

수령 확인 및 서비스 동의

회원 이름: _____

ACBHD 회원 번호: _____ 생년월일: _____

최초 등록일: _____ 프로그램 명: _____

위 내용에 동의하는 경우, 각 칸에 체크 표시를 해 주시고, 필요한 정보를 수령하고 자원봉사 서비스를 받는 데 동의한다는 의미로 서명 및 날짜를 기입해 주십시오.

본인은 이 기관/서비스 제공자로부터 행동 건강 서비스를 받는 데 자발적으로 동의합니다.

본인은 회원 핸드북, 제공자 목록, 개인정보 보호 정책 고지 등 회원 안내 자료를 본인이 이해할 수 있는 언어나 방식으로 검토했으며, 해당 문서의 사본을 제공받았습니다.

본인은 해당 서비스 제공자로부터 원격의료(음성 및 영상) 또는 전화(음성만)를 통한 서비스 제공에 동의합니다. 본인은 다음 사항을 이해하였습니다.

- 본인에게는 직접 방문을 통해 Medi-Cal이 보장하는 서비스를 이용할 권리가 있습니다.
- 원격 의료 사용에 대한 결정은 자발적이며, 본인은 향후 보장 서비스를 이용할 수 있는 권리에 영향을 받지 않으면서 언제든지 원격 의료를 통해 서비스를 받는 것에 대한 동의를 철회하거나 중단할 수 있습니다.
- 일반 교통편 혜택은 대면 진료 시에 이용할 수 있습니다.
- 원격의료를 통해 보장되는 서비스 이용과 관련된 잠재적인 제한 사항이나 위험에 대해 설명을 들었으며, 제 질문에 대한 만족스런 답변을 받았습니다.

만 18세 이상인 경우 다음 두 질문에 답해 주세요.

1. 이전에 사전 지시서를 작성한 적이 있습니까? 예 아니요

2. 아니요로 답한 경우, 사전 지시서에 관한 정보를 제공받았나요? 예 아니요 해당 없음

회원 또는 법정 대리인의 서명: _____

날짜: _____

본 섹션은, 다음에 해당되는 경우 서비스 제공자가 작성합니다

회원/법정 대리인이 행동 건강 서비스를 받는데 자발적으로 구두 동의를 했지만 양식에 서명하는 것을 거부했거나 서명할 수 없는 경우.

참고: 나중에 서명을 받기 위해 시도하세요.

서비스 제공자 서명: _____ 날짜: _____