



보건소
정신건강 계획국(MHP)
인테이크/자문 체크리스트

Consumer's name

본인은 다음 언어로 된 안내문을 받고 싶습니다: _____
(MHP 직원은 소비자 또는 법적 보호자와 이 양식을 검토한 후 함께 작성해야 합니다.)

CD 또는 기타 오디오 형식 파일에 수록된 안내문 필요 평가

본인은 본인이 선호하는 기본 언어로 HCA 웹사이트에 게재된 메디칼 MHP 핸드북을 CD 또는 오디오 녹음 형식으로 제공받고자 하는지 제안/질문을 받았습니까. 예 아니요

본인은 CD/HCA 웹사이트로 연결되는 카운티 링크를 받는 것을 거부했습니다.

본인은 본인이 원하는 언어로 된 CD 또는 HCA 웹사이트로 연결되는 카운티 링크를 요청했고 수령했습니다.

안내 도구

정신건강 플랜 소비자(아래에서 해당되는 확인란에 체크 표시하십시오.)

본인은 http://ochealthinfo.com/bhs/about/medi_cal 링크를 받았습니다.

(메디칼 MHP 핸드북 및 MHP 제공자 명단)

또는

본인은 메디칼 MHP 핸드북 및 MHP 제공자 명단을 오늘 날짜를 기준으로 5 일 이내에 본인의 자택 주소로 발송할 것을 요청하였습니다.

발송: _____ (날짜) _____ (직원 이니셜)

또는

본인은 메디칼 MHP 핸드북과 MHP 제공자 명단을 다음 형태로 수령하였습니다.

(인쇄본) 보통 활자 큰 활자

본인은 개인정보보호 실시 통지서의 사본을 1 부 받았습니까 예 아니요

본인은 개인정보보호 실시 통지서의 수령증을 작성했습니까 예 아니요

본인(또는 비 운전 미성년자일 경우, 동반 성인)은 자동차 좌석 규제에 관하여 기록된 안내에 관한 조언을 받았고, 제공받았습니다 예 아니요

본인은 유권자 등록 요청을 받았습니까. 본인이 18 세 미만일 경우, 이 요청은 동반 성인이 받았습니까. 예 아니요

사전의사결정서(18 세 이상의 소비자만 해당)

본인은 사전의사결정서 정보 용지를 받았습니까 예 아니요
수령일자(ADIS): ____/____/____

본인은 오늘 MHP 실무자에게 본인의 사전의사결정서를 주었습니다 ____/____/____ (날짜) _____ (성명의 첫글자)

서명

소비자/법적 보호자 서명: _____ 서명일자: _____

MHP 실무자서명: _____ 서명일자: _____