

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 boluntaryong 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: _____