

التاريخ:

معلومات خاصة بالمريض (يجب على المقاطعة اكمال هذا القسم)

اسم المريض:	تاريخ ميلاد المريض:
CLIENT INDEX NUMBER (CIN):	

السيد الفاضل دكتور _____ يُرجى اكمال البيان الوارد أدناه وإعادته للمقاطعة بحلول _____ بخصوص مريضك المذكور اسمه أعلاه ليتسنى لنا تحديد مدى أهليته/أهليتها لبرنامج Medi-Cal. يُرجى استخدام المظروف الموجه مسبقاً بريدياً. كما يمكنك إعادته عن طريق الفاكس أو البريد الإلكتروني كما هو مُشار أدناه. لقد منح مريضك تفويضاً بإصدار هذه المعلومات لنا. يُرجى الاطلاع على تفويض المريض المُرفق.

توقيع موظف المقاطعة: _____ التاريخ: _____

اسم موظف المقاطعة (اكتب واضحاً): _____

رقم الهاتف: _____ رقم الفاكس: _____

البريد الإلكتروني لموظف المقاطعة: _____

تأكيد الطبيب للخدمات المعتمدة على المنزل والمجتمع بموجب أحكام إفقار الأزواج
(Doctor's Verification for Home and Community Based Services Under Spousal Impoverishment Provisions)

بيانات الطبيب	
اسم الطبيب (اكتب واضحاً):	التاريخ:
هاتف:	البريد الإلكتروني:
بناءً على الفحص الذي أجرته، فإن المريض، _____، من المرجح أن يحتاج إلى مستوى من العناية في منشأة التمريض على الأقل لمدة 30 يوماً متعاقبة ما لم يتلقى خدمات الرعاية والدعم بالمنزل والتي ستتيح له/لها الإقامة في المنزل بأمان. بدأ مريض الحاجة إلى هذه الخدمات في مستوى الرعاية في منشأة التمريض في _____، وقد واصل احتياجه لهذه الخدمات منذ ذلك التاريخ.	
أعلن بمقتضى عقوبة الحنث باليمين بموجب قوانين الولايات المتحدة الأمريكية و ولاية كاليفورنيا أن المعلومات الواردة في عملية التحقق هذه الخاصة بالطبيب صحيحة وصادقة.	
توقيع الطبيب:	

التاريخ:

تفويض المريض

أنا، _____ أفوض دكتور _____ لغرض إثبات أهليتي لبرنامج Medi-Cal. بالافصاح عن المعلومات الطبية الواردة بهذا النموذج إلى مقاطعة _____

- أفوض باستخدام أو الكشف عن المعلومات الصحية القابلة للتحديد بشكل فردي كما هو موضح أعلاه للغرض المذكور.
- يحق لي سحب التفويض بالافصاح عن معلوماتي. إذا وقعت على هذا التفويض لاستخدام المعلومات أو الكشف عنها، فإنه يمكنني إلغاؤه في أي وقت. يجب أن يتم الإلغاء كتابة ولن يؤثر على المعلومات التي تم استخدامها أو الكشف عنها بالفعل.
- لدي الحق في الحصول على نسخة من هذا التفويض.
- إنني أوقع هذا التفويض طوعاً، وقد لا أتمكن من الحصول على العلاج أو الدفعة أو أهليتي للحصول على المزايا في إطار هذا البرنامج إذا لم أوقع على هذا التفويض.
- كما أتفهم أنه لا يجوز للشخص الذي يتم الكشف له عن السجلات والمعلومات بموجب هذا التفويض استخدام المعلومات الطبية أو الإفصاح عنها إلا بعد الحصول على تفويض آخر مني أو ما لم يكن هذا الكشف مطلوباً أو مسموحاً به قانوناً.

التوقيع: _____ التاريخ: _____

إذا لم يُوقع من قبل المريض الذي يُعد موضوع هذا الكشف، فحدد الأساس لسلطة التوقيع:

الوالد/الوالدة القاصر الوصي الزوج/الزوجة الممثل المفوض

وضَّح العلاقة بالمريض وسبب عدم قدرة المريض على التوقيع: _____

الشاهد: أعرف الشخص الذي وقَّع على هذا النموذج أو أنا مقتنع بهوية هذا الشخص: (التوقيعات المطلوبة من أجل "X"، غير المؤهل، أو الشخصية الأجنبية)

توقيع الشاهد: _____ التاريخ: _____

عنوان الشارع: _____ المدينة/الرمز البريدي: _____

This general and special authorization to disclose information has been developed to comply with the provisions regarding disclosure of medical and other information under: The Health Insurance Portability and Accountability Act, Section 262(a), 42 U.S.C., Section 1320d-1320d-8 (45 CFR Part 164); 42 U.S.C., Section 290dd-2 (42 CFR Part 2); 38 U.S.C., Section 7332; 20 U.S.C., Section 1232g (34 CFR Parts 99 and 300); and state law, including Civil Code, Section 56.10(b), Welfare and Institutions Code, Section 10850 and 14100.2 and Civil Code, Sections 1798-1798.78.