

تاریخ:

اطلاعات مربوط به بیمار (کانتی این قسمت را پر می کند)

نام بیمار:	تاریخ تولد بیمار:
CLIENT INDEX NUMBER (CIN):	

دکتر _____ گرامی:

لطفاً بیانیه ذیل را در ارتباط با بیمار شما که نامش در فوق درج شده است تکمیل و تا تاریخ _____ به کانتی ارسال نمایید تا بتوانیم صلاحیت وی را برای Medi-Cal تعیین نماییم. لطفاً از پاکت تمبردار ضمیمه شده استفاده نمایید. همچنین می توانید آنرا از طریق فکس یا ایمیل مطابق با آنچه که در ذیل درج شده است ارسال نمایید. بیمار شما اجازه افشاء این اطلاعات را به ما داده است. لطفاً به مجوز ضمیمه شده بیمار رجوع نمایید.

تاریخ: _____ امضاء مددکار کانتی: _____

نام مددکار کانتی به حروف درشت: _____

شماره تلفن: _____ شماره فکس: _____

ایمیل مددکار کانتی: _____

تأیید پزشک برای خدمات مبتنی در منزل و اجتماع تحت مقررات مربوط به بینوایی همسر

(Doctor's Verification for Home and Community Based Services Under Spousal Impoverishment Provisions)

اطلاعات پزشک

نام پزشک به حروف درشت:	تاریخ:
ایمیل:	تلفن:
<p>بر اساس معاینه ای که به انجام رساندم، بیمار من، _____، احتمالاً حد اقل به مدت 30 روز متوالی نیاز به مراقبت در سطح آسایشگاهی خواهد داشت مگر اینکه او از خدمات مراقبت در منزل و حمایت برخوردار باشد که به او اجازه خواهد داد تا به صورت امن در منزل بماند. بیمار من ابتدا در تاریخ _____، به این خدمات مراقبت در سطح آسایشگاهی نیاز پیدا کرد و از آن تاریخ به بعد همچنان نیاز به این خدمات دارد.</p>	
<p>من تحت مجازات شهادت دروغ طبق قوانین ایالات متحده آمریکا و ایالت کالیفرنیا اعلام می کنم که اطلاعات مندرج در این تأییدیه پزشک صحیح و درست است.</p>	
امضاء پزشک:	

تاریخ:

اجازه بیمار

اینجانب، _____ به دکتر _____ اجازه می‌دهم تا اطلاعات پزشکی در این فرم را به منظور تعیین صلاحیت Medi-Cal من به کانتی _____ اعلام نماید.

- من اجازه استفاده یا افشاء اطلاعات بهداشتی شخصی قابل شناسایی خود را برای اهدافی که در فوق قید شده است می‌دهم.
- من حق دارم که این اجازه اطلاعات مربوط به خود را لغو کنم. اگر این مجوز استفاده یا افشاء اطلاعات را امضاء کنم، می‌توانم در هر زمان آنرا لغو کنم. این لغو اجازه باید به صورت کتبی به انجام برسد، و تأثیری بر اطلاعاتی که از قبل مورد استفاده قرار گرفته یا افشاء شده است نخواهد داشت.
- من حق دارم که یک نسخه از این مجوز را دریافت نمایم.
- من این اجازه را به صورت اختیاری امضاء می‌کنم، و بدون امضاء این مجوز، درمان، پرداخت، یا صلاحیت من برای مزایا تحت این برنامه امکان پذیر نخواهد بود.
- من همچنین متوجه هستم که بر اساس این مجوز، فردی که مدارک و اطلاعات به او افشاء می‌شود، نمی‌تواند برای اهداف دیگری از اطلاعات پزشکی مربوطه استفاده نموده یا آنرا افشاء نماید، مگر اینکه مجوز دیگری از طرف من دریافت نماید یا اینکه این نوع افشاء بر اساس قانون صریحاً مورد نیاز بوده یا مجاز باشد.

امضاء شده توسط: _____ تاریخ: _____

اگر توسط بیمار که موضوع این افشاء می‌باشد امضاء نشده باشد، نسبت فرد مجاز امضاء کننده را اعلام نمایید:

پدر یا مادر فرد صغیر قیم همسر نماینده مجاز

نسبت وی را با بیمار توضیح دهید و دلیل اینکه چرا بیمار قادر به امضاء نیست: _____

شاهد: من فردی که این فرم را امضاء کرده است را می‌شناسم یا از هویت این شخص راضی هستم :
(برای امضاهایی که به صورت "X"، ناخوانا، یا با حروف خارجی هستند مورد نیاز است)

امضاء شاهد: _____ تاریخ: _____

آدرس خیابان: _____ شهر/کد پستی: _____

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.