會因此影響我將來獲得承保服務的能力。
- 非醫療交通福利適用於親自就診。

- 已向我說明透過遠端醫療獲得承保服務可能存在的限制或風險，並解答我的疑問，我對此感到滿意。

若您年滿 **18 歲**，請回答以下兩個問題：

1. 您是否已設立預立醫療指示？  是  否
2. 如果否，是否有人為您提供關於預立醫療指示的資訊？  是  否  不適用

會員或法定代理人簽名： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

**本部分由服務提供者視情況填寫**

會員/法定代理人口頭同意接受自願性行為健康服務，但拒絕或無法簽署表格。

*注意：請稍後再嘗試取得簽名。*

服務提供者簽名 \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_