

Ամսաթիվը՝ _____

ՀԻՎԱՆԴԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐԸ (Այս բաժինը լրացնում է շրջանը)	
ՀԻՎԱՆԴԻ ԱՆՈՒՆԸ՝	ՀԻՎԱՆԴԻ ԾՆՆԴՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎԸ՝
CLIENT INDEX NUMBER (CIN):	

Հարգելի բժիշկ _____
 Խնդրում ենք մինչև _____ լրացնել և շրջանին վերադարձնել ստորև շարադրված հայտարարությունը վերը նշված Ձեր հիվանդի կապակցությամբ, որպեսզի մենք որոշենք «Medi-Cal»-ի նրա իրավասության հարցը: Խնդրում ենք օգտվել առաքման համար վճարված և հետադարձ հասցեն պարունակող ծրարից: Կարող եք նաև վերադարձնել այն ֆաքսով կամ էլեկտրոնային փոստով՝ ստորև նշված կարգով: Ձեր հիվանդն այդ տեղեկությունները մեզ տրամադրելու լիազորություն է տվել: Տե՛ս կից՝ հիվանդի լիազորությունը:

Շրջանի աշխատողի ստորագրությունը՝ _____ Ամսաթիվը՝ _____

Շրջանի աշխատողի անունը մեծատառերով՝ _____

Հռախոսի համարը՝ _____ Ֆաքսի համարը՝ _____

Շրջանի աշխատողի էլ. փոստը՝ _____

Տնային և համայնքային ծառայությունների համար բժշկի հաստատումը համաձայն Ամուսնական աղքատությունը դրույթի:
 (Doctor's Verification for Home and Community Based Services Under Spousal Impoverishment Provisions)

ԲԺՇԿԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐԸ՝	
ԲԺՇԿԻ ԱՆՈՒՆԸ ՄԵԾԱՏԱՌԵՐՈՎ՝	ԱՄՍԱԹԻՎԸ՝
ՀԵՌԱԽՈՍԸ՝	ԷԼ. ՓՈՍՏԸ՝
<p>Ելնելով իմ կատարած քննության արդյունքներից՝ իմ հիվանդը _____-ը, հավանաբար առնվազն 30 անընդմեջ օր խնամքի հաստատությունում խնամք ստանալու կարիք կունենա, եթե տնային խնամքի և օժանդակության այնպիսի ծառայություններ չստանա, որոնք նրան ապահով կերպով տանն ապրելու հնարավորություն կտան: Առաջին անգամ իմ հիվանդին խնամքի հաստատության մակարդակով այդ ծառայություններն անհրաժեշտ են եղել _____-ին, որից հետո նա շարունակում է այդ ծառայությունների կարիքն ունենալ:</p>	
<p>Կեղծ տվյալներ տրամադրելու համար Ամերիկայի Միացյալ Նահանգների և Կալիֆոռնիա նահանգի օրենքների համաձայն պատասխանատվության ենթարկվելու սպառնալիքի տակ՝ ես հայտարարում եմ, որ այս «Բժշկի հաստատման» փաստաթղթում պարունակվող տեղեկությունները ճշմարտացի և ճշգրիտ են:</p>	
ԲԺՇԿԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ Ը՛	

Ամսաթիվը՝

Հիվանդի լիազորությունը

Ես _____ լիազորում եմ բժիշկ _____-ին այս թերթիկում նշված բժշկական տեղեկությունները տրամադրել _____ շրջանին «Medi-Cal»-ի իմ իրավասության հարցը պարզելու նպատակով:

- Ես լիազորում եմ իմ անհատապես ճանաչելի առողջության մասին տեղեկությունների օգտագործումը կամ բացահայտումը, ինչպես նշված է վերը նկարագրված նպատակների համար:
- Ես իրավունք ունեմ չեղյալ հայտարարելու իմ անձնական տեղեկությունների օգտագործման վերաբերյալ թույլտվությունը: Եթե ես ստորագրեմ տեղեկություններն օգտագործելու կամ բացահայտելու այս լիազորությունը, ես իրավունք ունեմ ցանկացած պահի այն չեղարկելու: Չեղարկումը պետք է գրավոր կատարվի և այն չի ազդի արդեն օգտագործված կամ բացահայտված տեղեկությունների վրա:
- Ես իրավունք ունեմ ստանալու այս լիազորության օրինակը:
- Ես հոժարակամ եմ ստորագրում այս լիազորությունը, և բուժումը, վճարումը կամ այս ծրագրով նպաստներ ստանալու իմ իրավունքն անհնար կլինեն, եթե ես չստորագրեմ այս լիազորությունը:
- Ես հասկանում եմ նաև, որ այն անձը, որին, սույն լիազորության համաձայն, հայտնվում են տվյալները և տեղեկությունները, իրավունք ունի իր հերթին օգտագործելու կամ բացահայտելու այդ բժշկական տեղեկությունները միայն ինձնից մի նոր թույլտվություն ստանալու դեպքում կամ երբ դա պահանջվում կամ թույլատրվում է օրենքով:

USORUԳՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ _____ ԱՄՍԱԹԻՎ՝ _____

Եթե ստորագրողն այս բացահայտմանը ենթակա հիվանդը չէ, նշել, թե ստորագրողն ինչ հիմքով է լիազորված ստորագրելու.

- անչափահասի ծնող խնամակալ կին/ամուսին լիազոր ներկայացուցիչ

Բացատրել հարաբերությունը հիվանդի հետ, և թե ինչու հիվանդը չի կարող ստորագրել. _____

ՎԿԱ՝ Ես ճանաչում եմ այս թերթիկը ստորագրողին կամ նրա անձը բավարարում է ինձ (պահանջվում է "X", անընթեռնելի կամ օտարատառ ստորագրության դեպքում):

Վկայի ստորագրությունը՝ _____ Ամսաթիվը՝ _____

Փողոցի հասցեն՝ _____ Քաղաքը, փոստային ինդեքսը՝ _____

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.