

ՀԻՎԱՆԴԻ ՏԵՂԵԿԱԳՐԻ ԵՎ ԿՈՂՄՆՈՐՈՇԻՉ ՎԻԴԵՈՅԻ ՀԱՍՏԱՏՈՒՄ

Ի՞նչ է ՀԻՎԱՆԴԻ ՏԵՂԵԿԱԳԻՐԸ ԵՎ Ի՞նչ է ԿՈՂՄՆՈՐՈՇԻՉ ՎԻԴԵՈՆ

Հիվանդի Տեղեկագիրը ձեզ ամբողջական տեղեկություն (բացատրություն) է տալիս թմրանյութերի օգտագործման հետևանքով առաջացած խանգարումներից բուժման համար տրամադրվող նպաստների վերաբերյալ Լոս Անջելես Վարչական շրջանի Թմրանյութերի Օգտագործման Հետևանքով Առաջացած Խանգարումների համար Մասնագիտացված Խնամքի Ծրագրի (կամ «<< Վարչական Շրջանի Ծրագիր >>») շրջանակներում ներառյալ ովքեր են իրավասու, և իրավասու: Հիվանդի Տեղեկագրի անվճար տպագիր պատճենը մեծ տառերով և այլ լեզուներով, հասանելի է ձեզ բուժում տրամադրողի մոտ կամ կարող է ներբեռնվել հետևյալ կայքից՝ <http://publichealth.lacounty.gov/sapc/>.

Հիվանդի Կողմնորոշիչ վիդեոն ձեզ տալիս է Հիվանդի Տեղեկագրի պարզ և հասկանալի ամփոփագիրը և նկարագրում է Վարչական Շրջանի Ծրագրի շրջանակներում ձեզ համար հասանելի հիմնական նպաստները:

Ձեր ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ

Որպես Վարչական Շրջանի Ծրագրի իրավասու անդամ դուք իրավունք ունեք ստանալ թմրանյութերից բուժման համար բժշկորեն անհրաժեշտ բոլոր ծառայությունները: Ինչպես նաև դուք իրավունք ունեք՝

- ▶ Ձեր ծննդյան փուլը, հուզական, սեռական կամ ֆիզիկական բռնության ենթարկվելուց
- ▶ Ձեր առողջության վերաբերյալ տեղեկությունների պաշտպանության և գաղտնիության
- ▶ Մասնակցելու ձեր խնամքի վերաբերյալ որոշումներին ներառյալ բուժումից հրաժարվելու ձեր իրավունքը
- ▶ Ստանալու տեղեկություններ բուժման հասանելի տարբերակների և այլընտրանքների վերաբերյալ ձեզ համար պարզ և հասկանալի տարբերակով
- ▶ Ներկայացնելու դժգոհություն (բողոք)
- ▶ Ազատորեն օգտվելու տվյալ իրավունքներից առանց ձեր նկատմամբ վերաբերմունքի վրա բացասական ազդեցության

ՀԱՅՏԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ ՈՉ ԽՏՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ

Լոս Անջելես Վարչական շրջանի Հանրային Առողջության Դեպարտամենտի Substance Abuse Prevention and Control (SAPC)-ը և իր պայմանագրային բուժում տրամադրողները գործում են կիրառելի դաշնային և նահանգային ոչ խտրականության քաղաքացիական իրավունքների օրենքներին համապատասխան: Դուք կարող եք խախտումների վերաբերյալ արձանագրություն ներկայացնել Վարչական շրջանի Ծրագրին օգտագործելով հաջորդ էջում տրամադրված կոնտակտային տեղեկությունները:

ԴՃԳՈՀՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ/ ԲՈՂՈՔՆԵՐ ԵՎ ԴԻՄՈՒՄՆԵՐ

Որպես Վարչական Շրջանի Ծրագրի իրավասու անդամ Ձեզ բուժում տրամադրողը չի կարող ձեզնից գումար պահանջել ձեր Հիվանդի Տեղեկագրում նկարագրված ցանկացած ծառայության մատուցման համար: Սա նշանակում է՝

- ▶ Ձկան վճարներ
- ▶ Ձկան ավանդներ
- ▶ Ձկան որևէ ծախսեր, քանի դեռ դրանք սահմանված չեն ձեր Medi-Cal նպաստի շրջանակներում



ԴՃԳՈՀՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ/ ԲՈՂՈՔՆԵՐ ԵՎ ԴԻՄՈՒՄՆԵՐ

Եթե դուք կարծում եք՝ ձեր նկատմամբ դրսևորվել է ոչ պատշաճ վերաբերմունք կամ մերժել են ձեզ տրամադրել Հիվանդի Տեղեկագրով սահմանված ծառայությունները, ապա դուք կարող եք ներկայացնել բողոք: Եթե դուք համաձայն չեք ձեր բուժման առնչությամբ ընդունված որոշման հետ, ապա դուք կարող եք բողոքարկել այդ որոշումը:

Դիմում կամ բողոք ներկայացնելը բացասաբար չի ազդի ձեր կողմից ստացվող բուժման կամ բուժման շրջանակներում ներառված ծառայությունների վրա: Դուք կարող եք դիմում կամ բողոք ներկայացնել Վարչական Շրջանի Ծրագրին կամ Ցանցային Բուժում Տրամադրողին Էլեկտրոնային տարբերակով, փոստով, հեռախոսով կամ ֆաքսով:

ԿՈՆՏԱԿՏԱՅԻՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Վարչական Շրջանի Ծրագիր

Department of Public Health, Substance Abuse Prevention and Control
 1000 South Fremont Avenue, Building A-9 East, 3rd Floor
 Alhambra, California 91803
 SAPCMonitoring@ph.lacounty.gov
 (Phone) 1-888-742-7900 | (Fax) 1-626-458-6692

Ձևերը (Ֆորմա) Հասանելի են Հետևյալ Հասցեով
<http://publichealth.lacounty.gov/sapc/PatientPublic.htm>

Բուժում Տրամադրողի Կոնտակտային Տեղեկություններ

Enter Agency Name

Enter Contact (Division or Person)

Enter Email Address

Enter Street Address

Enter City, State, Zip

Enter Agency Website OR SAPC Website

(Phone) 1-000-000-0000

(Fax) 1-000-000-0000

Ձևերը (Ֆորմա) Հասանելի են Հետևյալ Հասցեով

Enter Agency Website OR SAPC Website

ՀԱՍՏԱՏՈՒՄ

- (1) Ես ստացա այս ձևի (ֆորմա) պատճենը, ԵՎ
- (2) Ես տեղեկացա Վարչական Շրջանի Ծրագրի շրջանակներում իմ բուժման համար տրամադրվող նպաստների մասին (նշել բոլոր նրանք, որոնք կիրառելի են)
 - Ես դիտեցի Հիվանդի Տեղեկագրի Կողմնորոշիչ Վիդեոն
 - Ինձ ցուցադրեցին ինչպես գտնել Հիվանդի Տեղեկագիրը Վարչական Շրջանի Ծրագրի Կայքում
 - Ինձ բուժում տրամադրողն ինձ հետ խոսեց Հիվանդի Տեղեկագրում առկա նպաստների մասին

Հիվանդը՝

Անունը՝ Տպագիր (Մեծատառ)

Ստորագրություն

Ամսաթիվ (ամիս/օր/տարի)

Provider Staff:

Print Name

Signature

Date (mm/dd/yyyy)

Updated: 01.2020

