

ԱՆԴԱՄԻ ՄԱՍԻՆ ԳԱՂՏՆԻ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ (ASCOMI) ՀԵՏ ԿԻՍՎԵԼՈՒ ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅԱՆ ԶԵՂԱՐԿՄԱՆ ՁԵՎ

Անուն

Միջին անուն

Ազգանուն

Ծննդյան
ամսաթիվMedi-Cal հաճախորդի
ինդեքսային համարը
(ըստ կիրառելիության)

Օգտագործեք այս ձևը, եթե ցանկանում եք հետ վերցնել ձեր համաձայնությունը, որ խնամքի գործընկերները կիսվեն ձեր մասին տեղեկատվության որոշակի տեսակներով:

ASCOMI չեղարկման ձևը պետք է օգտագործվի միայն այն դեպքում, եթե դուք նախկինում ստորագրել եք ASCMI ձևը (AB 133 կամ Ոչ-AB 133), որով համաձայնություն եք տվել ձեր մասին տեղեկատվությունը կիսելուն:

Հաճախորդի մասին տեղեկություններ

Հաճախորդի անունը՝ _____

Ծննդյան ամսաթիվ (աա/օօ/տտտտ) _____

Medi-Cal հաճախորդի ինդեքսային համարը (ըստ անհրաժեշտության) ¹ _____Փոստային հասցե²՝ _____

Քաղաք՝ _____ Նահանգ՝ _____ Փոստային կոդ՝ _____

Բնակության հասցե՝ _____

Քաղաք՝ _____ Նահանգ՝ _____

Փոստային ինդեքս (ըստ ցանկության)՝ _____

Հեռախոսահամար (ըստ ցանկության)՝ _____

Էլ. հասցե (ըստ ցանկության)՝ _____

¹ Հաճախորդի ինդեքսային համարը Medi-Cal անդամի նպաստների նույնականացման քարտի առջևի մասում գտնվող նույնականացման համարի առաջին ինը նիշերն են:

² Սա կարող է լինել ցանկացած հասցե, որտեղ կարող եք նամակներ ստանալ, ներառյալ ընկերոջ, ապաստարանի կամ ընտանիքի անդամի հասցեն:

ԱՆԴԱՄԻ ՄԱՍԻՆ ԳԱՂՏՆԻ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ (ASCOMI) ՀԵՏ ԿԻՍՎԵԼՈՒ ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅԱՆ ՉԵՂԱՐԿՄԱՆ ՁԵՎ

Անուն

Միջին անուն

Ազգանուն

Ծննդյան
ամսաթիվMedi-Cal հաճախորդի
ինդեքսային համարը
(ըստ կիրառելիության)

ASCOMI չեղարկման ձևը լրացնելով՝ ASCOMI ձևում կիսվելու համար «Այո» ընտրած բոլոր տվյալները կփոխվեն՝ «Ոչ / Ինձ վրա չի տարածվում»։ Սա կարող է ներառել ստորև թվարկված հետևյալ տեսակի տեղեկատվություններից որևէ մեկը։ Եթե հետաքրքրված եք ձեր համաձայնության նախընտրություններից միայն մի մասը փոխելով, լրացրեք ASCOMI նոր ձև։

ASCOMI ձև (AB 133 և Ոչ-AB 133)

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

ASCOMI ձև (միայն Ոչ-AB 133)

- » Որոշ տեղեկություններ հոգեկան առողջության մասին։
- » Ստավոր և զարգացման հաշմանդամության վերաբերյալ տեղեկատվություն։
- » ՄԻԱՎ-ի թեստի արդյունքներ։
- » Գենետիկական թեստի արդյունքներ։

Հաճախորդի անունը	Հաճախորդի ստորագրություն	Ամսաթիվ (աա/օօ/տտտտ)
Ծնողի/Խնամակալի/Օրինական ներկայացուցչի անունը	Ծնողի/Խնամակալի/Օրինական ներկայացուցչի ստորագրություն	Ամսաթիվ (աա/օօ/տտտտ)