

**DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
DIVISION OF BEHAVIORAL HEALTH SERVICES
SUBSTANCE USE PREVENTION AND TREATMENT SERVICES**
收據確認

在該醫療服務提供者的服務開始時，我已收到了以下物品。我瞭解我可能會根據要求收到以下的任何資訊。

✓ 請勾選所有適用項	提供的文件				
	隱私慣例通知 薩克拉門托縣衛生醫療護理提供者和醫療護理計劃的隱私慣例通知告訴您我們的代理機構可能會怎樣使用或披露您的有關資訊。並不是所有情況都會被介紹到。我們的代理機構被要求就我們收集和儲存的您的有關資訊和您如何獲得這些資訊的隱私慣例向您傳送通知。				
	薩克拉門托縣藥品 Medi-Cal 組織遞送系統會員手冊 該手冊包含關於介紹會員如何獲得酒精和藥物治療服務資格，如何進行酒精和藥物治療服務，我們的服務提供者是誰，哪些服務是可以享受的，您的權利和責任是什麼，我們的申訴和州立公平聽證會程序，以及關於 Medi-Cal 藥物遞送系統計劃的重要電話號碼的資訊。				
	預先指令手冊 該手冊解釋了您在做醫療決定時的權利。它包括如何任命一個可以代表您做決定的醫療護理代理人，以及如何隨時改變您的指令。	您是否有一個預先指令？	是	否	NA
		若有，您能否提供一份您的醫療記錄副本？	是	否	NA
	薩克拉門托縣酒精和藥物治療服務提供者名錄 此名錄包含本社區內提供酒精和藥物治療服務和其他醫療資源的簽約機構。薩克拉門托縣醫療系統團隊向服務提供者授權所有服務，並轉診至醫療服務提供者的網站。您可致電 916-874-9754 或 1-888-881-4881 與薩克拉門托醫療系統團隊聯絡，以獲得更多此服務提供者名錄的相關資訊。如需線上查閱服務提供者名錄，請瀏覽以下地址： https://dhs.saccounty.gov/BHS/Documents/SUPT/LI-BHS-SUPT-DMC-ODS-Provider-Directory.pdf				

我， _____ （印刷體客戶姓名），已經得到了一份上述所核對過檔案的副本，並且已得到就這些檔案詢問的機會。

客戶簽名：	客戶 ID：	日期：
客戶的法定代表人或個人代表簽名（如有需要）：	與客戶關係：	日期：