

ԱՆԴԱՄԻ ՄԱՍԻՆ ԳԱՂՏՆԻ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ (ASCOMI) ԿԻՍՎԵԼՈՒ ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎ. AB 133¹ (ՏԱՐԲԵՐԱԿ 2.0)

Անուն

Միջին անուն

Ազգանուն

Ծննդյան
ամսաթիվMedi-Cal հաճախորդի
ինդեքսային համարը
(ըստ կիրառելիության)

«ASCOMI ձև. AB 133» կարող է օգտագործվել հետևյալ անձանց տվյալներով կիսվելը լիազորելու համար.

1. Անհատներ, որոնք գրանցված են Medi-Cal կառավարվող խնամքի ծրագրում:
2. Medi-Cal-ի շրջանակներում վարքագծային առողջության ծառայություններ ստացող անձինք:
3. Զրեական իրավական համակարգում ներգրավված անձինք, որոնք որակավորվում են Medi-Cal-ի նախնական ազատման նպաստների համար:

Medi-Cal-ը ցանկանում է օգնել համակարգել ձեր առողջապահական և սոցիալական ծառայությունները, որպեսզի դուք կարողանաք ապրել ավելի առողջ կյանքով: Medi-Cal-ի միջոցով ստացվող խնամքն ու ծառայությունները մատուցվում են մի քանի կազմակերպությունների կողմից: Ձեր խնամքի գործընկերը կարող է խնդրել ձեզ ստորագրել ձևը, երբ նրան անհրաժեշտ է ձեր համաձայնությունը՝ ձեր տեղեկատվությունն այլ անձանց կամ կազմակերպությունների հետ կիսելու համար, որոնցից դուք խնամք կամ ծառայություններ եք ստանում: Ձևը նախատեսված չէ ձեր տեղեկատվության ընդհանուր բացահայտումը թույլատրելու համար, երբ դա անհրաժեշտ չէ ձեր խնամքը համակարգելու համար: Լրացուցիչ մանրամասների համար խնդրում ենք ստորև տեսնել տեղեկատվության կիսման նպատակի և այն մասին, թե ով կարող է կիսել և ստանալ ձեր տեղեկատվությունը:

Այս ASCMI ձևը կանխի հետևյալը.

- » Բացատրեք, թե ձեր մասին ինչ տեղեկություններ կարող են տրամադրվել՝ ձեր խնամքը համակարգելու համար:
- » Բացատրեք, թե ինչպես կարող է ձեր տեղեկատվությունը տարածվել և օգտագործվել:
- » Խնդրեք ձեր թույլտվությունը՝ ձեր տեղեկատվության որոշակի տեսակներ կիսվելու համար: Տեղեկատվության տեսակները թվարկված են ASCMI ձևի Բաժին 1.3-ում:

¹ AB 133-ը վերաբերում է Կալիֆորնիայի ասամբլեայի Օրինագիծ 133-ին:

ԱՆՂԱՄԻ ՄԱՍԻՆ ԳԱՂՏՆԻ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ (ASCOMI) ԿԻՍՎԵԼՈՒ ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎ. AB 133 (ՏԱՐԲԵՐԱԿ 2.0)

Անուն

Միջին անուն

Ազգանուն

Ծննդյան
ամսաթիվMedi-Cal հաճախորդի
ինդեքսային համարը
(ըստ կիրառելիության)

Անդամի մասին տեղեկություններ

Անդամի անունը՝ _____ Ծննդյան ամսաթիվ (աա/օօ/տտտտ) _____

Medi-Cal հաճախորդի ինդեքսային համարը (ըստ անհրաժեշտության)² _____Փոստային հասցե, քաղաք/նահանգ, փոստային ինդեքս³ _____

Բնակության հասցե, քաղաք/նահանգ, փոստային ինդեքս (ըստ ցանկության)՝ _____

Հեռախոսահամար (ըստ ցանկության)՝ _____ Էլ. հասցե (ըստ ցանկության)՝ _____

Դուք թույլատրո՞ւմ եք ձեր իսկաճի գործընկերներին կապվել ձեզ հետ հաղորդագրությունների կամ հեռախոսազանգի միջոցով: Ձեր իսկաճի գործընկերը կարող է կապ հաստատել ձեզ հետ՝ ձեր համաձայնության ընտրության վերաբերյալ և ձեր համաձայնության ժամկետը լրանալու դեպքում ձեզ տեղեկացնելու համար:⁴ Իսկողում ե՞նք Նշել ձեր ընտրության վանդակը ստորև:

Այո (պետք է վերևում Նշեք հեռախոսահամարը)

Տեքստային հաղորդագրություն և հեռախոսազանգ

Միայն տեքստային հաղորդագրություն

Միայն հեռախոսազանգ

Ոչ

Իսկաճի գործընկերոջ մասին տեղեկություններ

Սա պետք է լրացվի իսկաճի գործընկերոջ կողմից՝ վերը Նշված անդամից ստանալով համաձայնություն՝ իր տեղեկատվությունը բացահայտելու համար:

Իսկաճի գործընկերոջ անունը՝ _____

Կազմակերպության անվանումը՝ _____

Ազգային մատակարարի նույնականացման համար (NPI) (ըստ անհրաժեշտության)՝ _____

Հարկ վճարողի հաշվառման համարը (TIN)՝ _____

Հեռախոսահամարը՝ _____ Ֆաքսի համար (ըստ ցանկության)՝ _____

Փոստային հասցե, քաղաք/նահանգ, փոստային ինդեքս՝ _____

² Հաճախորդի ինդեքսային համարը Medi-Cal անդամի նպաստների նույնականացման քարտի առջևի մասում գտնվող նույնականացման համարի առաջին ինը նիշերն են:

³ Սա կարող է լինել ցանկացած հասցե, որտեղ կարող եք նամակներ ստանալ, ներառյալ ընկերոջ, ապաստարանի կամ ընտանիքի անդամի հասցեն:

⁴ Սա կարող է հանգեցնել ձեր բջջային հեռախոսի վճարի:

ԱՆԴԱՄԻ ՄԱՍԻՆ ԳԱՂՏՆԻ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ (ASCOMI) ԿԻՍՎԵԼՈՒ ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎՁԵՎ. AB 133 (ՏԱՐԲԵՐԱԿ 2.0)

Անուն

Միջին անուն

Ազգանուն

Ծննդյան
ամսաթիվMedi-Cal հաճախորդի
ինդեքսային համարը
(ըստ կիրառելիության)

Բաժին 1. Ձեր անձնական տեղեկությունների կիսման համառոտ նկարագրություն

1.1 Տեղեկությունների կիսման նպատակը

Ստորև բերված Բաժին 1.3-ում թվարկված ձեր անձնական տեղեկությունները կարող են կիսվել բազմաթիվ պատճառներով, այդ թվում՝

- » Ձեր խնամքի համակարգումը: Օրինակ՝ օգնել ձեզ նշանակել հանդիպում, օգնել ձեզ բնակարանային աջակցություն խնդրել կամ օգնել ձեզ գտնել մատակարար:
- » Ձեզ բժշկական, ատամնաբուժական, հոգեկան առողջության և թմրանյութերի օգտագործման խանգարումների բուժման և ծառայությունների մատուցում:
- » Ձեր առողջության ապահովագրության ընկերությունից վճարում ստանալը ձեզ տրամադրված բուժման և ծառայությունների համար:
- » Ձեզ կապելն այն ծրագրերի, ծառայությունների և ռեսուրսների հետ, որոնք կարող են օգնել բարելավել ձեր առողջությունն ու բարեկեցությունը:
- » Տեղեկատվության հավաքագրում, որպեսզի Medi-Cal-ը կարողանա օգնել բարելավել ձեր ստացած խնամքը:

1.2 Ո՞վ կարող է կիսել և ստանալ ձեր մասին տեղեկությունները

Խնամքի գործընկերները կարող են կիսել և ստանալ ձեր տեղեկատվությունը: Խնամքի գործընկերները մատակարարներ և կազմակերպություններ են, որոնց հետ դուք նախկինում հանդիպել եք, հանդիպում եք հիմա կամ կարող եք հանդիպել ապագայում: Այս խնամքի գործընկերների թվում են՝

- » Առողջապահության ոլորտի մասնագետներ, այդ թվում՝ առաջնային խնամքի բժիշկներ և հոգեկան առողջության մասնագետներ:
- » Թմրանյութերի օգտագործման խանգարումների մատակարարներ, ինչպիսիք են օփիոիդային բուժման ծրագրերը և բնակելի հաստատություններում բուժման ծրագրերը:
- » Համայնքային կազմակերպություններ և անօթևանների ծառայություններ մատուցողներ:
- » Ուղղիչ հիմնարկների մատակարարներ և գործերի կառավարիչներ:
- » Առողջության ապահովագրության ծրագրեր, ներառյալ Medi-Cal-ի կառավարվող խնամքի ծրագրերը և վարքագծային առողջության ծրագրեր:

ԱՆԴԱՄԻ ՄԱՍԻՆ ԳԱՂՏՆԻ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ (ASCOMI) ԿԻՍՎԵԼՈՒ ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎ. AB 133 (ՏԱՐԲԵՐԱԿ 2.0)

Անուն

Միջին անուն

Ազգանուն

Ծննդյան
ամսաթիվMedi-Cal հաճախորդի
ինդեքսային համարը
(ըստ կիրառելիության)

- » Վարչաշրջանի առողջապահության և մարդկային ծառայությունների գործակալություններ:
- » Որակավորված առողջապահական տեղեկատվության կազմակերպություններ:
- » Նահանգային առողջապահության և մարդկային ծառայությունների գործակալություններ:

1.3 Տեղեկատվության տեսակները

Ի՞նչ տեսակի տեղեկություններ կիսելու համար է պահանջվում ձեր համաձայնությունը:

Կան տեղեկատվության մի քանի տեսակներ, որոնք կարող եք ընտրել՝ կիսվել կամ չկիսվել.

- » Թմրանյութերի օգտագործման խանգարման մասին տեղեկատվություն, որը պաշտպանված է 42 CFR Մաս 2-ով:
- » Բնակարանային ապահովման մասին տեղեկատվություն, ներառյալ ձեր բնակարանային ապահովման կարգավիճակը, պատմությունը և բնակարանային աջակցությունը:

Այս տեսակի տեղեկատվության վերաբերյալ ավելի մանրամասն տեղեկություններ կարող եք գտնել այս ձևի Բաժին 2.1-ում: Դուք կարող եք ընտրել՝ տալ ձեր համաձայնությունը այս տեսակի տեղեկատվությունը կիսելու համար, թե ոչ: Երբ դուք տալիս եք ձեր համաձայնությունը, դա նշանակում է, որ դուք տալիս եք ձեր թույլտվությունն այս տեղեկատվությունը կիսելու համար:

Ձեր իսնամքի գործընկերներից մի քանիսը կարող են օգտագործել և կիսվել ձեր առողջապահական և սոցիալական ծառայությունների որոշ տեղեկություններով այլ իսնամքի գործընկերների հետ՝ առանց ձեր համաձայնության, հետևյալի համար.

- » Ձեզ բուժելու համար:
- » Ծառայությունների համար վճարում ստանալու համար:
- » Նրանց կազմակերպությունը կառավարելու և ձեր իսնամքը համակարգելու համար:

Ի՞նչ տեսակի տեղեկություններ կարող են կիսվել առանց ձեր համաձայնության:

- » Բժշկական և հոգեկան առողջության վերաբերյալ տեղեկատվություն:
- » Թմրանյութերի օգտագործման խանգարման մասին տեղեկատվություն, որը պաշտպանված չէ 42 CFR Մաս 2 դաշնային օրենքով:
- » Առողջության ապահովագրության մասին տեղեկատվություն:

ԱՆԴԱՄԻ ՄԱՍԻՆ ԳԱՂՏՆԻ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ (ASCOMI) ԿԻՍՎԵԼՈՒ ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎ. AB 133 (ՏԱՐԲԵՐԱԿ 2.0)

Անուն

Միջին անուն

Ազգանուն

Ծննդյան
ամսաթիվMedi-Cal հաճախորդի
ինդեքսային համարը
(ըստ կիրառելիության)

- » Սահմանափակ քրեական իրավական տեղեկատվություն, ներառյալ կալանքի տակ պահելու տվյալները, բանտարկության ամսաթվերը և վայրը, ինչպես նաև պայմանական վաղաժամկետ ազատման կարգավիճակը:

Եթե դուք բանտարկված եք կամ վերջերս եք բանտարկվել, ձեր խնամքի գործընկերները կարող են կիսվել վերը նկարագրված որոշ քրեական իրավական տեղեկություններով: Նրանք կարող են կիսվել այդ տեղեկատվությամբ՝ ձեզ օգնելու դիմել առողջության ապահովագրության համար և ձեզ կապելու հոգեկան առողջության և թմրանյութերի օգտագործման խանգարումների ծառայությունների հետ: Տեղեկատվությունը չի կարող օգտագործվել քաղաքացիական, վարչական կամ քրեական հետաքննությունների, դատավարությունների կամ քրեական հետապնդումների, դատավճիռների կայացման, ներգաղթի իրավապահ մարմինների կամ ընտանեկան դատարանների վարույթների համար:

Բաժին 2. Ձեր թույլտվությունը խնդրելը

2.1 Հատուկ թույլտվություններ

Ձեզանից պահանջվում է երկու հատուկ թույլտվություն.

1. Թմրանյութերի օգտագործման խանգարման մասին տեղեկատվություն
2. Բնակարանային ապահովման հարցերին վերաբերող անձնական տեղեկություններ

Յուրաքանչյուր հատուկ թույլտվության համար ընտրեք «Այո» կամ «Ոչ / Ինձ չի վերաբերում»

«Այո» կամ «Ոչ / Ինձ չի վերաբերում» ընտրությունը ձերն է: Նույնիսկ եթե ձևում ընտրեք «Ոչ / Ինձ չի վերաբերում», դա չի փոխի ձեր՝ նպաստներ ստանալու իրավասությունը կամ առողջապահական օգնություն կամ ծառայություններ ստանալու կարողությունը:

- » Եթե ձևում ընտրեք **«Ոչ / Ինձ չի վերաբերում»**, ձեր խնամքի գործընկերները չեն կիսվի այն տեղեկատվությամբ, որի համար դուք ընտրել եք «Ոչ / Ինձ չի վերաբերում»:
- Եթե որոշեք չստորագրել ձևը, ձեր խնամքի գործընկերները չեն կիսվի այս բաժնում նկարագրված տեղեկատվությամբ:
- » Եթե ձևում ընտրեք **«Այո»**, ձեր խնամքի գործընկերները կարող են կիսվել ձեր մասին կարևոր տեղեկություններով, որոնք կօգնեն նրանց համակարգել ձեր խնամքը: Դա նաև կօգնի նրանց ավելի հեշտությամբ կապել ձեզ այլ ծառայությունների հետ:

ԱՆԴԱՄԻ ՄԱՍԻՆ ԳԱՂՏՆԻ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ (ASCMI) ԿԻՍՎԵԼՈՒ ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎ. AB 133 (ՏԱՐԲԵՐԱԿ 2.0)

Անուն

Միջին անուն

Ազգանուն

Ծննդյան
ամսաթիվMedi-Cal հաճախորդի
ինդեքսային համարը
(ըստ կիրառելիության)

1. Թմրանյութերի օգտագործման խանգարման մասին տեղեկատվություն

- » Թմրանյութերի օգտագործման վերաբերյալ որոշ տեղեկություններ պաշտպանված են 42 CFR Մաս 2 դաշնային օրենքով, որը սովորաբար անվանում են «Մաս 2»: Ձեր՝ թմրանյութերի օգտագործման բուժումն իրականացնող ձեր խնամքի գործընկերը կարող է ձեզ տեղեկացնել, թե արդյոք ձեր թմրանյութերի օգտագործման խանգարման մասին տեղեկատվությունը պաշտպանված է 42 CFR Մաս 2-ով:
- » Դուք կարող եք ձեր թույլտվությունը տալ՝ կիսվելու Մաս 2-ի թմրանյութերի օգտագործման ախտորոշման կամ բուժման տեղեկատվությամբ, որպեսզի մատակարարները կարողանան բուժել ձեզ, ստանալ վճարում ծառայությունների համար, ղեկավարել իրենց կազմակերպությունը և համակարգել ձեր խնամքը:
- » Երբ դուք թույլտվություն եք տալիս ձեր Մաս 2-ի թմրանյութերի օգտագործման մասին տեղեկատվությունը Medi-Cal-ի, ձեր առողջապահական ծրագրի կամ այլ առողջապահական ծառայություններ մատուցողի հետ կիսվելու համար, Նրանք իրավունք ունեն այդ տեղեկատվությամբ կիսվել այլ խնամքի գործընկերների հետ վերևում նշված նույն նպատակներով: Նրանք կարող են նաև կիսվել ձեր տեղեկատվությամբ առանց ձեր համաձայնության՝ այլ նպատակներով, որոնք թույլատրված են դաշնային և նահանգային օրենքներով: Նրանք չեն կարող կիսվել այս տեղեկատվությամբ ձեր դեմ քաղաքացիական, քրեական, վարչական և օրենսդրական վարույթների համար:
- » Երբ Ձեր Մաս 2-ի թմրանյութերի օգտագործման մասին տեղեկատվությունն օգտագործվել կամ կիսվել է, այն կարող է այլևս չպաշտպանվել Մաս 2-ով կամ չպաշտպանվել այնպես, ինչպես պաշտպանված էր մինչև դրա օգտագործումը կամ կիսվելը: Ձեր Մաս 2-ի թմրանյութերի օգտագործման մասին տեղեկատվությունը կարող է փոխարենը պաշտպանված լինել այլ օրենքներով, որոնք պաշտպանում են ձեր առողջական տեղեկատվությունը:
- » Դուք կարող եք ստանալ այն խնամքի գործընկերների ցանկը, որոնց հետ ձեր Մաս 2-ի թմրանյութերի օգտագործման խանգարման մատակարարը կիսվել է ձեր տեղեկատվությամբ՝ կապվելով ձեր թմրանյութերի օգտագործման խանգարման մատակարարի հետ:

Ձեր համաձայնությունը՝ ես թույլատրում եմ իմ թմրանյութերի օգտագործման բուժման մատակարարներին կիսվել իմ անցյալի, ներկայի և ապագայի թմրանյութերի օգտագործման մասին տեղեկատվությամբ, ներառյալ Մաս 2-ով պաշտպանված տեղեկատվությունը:

Այո

Ոչ / Ինձ չի վերաբերում

ԱՆԴԱՄԻ ՄԱՍԻՆ ԳԱՂՏՆԻ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ (ASCOMI) ԿԻՍՎԵԼՈՒ ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎ. AB 133 (ՏԱՐԲԵՐԱԿ 2.0)

Անուն

Միջին անուն

Ազգանուն

Ծննդյան
ամսաթիվMedi-Cal հաճախորդի
ինդեքսային համարը
(ըստ կիրառելիության)

2. Բնակարանային ապահովման հարցերին վերաբերող անձնական տեղեկություններ

Եթե ձեզ բնակարանային ծառայություններ են անհրաժեշտ, կարող եք օգնություն ստանալ «Համակարգված մուտք» (Coordinated Entry) ծրագրի միջոցով: «Համակարգված մուտքը» տեղական կազմակերպություններ են, որոնք օգնում են համակարգել բնակարանային ծառայությունները դրանց կարիք ունեցող մարդկանց համար: Այս կազմակերպություններին կարող է անհրաժեշտ լինել ձեր թույլտվությունը՝ ձեր բնակարանային տեղեկատվությունն անօթևանների կառավարման տեղեկատվական համակարգերի և այլ ինսամքի գործընկերների, օրինակ՝ ձեր առողջապահական ծառայություն մատուցողի հետ կիսվելու համար: Այս համակարգերն օգտագործվում են բնակարանային ապահովման կազմակերպությունների կողմից՝ բնակարան և բնակարանային աջակցության ծառայությունները մատուցելու և համակարգելու համար:

Ձեր համաձայնությունը՝ Ես թույլտվություն եմ տալիս իմ տեղական բնակարանային մատակարարին կիսվել իմ մասին բնակարանային պայմաններին վերաբերող անձնական տեղեկատվությամբ, ներառյալ իմ բնակարանային կարգավիճակը, պատմությունը և աջակցությունները, իր՝ Անօթևանների կառավարման տեղեկատվական համակարգի և այլ ինսամքի գործընկերների հետ, ինչպիսին է իմ առողջապահական ինսամքի մատակարարը:

Այո

Ոչ / Ինձ չի վերաբերում

2.2 Ձեր իրավունքները

Որո՞նք են ձեր իրավունքները:

Դուք իրավունք ունեք՝

- » Ստորագրել այս ձևը:
- » Չստորագրել այս ձևը:
- » Ստնալ այս ձևի պատճենը:
- » Փոխել ձեր միտքը և հետ վերցրեք ձեր թույլտվությունը:

Եթե ստորագրեք այս ձևը, կարո՞ղ եք հետագայում փոխել ձեր միտքը:

Այո, դուք իրավունք ունեք փոխելու ձեր որոշումը ձեր տեղեկատվությունը կիսելու վերաբերյալ, և կարող եք ցանկացած պահի փոխել կամ հետ վերցնել այս համաձայնությունը: Ձեր համաձայնությունը փոխելու կամ հետ վերցնելու համար խոսեք ձեր ինսամքի գործընկերների հետ: Դուք պետք է լրացնեք ASCMI նոր ձև՝ նշելով այն փոփոխությունները, որոնք ցանկանում եք կատարել:

- » Ձեր կողմից կատարվող ցանկացած փոփոխություն կկատարվի ձեր նոր ASCMI ձևի ստորագրման օրը:
- » Ձեր համաձայնությունը հետ վերցնելը չի վերաբերի այն տեղեկատվությանը, որը նախկինում տրամադրվել է ձեր համաձայնությամբ:

ԱՆԴԱՄԻ ՄԱՍԻՆ ԳԱՂՏՆԻ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ (ASCOMI) ԿԻՍՎԵԼՈՒ ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎ. AB 133 (ՏԱՐԲԵՐԱԿ 2.0)

Անուն

Միջին անուն

Ազգանուն

Ծննդյան
ամսաթիվMedi-Cal հաճախորդի
ինդեքսային համարը
(ըստ կիրառելիության)

2.3 Ձեր ստորագրությունը

Այս ձևը ստորագրելով՝ դուք հասկանում և համաձայնում եք, որ՝

- » Այս ձևի Բաժին 1.2-ում թվարկված ձեր խնամքի գործընկերները կարող են օգտագործել և կիսվել ձեր ընտրած առողջական և անձնական տեղեկություններով վերևում այս ձևի Բաժին 1.1-նկարագրված նպատակներով:
- » Դուք նաև հասկանում եք, որ երբ ձեր տեղեկատվությունը կիսվում է, դաշնային կամ նահանգային օրենքը կարող է չպաշտպանել այդ տեղեկատվության վերահաղորդումը:

Որքան ժամանակ է գործում ձեր տեղեկատվությունը կիսելու ձեր համաձայնությունը:

- » **Եթե դուք 18 տարեկան կամ ավելի մեծ եք**, այս համաձայնությունն ուժի մեջ կլինի մեկ տարի՝ ձևը ստորագրելու օրվանից սկսած:
- » **Եթե դուք 18 տարեկանից փոքր եք**, ձեր համաձայնությունն ուժի մեջ կլինի մեկ տարի՝ ձևը ստորագրելու օրվանից սկսած: Եթե այս մեկ տարվա ընթացքում լրանա ձեր 18 տարեկանը կամ ձեր խնամակալությունը փոխվի, ապա դուք պետք է նոր համաձայնություն տաք:
- » Անկախ ձեր տարիքից, դուք պետք է նոր համաձայնություն տաք՝ օգտագործելով ASCMI ձևը: Ոչ-AB 133, եթե այլևս չեք համապատասխանում ASCMI ձևն օգտագործելու չափանիշներին. AB 133: Դուք կարող եք նաև ցանկացած պահի փոխել ձեր միտքը և հետ վերցնել ձեր համաձայնությունը գրավոր ձևով՝ օգտագործելով ASCMI-ի չեղարկման ձևը:

Անդամի անունը	Անդամի ստորագրություն	Ամսաթիվ (աա/օօ/տտտտ)
Ծնողի/խնամակալի/Օրինական ներկայացուցչի անունը	Ծնողի/խնամակալի/Օրինական ներկայացուցչի ստորագրություն	Ամսաթիվ (աա/օօ/տտտտ)