



본인은 다음 언어로 된 안내문 자료를 받고 싶습니다: \_\_\_\_\_  
(BHP 실무자는 소비자, 법정 후견인 또는 법적 보호자와 이 양식을 검토한 후 함께 작성해야 합니다.)

**오디오 형식으로 제공되는 안내문 자료**

본인은 본인이 선호하는 기본 언어로 HCA 웹사이트에 게재된 메디칼 BHP 수혜자 안내서를 오디오 녹음 형식으로 제공받고자 하는지 제안/질문을 받았습니다.  예  아니요

- 본인은 HCA 웹사이트에 있는 안내서 오디오 버전 링크를 받는 것을 거부했습니다.  
 본인은 HCA 웹사이트로 오디오 녹음 링크를 요청했고 수령했습니다.

**안내 도구(아래의 해당 상자에 표시하십시오)**

- 본인은 수혜자 안내서 및 제공자 명단 링크를 받았습니다:  
특수 정신 건강 서비스 안내서: [http://ochealthinfo.com/bhs/about/medi\\_cal](http://ochealthinfo.com/bhs/about/medi_cal)  
또는  
약물 메디칼 체계적 전달 시스템 안내서: <http://www.ochealthinfo.com/DMC-ODS>  
또는  
제공자 명단 링크: <https://BHPPProviderDirectory.ochca.com>  
또는

본인은 메디칼 BHP 수혜자 안내서 및 제공자 명단을 오늘 날짜를 기준으로 5 일 이내에 본인의 자택 주소로 발송할 것을 요청하였습니다. 발송: \_\_\_\_\_ (날짜) \_\_\_\_\_ (직원 이니셜)  
또는

본인은 메디칼 BHP 수혜자 안내서 과 제공자 명단을 다음 형태로 수령하였습니다. (인쇄본)  
 보통 활자  큰 활자

본인은 \_\_\_\_\_ (프로그램 이름) 개인정보보호 실시 통지서의 사본을 받았습니다.  예  아니요

본인은 개인정보보호 실시 통지서의 수령증을 작성했습니다.  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 받았습니다. 본인이 18 세 미만일 경우, 이 요청은 동반 성인이 받았습니다.  예  아니요

**사전 의료 의향서 (Advance Health Care Directive/AHCD) (18 세 이상의 소비자만 해당)**

CYS 제공자: 수혜자가 18 세가 된 후, 다음 검토 시 이 정보를 작성하십시오)

본인은 사전 의료 의향서 (AHCD) 정보 용지를 받았습니다.  예  아니요  
수령일자: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

본인은 오늘 본인의 사전의사결정서를 주었습니다. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (날짜) \_\_\_\_\_ (성명의 첫글자)

**서명**

소비자/법적 보호자 서명: \_\_\_\_\_ 서명일자: \_\_\_\_\_

BHP 실무자서명: \_\_\_\_\_ 서명일자: \_\_\_\_\_