

أفضل تلقي المواد الإعلامية باللغة التالية:

(يجب على موظفي برنامج الصحة العقلية (MHP) مراجعة هذا النموذج واستيفاءه مع المُنتفع أو الوصي القانوني)

تقديم الحاجة إلى مواد إعلامية على قرص مضغوط (CD) أو التسجيلات الصوتية الأخرى

تلقيت عرضاً/سُئلت عما إذا كنت أريد الحصول على دليل برنامج الصحة العقلية (MHP) التابع لـ Medi-Cal نعم لا على قرص مضغوط (CD) أو تسجيل صوتي منشور على موقع وكالة الرعاية الصحية (HCA) بلغتي المفضل

رفضت الحصول على قرص مضغوط (CD) / رابط المقاطعة إلى موقع وكالة الرعاية الصحية (HCA) طلبت وتلقيت القرص المضغوط (CD) أو رابط المقاطعة إلى موقع وكالة الرعاية الصحية (HCA) بلغتي المفضلة

مواد إعلامية:

المنتفعون من برنامج الصحة العقلية (MHP) (حدد المربعات المناسبة أدناه)

تلقيت الرابط http://ohealthinfo.com/bhs/about/medi_cal

(الخاص بدليل برنامج الصحة العقلية (MHP) التابع لـ Medi-cal ودليل مقدم خدمة برنامج الصحة العقلية (MHP))

أو

طلبت إرسال دليل برنامج الصحة العقلية (MHP) التابع لـ Medi-cal ودليل مقدم خدمة برنامج الصحة العقلية (MHP) إلى محل إقامتي خلال 5 أيام من تاريخ اليوم.

أُرسل إلى: _____ (التاريخ) _____ (الحروف الأولى من اسم الموظف)

أو

تلقيت دليل برنامج الصحة العقلية (MHP) التابع لـ Medi-Cal ودليل مقدم خدمة برنامج الصحة العقلية (MHP)

(نسخة ورقية) طباعة عادية طباعة بأحرف كبيرة

نعم لا تلقيت نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية

نعم لا أكملت إشعار ممارسات الخصوصية

نعم لا تم توجيهي (أو إذا كنت قاصراً لا أقود سيارة، يوجه الشخص البالغ المرافق) بشأن قواعد مقعد السيارة، وحصلت على معلومات مكتوبة عن هذا الأمر.

نعم لا تلقيت عرضاً للتسجيل في سجل الناخبين. وإذا كنت أصغر من 18 عاماً، يُعرض التسجيل على الأشخاص البالغين المرافقين.

توجيه الرعاية الصحية المُسبق (AD) – (للمنتفعين البالغين 18 عاماً أو أكبر)

نعم لا لقد تلقيت ورقة معلومات التوجيه المُسبق التاريخ: ____/____/____

أعطي اليوم فريق عمل برنامج الصحة العقلية (MHP) التوجيه المُسبق الخاص بي (التاريخ) ____/____/____ (التوقيع بالحروف الأولى من الاسم)

التوقيعات

توقيع المنتفع/الوصي القانوني: _____ تاريخ التوقيع: _____

توقيع فريق عمل برنامج الصحة العقلية (MHP): _____ تاريخ التوقيع: _____