REQUIRED NOTICE TO MEMBERS

Provider Instructions: The following notices must be provided to members, as appropriate. The use of this form is optional. Providers may use their own forms as long as they meet all requirements. Keep a copy of the signed form in the member's record.

Physician Open Payments Database[1]

The Open Payments database is a federal tool used to search payments made by drug and device companies to physicians and teaching hospitals. It can be found at https://openpaymentsdata.cms.gov.

Board of Behavioral Sciences (BBS) Complaint Process[2]

BBS receives and responds to complaints regarding services provided within the scope of practice of Marriage and Family Therapists, Licensed Educational Psychologists, Clinical Social Workers and Professional Clinical Counselors. To file a complaint with the Board, you may contact them online at www.bbs.ca.gov or call 916-574-7830.

---

[1] AB 1278 ,

[2] SB-1024

BBS requires licensed and unlicensed clinicians to provide the following information to you upon initiating psychotherapy services or as soon as possible thereafter:

Provider's full name as filed with the Board:

_____

Provider's License/Registration Number:

_____

License/Registration Type:

_____

License/Registration Expiration Date:

_____

Unlicensed BBS providers must also provide the following information[3]*:*

Supervisor's Name and License Type:

_____

[3] BPC §4980.48(a)

☐ *Provider Instructions*: *Check the box if you are providing the member with additional provider information on the 2nd page or a current roster of clinical providers*.

By signing this form, I acknowledge that I have received a copy of this notice from my provider.

Member/Legal Representative's Name:

_____

Member/Legal Representative's Signature:

_____

Date: _____

Provider's full name as filed with the Board:

_____

Provider's License/Registration Number:

_____

License/Registration Type:

_____

License/Registration Expiration Date:

_____

Unlicensed BBS providers must also provide the following information:

Supervisor's Name and License Type:

_____

Provider's full name as filed with the Board:

_____

Provider's License/Registration Number:

_____

License/Registration Type:

_____

License/Registration Expiration Date:

_____

Unlicensed BBS providers must also provide the following information:

Supervisor's Name and License Type:

_____

Provider's full name as filed with the Board:

_____

Provider's License/Registration Number:

_____

License/Registration Type:

_____

License/Registration Expiration Date:

_____

Unlicensed BBS providers must also provide the following information:

Supervisor's Name and License Type:

_____

Provider's full name as filed with the Board:

_____

Provider's License/Registration Number:

_____

License/Registration Type:

_____

License/Registration Expiration Date:

_____

Unlicensed BBS providers must also provide the following information:

Supervisor's Name and License Type:

_____

الإشعار المطلوب للأعضاء

تعليمات مقدم الخدمة: يجب تقديم الإشعارات التالية إلى الأعضاء، حسب الاقتضاء. استخدام هذا النموذج اختياري. يجوز لمقدمي الخدمة استخدام النماذج الخاصة بهم طالما أنها تفي بجميع المتطلبات. احتفظ بنسخة من النموذج الموقّع في سجل العضو.

قاعدة بيانات المدفوعات المفتوحة للأطباء[1]

إن قاعدة بيانات المدفوعات المفتوحة هي أداة فيدرالية تُستخدم للبحث في المدفوعات التي تقدمها شركات الأدوية والأجهزة للأطباء والمستشفيات التعليمية. يمكن العثور عليها في https://openpaymentsdata.cms.gov.

عملية تقديم الشكاوى إلى مجلس العلوم السلوكية (BBS)[2]

يتلقى BBS الشكاوى المتعلقة بالخدمات المقدَّمة ضمن نطاق ممارسة معالجي الزواج والأسرة، وعلماء النفس التربويين المرخَّصين، والأخصائيين الاجتماعيين الإكلينيكيين، والمستشارين الإكلينيكيين المهنيين، ويقوم بالرد عليها. لتقديم شكوى إلى المجلس، يمكنك الاتصال بهم عبر الإنترنت على www.bbs.ca.gov أو الاتصال بالرقم 916-574-7830.

يتطلب مكتب BBS من الأطباء السريريين المرخصين وغير المرخصين تقديم المعلومات التالية لك عند بدء خدمات العلاج النفسي أو في أقرب وقت ممكن بعد ذلك:

---

[1] AB 1278،

[2] SB-1024

الاسم الكامل لمقدم الخدمة كما تم إيداعه لدى المجلس:

_____

ترخيص/رقم تسجيل مقدم الخدمة:

_____

نوع الترخيص/التسجيل:

_____

تاريخ انتهاء صلاحية الترخيص/التسجيل:

_____

كما يجب على مقدمي خدمات BBS غير المرخص لهم تقديم المعلومات التالية[3]:

اسم المشرف ونوع الترخيص:

_____

☐ *تعليمات مقدم الخدمة: ضع علامة في المربع إذا كنت تزود العضو بمعلومات إضافية عن مقدم الخدمة في الصفحةالثانية أو قائمة حالية بمقدمي الخدمة السريرية.*

بتوقيعي على هذا النموذج، أقر بأنني قد تلقيت نسخة من هذا الإشعار من مقدم الخدمة الخاص بي.

اسم العضو/الممثل القانوني _____

توقيع العضو/الممثل القانوني: _____

التاريخ: _____

[3] المادة 4980.48 (أ) من قانون حماية البيئة، الفقرة 4980.48 (أ)

الاسم الكامل لمقدم الخدمة كما تم إيداعه لدى المجلس:

ترخيص/رقم تسجيل مقدم الخدمة:

نوع الترخيص/التسجيل:

تاريخ انتهاء صلاحية الترخيص/التسجيل:

كما يجب على مقدمي خدمات BBS غير المرخصين تقديم المعلومات التالية:

اسم المشرف ونوع الترخيص:

الاسم الكامل لمقدم الخدمة كما تم إيداعه لدى المجلس:

ترخيص/رقم تسجيل مقدم الخدمة:

نوع الترخيص/التسجيل:

تاريخ انتهاء صلاحية الترخيص/التسجيل:

كما يجب على مقدمي خدمات BBS غير المرخصين تقديم المعلومات التالية:

اسم المشرف ونوع الترخيص:

الاسم الكامل لمقدم الخدمة كما تم إيداعه لدى المجلس:

ترخيص/رقم تسجيل مقدم الخدمة:

نوع الترخيص/التسجيل:

تاريخ انتهاء صلاحية الترخيص/التسجيل:

كما يجب على مقدمي خدمات BBS غير المرخصين تقديم المعلومات التالية:

اسم المشرف ونوع الترخيص:

الاسم الكامل لمقدم الخدمة كما تم إيداعه لدى المجلس:

ترخيص/رقم تسجيل مقدم الخدمة:

نوع الترخيص/التسجيل:

تاريخ انتهاء صلاحية الترخيص/التسجيل:

كما يجب على مقدمي خدمات BBS غير المرخصين تقديم المعلومات التالية:

اسم المشرف ونوع الترخيص:

AVISO OBLIGATORIO PARA MIEMBROS

Instrucciones para el proveedor: Se deben dar los siguientes avisos a los miembros, según corresponda. El uso de este formulario es opcional. Los proveedores pueden usar sus propios formularios siempre que cumplan todos los requisitos. Guarde una copia del formulario firmado en el expediente del miembro.

Base de datos Open Payments de médicos[1]

La base de datos Open Payments es una herramienta federal que se utiliza para buscar los pagos que las empresas farmacéuticas y de dispositivos hayan efectuado a médicos y hospitales universitarios. Se puede consultar en https://openpaymentsdata.cms.gov.

Proceso de queja de la Junta de Ciencias del Comportamiento (BBS)[2]

La BBS recibe y responde quejas relacionadas con los servicios prestados dentro del ámbito de la práctica de terapeutas matrimoniales y familiares, psicólogos educativos certificados, trabajadores sociales clínicos y consejeros clínicos profesionales. Para presentar una queja ante la Junta, puede comunicarse en línea en www.bbs.ca.gov o llamar al 916-574-7830.

---

[1] AB 1278,

[2] SB-1024

La BBS exige que los médicos con y sin licencia le proporcionen la siguiente información al iniciar los servicios de psicoterapia o lo antes posible después de iniciar:

Nombre completo del proveedor como aparece en el registro de la Junta:

_____

Número de licencia/registro del proveedor:

_____

Tipo de licencia/registro:

_____

Fecha de vencimiento de la licencia/registro:

_____

Los proveedores sin licencia de la BBS también deben proporcionar la siguiente información[3]:

Nombre del supervisor y tipo de licencia:

_____

[3] BPC §4980.48(a)

☐ *<u>Instrucciones para el proveedor</u>: Marque la casilla si proporciona al miembro información adicional del proveedor en la 2ª página o una lista actualizada de proveedores clínicos.*

Al firmar este formulario, reconozco que recibí una copia de este aviso de mi proveedor.

Nombre del miembro/representante legal:

_____

Firma del miembro/representante legal:

_____ **Fecha:** _____

Nombre completo del proveedor como aparece en el registro de la Junta:

_____

Número de licencia/registro del proveedor:

_____

Tipo de licencia/registro:

_____

Fecha de vencimiento de la licencia/registro:

_____

Los proveedores sin licencia de la BBS también deben proporcionar la siguiente información:

Nombre del supervisor y tipo de licencia:

_____

Nombre completo del proveedor como aparece en el registro de la Junta:

_____

Número de licencia/registro del proveedor:

_____

Tipo de licencia/registro:

_____

Fecha de vencimiento de la licencia/registro:

_____

Los proveedores sin licencia de la BBS también deben proporcionar la siguiente información:

Nombre del supervisor y tipo de licencia:

_____

Nombre completo del proveedor como aparece en el registro de la Junta:

_____

Número de licencia/registro del proveedor:

_____

Tipo de licencia/registro:

_____

Fecha de vencimiento de la licencia/registro:

_____

Los proveedores sin licencia de la BBS también deben proporcionar la siguiente información:

Nombre del supervisor y tipo de licencia:

_____

Nombre completo del proveedor como aparece en el registro de la Junta:

_____

Número de licencia/registro del proveedor:

_____

Tipo de licencia/registro:

_____

Fecha de vencimiento de la licencia/registro:

_____

Los proveedores sin licencia de la BBS también deben proporcionar la siguiente información:

Nombre del supervisor y tipo de licencia:

_____

اطلاعیه الزامی برای اعضا

<u>دستورالعمل‌های ارائه‌دهنده خدمت</u>: اطلاعیه‌های زیر باید حسب مورد در اختیار اعضا قرار گیرد. استفاده از این فرم اختیاری است. ارائه‌دهندگان می‌توانند از فرم‌های خود استفاده کنند مشروط بر اینکه تمامی الزامات را رعایت کند. یک نسخه از فرم امضاشده را در پرونده عضو نگهداری کنید.

پایگاه داده پرداخت‌های پزشکان (Open Payments)[1]

پایگاه داده Open Payments یک ابزار فدرال است که برای جستجوی پرداخت‌های انجام‌شده توسط شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی به پزشکان و بیمارستان‌های آموزشی استفاده می‌شود. این پایگاه در نشانی https://openpaymentsdata.cms.gov قابل دسترسی است.

فرآیند رسیدگی به شکایات هیئت علوم رفتاری (BBS)[2]

هیئت علوم رفتاری (BBS) شکایات مربوط به خدمات ارائه‌شده در چارچوب حوزه فعالیت درمانگران ازدواج و خانواده، روان‌شناسان آموزشی دارای مجوز، مددکاران اجتماعی بالینی و مشاوران حرفه‌ای بالینی را دریافت و بررسی می‌کند. برای ثبت شکایت نزد هیئت، می‌توانید به صورت آنلاین از طریق www.bbs.ca.gov اقدام کنید یا با شماره 916-574-7830 تماس بگیرید.

BBS از درمانگران دارای مجوز و بدون مجوز می‌خواهد هنگام آغاز خدمات روان‌درمانی یا در اولین فرصت پس از آن، اطلاعات زیر را در اختیار شما قرار دهند:

---

[1] AB 1278 ,

[2] SB-1024

نام کامل ارائه‌دهنده خدمت همان‌گونه که نزد هیئت ثبت شده است:

شماره مجوز/ثبت ارائه‌دهنده خدمت:

نوع مجوز/ثبت:

تاریخ انقضای مجوز/ثبت:

ارائه‌دهندگان بدون مجوز BBS همچنین باید اطلاعات زیر را ارائه دهند[3].

نام سرپرست و نوع مجوز:

---

[3] قانون حرفه‌ها و کسب‌وکارها (BPC) §4980.48(a)

☐ *<u>دستورالعمل‌های ارائه‌دهنده خدمت</u>: در صورتی که اطلاعات تکمیلی ارائه‌دهنده را در صفحه دوم یا فهرست به‌روز ارائه‌دهندگان بالینی در اختیار عضو قرار می‌دهید، کادر مربوطه را علامت بزنید.*

با امضای این فرم، تأیید می‌کنم که یک نسخه از این اطلاعیه را از ارائه‌دهنده خود دریافت کرده‌ام.

نام عضو/نماینده قانونی: _____

امضای عضو/نماینده قانونی: _____

تاریخ: _____

نام کامل ارائه‌دهنده خدمت همان‌گونه که نزد هیئت ثبت شده است:

شماره مجوز/ثبت ارائه‌دهنده خدمت:

نوع مجوز/ثبت:

تاریخ انقضای مجوز/ثبت:

ارائه‌دهندگان بدون مجوز BBS همچنین باید اطلاعات زیر را ارائه دهند:

نام سرپرست و نوع مجوز:

نام کامل ارائه‌دهنده خدمت همان‌گونه که نزد هیئت ثبت شده است:

شماره مجوز/ثبت ارائه‌دهنده خدمت:

نوع مجوز/ثبت:

تاریخ انقضای مجوز/ثبت:

ارائه‌دهندگان بدون مجوز BBS همچنین باید اطلاعات زیر را ارائه دهند:

نام سرپرست و نوع مجوز:

نام کامل ارائه‌دهنده خدمت همان‌گونه که نزد هیئت ثبت شده است:

شماره مجوز/ثبت ارائه‌دهنده خدمت:

نوع مجوز/ثبت:

تاریخ انقضای مجوز/ثبت:

ارائه‌دهندگان بدون مجوز BBS همچنین باید اطلاعات زیر را ارائه دهند:

نام سرپرست و نوع مجوز:

نام کامل ارائه‌دهنده خدمت همان‌گونه که نزد هیئت ثبت شده است:

شماره مجوز/ثبت ارائه‌دهنده خدمت:

نوع مجوز/ثبت:

تاریخ انقضای مجوز/ثبت:

ارائه‌دهندگان بدون مجوز BBS همچنین باید اطلاعات زیر را ارائه دهند:

نام سرپرست و نوع مجوز:

회원 필수 공지

서비스 제공자 지침: 다음 사항들은 필요한 경우 회원들에게 공지해야 합니다. 본 양식 사용은 선택 사항입니다. 서비스 제공자는 모든 요건을 충족하는 양식이라면 자체 양식을 사용해도 됩니다. 서명이 되어 있는 양식 사본을 회원 기록에 보관하세요.

의사 Open Payments 데이터베이스[1]

Open Payments 데이터베이스는 의약품 및 기기 회사가 의사 및 교육 병원에 지급한 결제 내역을 검색하는 데 사용되는 연방 도구입니다. 해당 정보는 https://openpaymentsdata.cms.gov에서 확인할 수 있습니다.

행동과학위원회(BBS) 불만 접수 절차[2]

BBS에서는 결혼 및 가족 치료사와 공인 교육 심리학자, 임상 사회복지사, 전문 임상 상담사의 업무 범위 내에서 제공되는 서비스와 관련된 불만 사항을 접수하고 처리합니다. 위원회에 불만 사항을 제기하려면 웹사이트 www.bbs.ca.gov를 방문하거나 전화 916-574-7830으로 연락하세요.

---

[1] AB 1278 ,

[2] SB-1024

BBS는 면허가 있는지 여부와 관계없이 모든 임상 전문가가 심리 치료 서비스를 시작할 때 또는 시작 후 가능한 한 빨리 귀하에게 다음 정보를 제공할 것을 요청합니다.

위원회에 등록된 서비스 제공자의 전체 이름:

_____

서비스 제공자의 면허/등록 번호:

_____

면허/등록 유형:

_____

면허/등록 만료일:

_____

*무허가 BBS 서비스 제공자는 다음 정보*2F[3] *도 함께 제공해야 합니다.*

감독관 이름 및 면허 종류:

_____

[3] BPC §4980.48(a)

☐ *서비스 제공자 지침: 회원에게 두번째 페이지의 추가 의료진 정보 또는 최신 의료진 명단을 제공하는 경우 박스에 체크 표시 하십시오.*

이 양식에 서명함으로써, 본인은 서비스 제공자로부터 이 공지를 받았음을 확인합니다.

회원/법정대리인 이름: _____

회원/법정대리인 서명: _____

날짜: _____

위원회에 등록된 서비스 제공자의 전체 이름:

서비스 제공자의 면허/등록 번호:

면허/등록 유형:

면허/등록 만료일:

무허가 BBS 서비스 제공자는 다음 정보도 함께 제공해야 합니다.

감독관 이름 및 면허 종류:

위원회에 등록된 서비스 제공자의 전체 이름:

서비스 제공자의 면허/등록 번호:

면허/등록 유형:

면허/등록 만료일:

무허가 BBS 서비스 제공자는 다음 정보도 함께 제공해야 합니다.

감독관 이름 및 면허 종류:

위원회에 등록된 서비스 제공자의 전체 이름:

서비스 제공자의 면허/등록 번호:

면허/등록 유형:

면허/등록 만료일:

무허가 BBS 서비스 제공자는 다음 정보도 함께 제공해야 합니다.

감독관 이름 및 면허 종류:

위원회에 등록된 서비스 제공자의 전체 이름:

서비스 제공자의 면허/등록 번호:

면허/등록 유형:

면허/등록 만료일:

무허가 BBS 서비스 제공자는 다음 정보도 함께 제공해야 합니다.

감독관 이름 및 면허 종류:

会员须知

服务提供方指引：需视情况向会员提供以下告知内容。可选择使用本表格。只要满足全部要求，服务提供方可使用自制表格。请将签署后的表格副本留存于参保人档案中。

医师公开支付数据库[1]

开放支付数据库是联邦工具，用于搜索药品和设备公司向医生和教学医院支付的款项；可以在 https://openpaymentsdata.cms.gov 找到。

行为科学委员会 (BBS) 投诉流程[2]

BBS 接收和响应有关婚姻和家庭治疗师、持证教育心理学家、临床社会工作者、专业临床咨询师执业范围内服务的投诉。如需向委员会提交投诉，可通过以下方式联系： 访问网站 www.bbs.ca.gov 或拨打电话 916-574-7830。

BBS 要求，持证及未持证临床医师需在启动心理治疗服务时或此后尽快向您提供以下信息：

服务提供方在委员会备案的全名：

_____

[1] AB 1278

[2] SB-1024

服务提供方执照/注册编号：

_____

执照/注册类型：

_____

执照/注册到期日期：

_____

未取得 BBS 执照的服务提供方，还必须提供以下信息[3]：

督导人员姓名及执照类型：

_____

☐ *服务提供方指引：如果您将在第 2 页提供额外服务提供方信息，或提供当前临床服务提供方名册，请勾选此框。*

签署本表单，即表示本人确认已从服务提供方处收到本告知书副本。

参保人/法定代理人的姓名： _____

参保人或法定代理人的签名： _____

日期： _____

[3] 《商业与职业法典》第 4980.48 条 (a) 款

服务提供方在委员会备案的全名：

服务提供方执照/注册编号：

执照/注册类型：

执照/注册到期日期：

未取得 BBS 执照的服务提供方，还必须提供以下信息：

督导人员姓名及执照类型：

服务提供方在委员会备案的全名：

服务提供方执照/注册编号：

执照/注册类型：

执照/注册到期日期：

未取得 BBS 执照的服务提供方，还必须提供以下信息：

督导人员姓名及执照类型：

服务提供方在委员会备案的全名：

服务提供方执照/注册编号：

执照/注册类型：

执照/注册到期日期：

未取得 BBS 执照的服务提供方，还必须提供以下信息：

督导人员姓名及执照类型：

服务提供方在委员会备案的全名：

服务提供方执照/注册编号：

执照/注册类型：

执照/注册到期日期：

未取得 BBS 执照的服务提供方，还必须提供以下信息：

督导人员姓名及执照类型：

KINAKAILANGANG ABISO SA MGA MIYEMBRO

Mga Tagubilin sa Provider: Dapat ibigay sa mga miyembro ang mga sumusunod na abiso kung naaangkop. Opsyonal ang paggamit ng form na ito. Puwedeng gumamit ang mga provider ng kanilang sariling form basta natutugunan ang lahat ng kinakailangan. Magtabi ng kopya ng nilagdaang form sa rekord ng miyembro.

Database ng mga Open Payment ng Doktor[1]

Ang database ng Open Payments (Mga Bukas na Pagbabayad) ay isang pederal na tool na ginagamit para maghanap ng mga pagbabayad na ginawa ng mga kumpanya ng droga at aparato sa mga manggagamot at mga ospital sa pagtuturo. Makikita ito sa https://openpaymentsdata.cms.gov.

Proseso ng Reklamo ng Board of Behavioral Sciences (Lupon sa Agham ng Pag-uugali, BBS)[2]

Tumatanggap at tumutugon ang BBS sa mga reklamo tungkol sa mga serbisyong ibinigay sa loob ng saklaw ng gawain ng Marriage and Family Therapist, Licensed Educational Psychologist, Clinical Social Worker, at Professional Clinical Counselor. Para maghain ng

[1] AB 1278 ,

[2] SB-1024

reklamo sa Board, puwede mo silang kontakin online sa www.bbs.ca.gov o tumawag sa 916-574-7830.

Inaatasan ng BBS ang mga lisensyado at hindi lisensyadong clinician na ibigay sa iyo ang sumusunod na impormasyon sa pagsisimula ng mga serbisyong psychotherapy o sa lalong madaling panahon pagkatapos nito:

Buong pangalan ng provider ayon sa nakarehistro sa Board:

_____

Numero ng Lisensya/Rehistrasyon ng Provider:

_____

Uri ng Lisensya/Rehistrasyon:

_____

Expiration Date ng Lisensya/Rehistrasyon:

_____

Dapat ding magbigay ng sumusunod na impormasyon ang mga provider ng BBS na walang lisensya[3]*:*

Pangalan ng Supervisor at Uri ng Lisensya:

_____

[3] BPC §4980.48(a)

☐ *Mga Tagubilin sa Provider*: *Lagyan ng tsek ang kahon kung nagbibigay ka sa miyembro ng karagdagang impormasyon tungkol sa provider sa ika-2 pahina o ng kasalukuyang listahan ng mga clinical provider.*

Sa paglagda sa form na ito, pinapatunayan kong nakatanggap ako ng kopya ng abisong ito mula sa aking provider.

Pangalan ng Miyembro/Legal na Kinatawan:

_____

Lagda ng Miyembro/Legal na Kinatawan:

_____ **Petsa:** _____

Buong pangalan ng provider ayon sa nakarehistro sa Board:

_____

Numero ng Lisensya/Rehistrasyon ng Provider:

_____

Uri ng Lisensya/Rehistrasyon:

_____

Expiration Date ng Lisensya/Rehistrasyon:

_____

Dapat ding magbigay ng sumusunod na impormasyon ang mga provider ng BBS na walang lisensya:

Pangalan ng Supervisor at Uri ng Lisensya:

_____

Buong pangalan ng provider ayon sa nakarehistro sa Board:

_____

Numero ng Lisensya/Rehistrasyon ng Provider:

_____

Uri ng Lisensya/Rehistrasyon:

_____

Expiration Date ng Lisensya/Rehistrasyon:

_____

Dapat ding magbigay ng sumusunod na impormasyon ang mga provider ng BBS na walang lisensya:

Pangalan ng Supervisor at Uri ng Lisensya:

_____

Buong pangalan ng provider ayon sa nakarehistro sa Board:

_____

Numero ng Lisensya/Rehistrasyon ng Provider:

_____

Uri ng Lisensya/Rehistrasyon:

_____

Expiration Date ng Lisensya/Rehistrasyon:

_____

Dapat ding magbigay ng sumusunod na impormasyon ang mga provider ng BBS na walang lisensya:

Pangalan ng Supervisor at Uri ng Lisensya:

_____

Buong pangalan ng provider ayon sa nakarehistro sa Board:

_____

Numero ng Lisensya/Rehistrasyon ng Provider:

_____

Uri ng Lisensya/Rehistrasyon:

_____

Expiration Date ng Lisensya/Rehistrasyon:

_____

Dapat ding magbigay ng sumusunod na impormasyon ang mga provider ng BBS na walang lisensya:

Pangalan ng Supervisor at Uri ng Lisensya:

_____

會員必要通知

服務提供者說明:
應酌情提供會員以下通知。可以選用此表格。服務提供者可以自行使用符合所有要求的表格。將已簽署的表格副本存放在會員檔案內。

醫生收支公開資料庫[1]

收支公開資料庫是一項聯邦工具，用於搜尋藥品及醫療器材公司向醫生和教學醫院支付的款項。您可至此網站查詢：https://openpaymentsdata.cms.gov。

行為科學委員會 (BBS) 投訴流程[2]

BBS 接收並回應有關婚姻家庭治療師、持證教育心理學家、臨床社會工作者和專業臨床諮詢師在執業範圍內提供服務的投訴。如需向委員會提出投訴，請造訪 www.bbs.ca.gov 與其聯絡，或致電 916-574-7830。

BBS 要求持證及未持證的臨床醫生在提供心理治療服務之前或之後應盡快向您提供以下資訊：

委員會備案的服務提供者全名：

_____

[1] AB 1278,

[2] SB-1024

服務提供者執照/註冊號碼：

_____

執照/註冊類型：

_____

執照/註冊有效日期：

_____

持證 BBS 服務提供者必須提供以下資訊[3]：

主管姓名及執照類型：

_____

☐ *服務提供者說明：如果您在第 2 頁向會員提供其他服務提供者資訊或目前的臨床服務提供者名冊，請勾選此選框。*

簽署此表格即表示我已收到服務提供者提供的此通知副本。

會員/法定代理人姓名： _____

會員/法定代理人簽名： _____

日期： _____

[3] 《商業與職業法典》(BPC) 第 4980.48 條 (a) 款

委員會備案的服務提供者全名：

服務提供者執照/註冊號碼：

執照/註冊類型：

執照/註冊有效日期：

持證BBS服務提供者必須提供以下資訊：

主管姓名及執照類型：

委員會備案的服務提供者全名：

服務提供者執照/註冊號碼：

執照/註冊類型：

執照/註冊有效日期：

持證BBS服務提供者必須提供以下資訊：

主管姓名及執照類型：

委員會備案的服務提供者全名：

_____

服務提供者執照/註冊號碼：

_____

執照/註冊類型：

_____

執照/註冊有效日期：

_____

持證BBS服務提供者必須提供以下資訊：

主管姓名及執照類型：

_____

委員會備案的服務提供者全名：

服務提供者執照/註冊號碼：

執照/註冊類型：

執照/註冊有效日期：

持證BBS服務提供者必須提供以下資訊：

主管姓名及執照類型：

THÔNG BÁO BắT BUộC DÀNH CHO HộI VIÊN

Hướng Dẫn dành cho Nhà Cung Cấp: Các thông báo sau đây phải được cung cấp cho hội viên, tùy theo trường hợp. Không bắt buộc sử dụng mẫu đơn này. Nhà cung cấp có thể sử dụng mẫu đơn riêng của họ miễn là đáp ứng tất cả các yêu cầu. Hãy giữ một bản sao của mẫu đơn đã ký tên trong hồ sơ của hội viên.

Cơ Sở Dữ Liệu Open Payments của Bác Sĩ[1]

Cơ sở dữ liệu Open Payments là một công cụ của liên bang dùng để tìm kiếm các khoản tiền mà công ty dược phẩm và thiết bị đã thanh toán cho bác sĩ và bệnh viện thực hành y khoa. Quý vị có thể tìm thấy công cụ này tại https://openpaymentsdata.cms.gov.

Quy Trình giải quyết Than Phiền của Hội Đồng Khoa Học Hành Vi (Board of Behavioral Sciences, BBS)[2]

BBS tiếp nhận và phản hồi than phiền liên quan đến các dịch vụ được cung cấp trong phạm vi hành nghề của Chuyên Gia Trị Liệu Hôn Nhân và Gia Đình, Nhà Tâm Lý Giáo Dục Được Cấp Phép, Nhân Viên Xã Hội Lâm Sàng và Tư Vấn Viên Lâm Sàng Chuyên Nghiệp. Để nộp đơn than phiền với

[1] AB 1278 ,

[2] SB-1024

Hội Đồng, quý vị có thể liên hệ với họ trực tuyến trên trang web www.bbs.ca.gov hoặc gọi đến số 916-574-7830.

BBS yêu cầu các bác sĩ lâm sàng được cấp phép và chưa được cấp phép cung cấp cho quý vị những thông tin sau đây khi bắt đầu các dịch vụ trị liệu tâm lý hoặc càng sớm càng tốt sau đó:

Tên đầy đủ của nhà cung cấp như đã nộp cho Hội Đồng:

_____

Số Giấy Phép/Đăng Ký của Nhà Cung Cấp:

_____

Loại Giấy Phép/Đăng Ký:

_____

Ngày Hết Hạn Giấy Phép/Đăng Ký:

_____

Các nhà cung cấp chưa được cấp phép của BBS cũng phải cung cấp các thông tin sau[3]*:*

Tên và Loại Giấy Phép của Người Giám Sát:

_____

[3] BPC §4980.48(a)

☐ *Hướng Dẫn dành cho Nhà Cung Cấp*: *Đánh dấu vào ô nếu quý vị đang cung cấp cho hội viên thông tin bổ sung về nhà cung cấp ở trang thứ 2 hoặc bảng phân công hiện tại của các nhà cung cấp dịch vụ lâm sàng.*

Bằng việc ký vào mẫu đơn này, tôi xác nhận rằng tôi đã nhận được một bản sao của thông báo này từ nhà cung cấp của tôi.

Tên của Hội Viên/Người Đại Diện Hợp Pháp:

_____

Chữ Ký của Hội Viên/Người Đại Diện Hợp Pháp:

_____

Ngày: _____

Tên đầy đủ của nhà cung cấp như đã nộp cho Hội Đồng:

_____

Số Giấy Phép/Đăng Ký của Nhà Cung Cấp:

_____

Loại Giấy Phép/Đăng Ký:

_____

Ngày Hết Hạn Giấy Phép/Đăng Ký:

_____

Các nhà cung cấp chưa được cấp phép của BBS cũng phải cung cấp các thông tin sau:

Tên và Loại Giấy Phép của Người Giám Sát:

_____

Tên đầy đủ của nhà cung cấp như đã nộp cho Hội Đồng:

_____

Số Giấy Phép/Đăng Ký của Nhà Cung Cấp:

_____

Loại Giấy Phép/Đăng Ký:

_____

Ngày Hết Hạn Giấy Phép/Đăng Ký:

_____

Các nhà cung cấp chưa được cấp phép của BBS cũng phải cung cấp các thông tin sau:

Tên và Loại Giấy Phép của Người Giám Sát:

_____

Tên đầy đủ của nhà cung cấp như đã nộp cho Hội Đồng:

_____

Số Giấy Phép/Đăng Ký của Nhà Cung Cấp:

_____

Loại Giấy Phép/Đăng Ký:

_____

Ngày Hết Hạn Giấy Phép/Đăng Ký:

_____

Các nhà cung cấp chưa được cấp phép của BBS cũng phải cung cấp các thông tin sau:

Tên và Loại Giấy Phép của Người Giám Sát:

_____

Tên đầy đủ của nhà cung cấp như đã nộp cho Hội Đồng:

_____

Số Giấy Phép/Đăng Ký của Nhà Cung Cấp:

_____

Loại Giấy Phép/Đăng Ký:

_____

Ngày Hết Hạn Giấy Phép/Đăng Ký:

_____

Các nhà cung cấp chưa được cấp phép của BBS cũng phải cung cấp các thông tin sau:

Tên và Loại Giấy Phép của Người Giám Sát:

_____