

بخش خدمات بهداشتی
بخش خدمات سلامت رفتاری
خدمات درمان و پیشگیری از مصرف مواد

تاییدیه وصول

اینجانب موارد زیر را با آغاز خدمات این ارائه دهنده دریافت کرده‌ام. من مطلع هستم که می‌توانم هر یک از اطلاعات زیر را در صورت درخواست دریافت خواهم کرد.

اسناد ارائه شده			تمام موارد مربوطه را علامت بزنید ✓
اطلاعیه حریم خصوصی			
اطلاعیه حریم خصوصی مربوط به ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی ساکرامنتو به شما اطلاع می‌دهد که چگونه سازمان ما ممکن است از اطلاعات شما استفاده کند یا آن‌ها را افشا سازد. همه شرایط توصیف نخواهند شد. سازمان ما موظف است اطلاعیه حریم خصوصی ما در مورد اطلاعاتی که در مورد شما جمع‌آوری و نگهداری می‌کنیم و همچنین نحوه دسترسی به این اطلاعات را در اختیار شما قرار دهد.			
کتابچه راهنمای اعضای سیستم تحویل داروی سامان‌دهی شده Medi-Cal ساکرامنتو کانتی			
این کتابچه راهنما حاوی اطلاعاتی در مورد چگونگی واجد شرایط بودن یک عضو برای دریافت خدمات مربوط به مشروبات الکلی و مواد مخدر، نحوه دسترسی به خدمات مربوط به مشروبات الکلی و مواد مخدر، اینکه ارائه‌دهندگان خدمات ما چه کسانی هستند، چه خدماتی در دسترس هستند، حقوق و مسئولیت‌های شما، روند رسیدگی به شکایات و دادرسی عادلانه دولتی، و شماره تلفن‌های ضروری مربوط به برنامه سیستم تحویل داروی Medi-Cal می‌باشد.			
بروشور دستورالعمل پزشکی از پیش تعیین شده	آیا شما دارای یک زیست خواست پزشکی از پیش تعیین شده هستید؟	بله	خیر
این بروشور حقوق شما برای تصمیم‌گیری در مورد درمان پزشکی شما را توضیح می‌دهد. این امر شامل نحوه تعیین یک نماینده مراقبت‌های بهداشتی است که می‌تواند از طرف شما تصمیم بگیرد و نحوه تغییر زیست خواست‌های شما در هر زمان را در برمی‌گیرد.	اگر پاسختان مثبت است، آیا می‌توانید نسخه‌ای از پرونده پزشکی خود را ارائه دهید؟	بله	خیر
راهنمای ارائه‌دهنده خدمات درمانی مصرف مواد ساکرامنتو کانتی			
این راهنما شامل سازمان‌های قرارداد است که خدمات درمانی مربوط به مصرف مشروبات الکلی و مواد مخدر و سایر منابع جامعه ما را ارائه می‌دهند. سیستم تیم مراقبتی ساکرامنتو کانتی کلیه خدمات و ارجاعات به مکان‌های ارائه‌دهنده خدمات را مجاز می‌داند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این راهنمای ارائه‌دهندگان، می‌توانید با سیستم تیم مراقبتی ساکرامنتو کانتی از طریق شماره‌های 916-874-9754 یا 1-888-881-4881 تماس بگیرید. برای دسترسی به راهنمای ارائه‌دهنده خدمات درمانی به صورت آنلاین: https://dhs.saccounty.gov/BHS/Documents/SUPT/LI-BHS-SUPT-DMC-ODS-Provider-Directory.pdf			

اینجانب، _____ (نام مراجعه‌کننده با حروف خوانا و درشت)، یک نسخه از اسناد فوق علامت‌زده شده را دریافت کرده‌ام و فرصت آن را داشته‌ام در مورد این اسناد سوالات خود را مطرح کنم.

امضای مراجعه‌کننده:	شناسه مراجعه‌کننده:	تاریخ:
نماینده حقوقی یا شخصی مراجعه‌کننده (در صورت وجود):	نسبت با مراجع:	تاریخ: