LOS ANGELES COUNTY
SUBSTANCE USE
DISORDER SPECIALTY
CARE PLAN

فرم تاییدیه عضو

کتابچه راهنمای عضو و ویدیوی آشنایی چیست؟

کتابچه راهنمای عضو، توضیحی کامل درباره مزایای درمان اختلال مصرف مواد در چارچوب طرح «مراقبت تخصصی اختلال مصرف مواد» شهرستان لس آنجلس (یا «طرح شهرستان») در اختیار شما قرار می‌دهد و توضیحات مربوط به اینکه چه افرادی واجد شرایط هستند و چه خدماتی به صورت رایگان ارائه می‌شوند را نیز شامل می‌شود. یک نسخه چاپی رایگان از کتابچه راهنمای عضو با چاپ حروف درشت و همچنین به زبان‌های دیگر از طریق ارائه دهنده خدمات درمانی شما در دسترس است یا می‌توانید آن را از این آدرس دریافت کنید: http://publichealth.lacounty.gov/sapc/PatientPublic.htm?hl.

ویدیوی آشنایی اعضا، خلاصه‌ای ساده از کتابچه راهنمای عضو ارائه می‌دهد و مزایای اصلی در دسترس شما تحت پوشش طرح شهرستان را شرح می‌دهد.

حقوق شما

شما به عنوان یک عضو واجد شرایط طرح شهرستان از حق دریافت خدمات درمانی لازم از نظر پزشکی برای اختلال مصرف مواد برخوردارید. فهرست کامل حقوق شما در کتابچه راهنمای عضو ارائه شده است. شما حق دارید:

- آزارهای روانی و جسمی، سوء استفاده، اجبار و محدودسازی فیزیکی را تجربه نکنید
- اطلاعات مربوط به سلامت شما محرمانه و محفوظ نگه داشته شود
- در تصمیم‌گیری‌های مربوط به مراقبت خود مشارکت داشته باشید، از جمله حق ردّ درمان
- مراقبت‌ها را در محیطی ایمن و اخلاقی دریافت کنید
- شکایت (یا اعتراض) ثبت کنید
- این حقوق را بدون آنکه تاثیر منفی بر نحوه برخورد با شما داشته باشد، به‌طور آزادانه اعمال کنی

بیانیه عدم تبعیض

از اداره بهداشت عمومی شهرستان لس آنجلس و ارائه Substance Abuse Prevention and Control (SAPC) دهندگان طرف قرارداد آن تابع قوانین فدرال و ایالتی مربوط به حقوق مدنی و عدم تبعیض هستند. شما می‌توانید تخلفات مربوطه را با استفاده از اطلاعات تماس ارائه شده در صفحه بعد، به طرح شهرستان گزارش کنید.

خدمات درمانی بدو

به عنوان یک عضو واجد شرایط در طرح شهرستان، ارائه دهنده خدمات درمانی شما مجاز نیست در ازای خدماتی که در کتابچه راهنمای عضو تشریح شده، از شما درخواست پرداخت وجه کند. یعنی: • بدون هزه • شما الزامی باشد Medi–Cal بدون سپرده • بدون هیچ گونه پرداختی، مگر بر اساس مزایای

پرتال سیستم دسترسی بیما

ز طریق سیستم پرونده سلامت الکترونیکی طرح شهرستان می‌توانید چه به صورت مستقیم و چه با استفاده از برنامه‌های شخص ثالث تایید شده، به داده‌های مربوط به مصرف مواد خود دسترسی داشته باشید. ارائه دهنده شما اطلاعات مربوط به نحوه دسترسی به پرتال سیستم دسترسی بیمار را در اختیار شما قرار خواهد داد.

اعتراضات/شکایات و درخواست تجدیدنظر

اگر احساس می‌کنید با شما بدرفتاری شده یا خدمتی که در کتابچه راهنمای عضو ذکر شده به شما ارائه نشده است، می‌توانید شکایت خود را ثبت کنید. اگر با تصمیمی که درباره درمان شما گرفته شده مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

ثبت درخواست تجدیدنظر یا شکایت هیچ‌گونه تاثیر منفی بر درمان یا خدمات درمانی که دریافت می‌کنید نخواهد داشت. شما می‌توانید درخواست تجدیدنظر یا شکایت خود را از طریق ایمیل، پست، تلفن یا فکس به طرح شهرستان یا ارائه دهنده تحت پوشش

اطلاعات تماس

اطلاعات تماس ارائه دهنده خدمات درمانی	طرح شهرستان
Enter Agency Name	Department of Public Health, Substance Abuse Prevention and Control 1000 South Fremont Avenue, Building A-9 East, 3rd Floor Alhambra, California 91803 MemberServices@ph.lacounty.gov (تلفن) 1-888-742-7900; press 7 (فکس) 1-626-458-6692 فرم‌ها در این آدرس در دسترس است:
Enter Contact (Division or Person)	
Enter Email Address	
Enter Street Address	
Enter City, State, Zip	
Enter Agency Website OR SAPC Website	
Phone / Fax	
فرم ها در این آدرس در دسترس است :	
Enter Agency Website OR SAPC Website	http://publichealth.lacounty.gov/sapc/PatientPublic.htm

تاییدیه

(1) من یک نسخه از این فرم را دریافت کردم، و

(2) مزایای درمانی خود تحت طرح شهرستان مطلع شدم (همه مواردی که صدق می‌کند را علامت بزنید):

- ▣ ویدیوی آشنایی کتابچه راهنمای عضو را مشاهده کردم
- ▣ نحوه یافتن کتابچه راهنمای عضو در وبسایت طرح شهرستان به من نشان داده شد
- ▣ ارائه دهنده خدمات درمانی من درباره مزایای ذکر شده در کتابچه راهنمای عضو با من گفتگو کرد
- ▣ ارائه دهنده خدمات درمانی من درباره مزایای استفاده از پرتال سیستم دسترسی بیمار با من گفتگو کرد
- ▣ اطلاعات مربوط به نحوه دسترسی به پرتال سیستم دسترسی بیمار در اختیار من قرار گرفت

عضو:

نام کامل (خوانا) | امضا | تاریخ (ماه/روز/سال)

Provider Staff:

نام کامل (خوانا) | امضا | تاریخ (ماه/روز/سال)