

LFS Mission: Lutheran Family Services expresses God's love for all people by providing Quality human care services that build and strengthen individual, family and community life

إستمارة المراجع للتحويل بالعلاج وتلقي الخدمات الصحية

اسم المراجع	الحروف الاولى من الاسم الاول واللقب	التاريخ	رقم ملف المراجع EHR
<p>----- التحويل بالعلاج: أخول منظمة اللوثرن للخدمات العائلية بتوفير الرعاية الصحية والدعم و/ أو خدمات الصحة النفسية و / أو العلاج اللازم الأو الذي ينصح به لعلاج ----- أو الشخص الذي انا مسؤول عنه قانونياً لإعطاء التحويل بناءً على الاعراض والتشخيص والحالات النفسية الخاصة ، و / أو الدعم والرعاية المطلوبة. اني على علم بأن الخدمات التي أخول بها أدناه قد لا تكون بالدقة العلمية المطلقة ، واني أعلم بعدم وجود أي ضمانات محددة لنتائج الخدمات والعلاجات الصحية التي أخول منظمة اللوثرن للخدمات العائلية بتقديمها. كما اني على علم بأن منظمة اللوثرن للخدمات العائلية يمكن أن تزودني بالإحالات لخدمات صحية إضافية.</p> <p>----- تأكيد المعرفة بالحقوق والمسؤوليات التي توفرها منظمة اللوثرن للخدمات العائلية LFS للمرضى: أقر بأنني استلمت استمارة حقوق ومسؤوليات المرضى من منظمة اللوثرن للخدمات العائلية LFS. وقد تم شرح حقوقي وواجباتي لي بشكل واضح وان هذا التحويل الذي أعطيه يأتي بعد فهم هذه الحقوق والمسؤوليات.</p> <p>----- تأكيد المعرفة بضوابط الخصوصية التي تتبعها منظمة اللوثرن للخدمات العائلية LFS: لقد تم إعطائي الفرصة لقراءة وثيقة ضوابط الخصوصية لمنظمة اللوثرن للخدمات العائلية LFS والاستفسار لتوضيح أي شئ لم أفهمه. وقد تم إعطائي نسخة من وثيقة ضوابط الخصوصية لمنظمة اللوثرن LFS.</p> <p>----- الخدمات الطبية الطارئة: انني على معرفة بأن منظمة اللوثرن للخدمات العائلية LFS سوف تقوم بالاتصال على رقم الطوارئ 911 لي أو للأفراد الذين منحت هذا التحويل من أجلهم في حالة وجود أي حالة طبية طارئة سواء كانت جسدية أو نفسية أثناء وجودي في مكاتب منظمة اللوثرن للخدمات العائلية LFS أو أثناء تقديم الخدمات وجهاً لوجه خارج مكاتب منظمة اللوثرن للخدمات العائلية LFS سواء كان ذلك لي أو للشخص الذي منحت هذا التحويل من أجله.</p> <p>----- التحويل للمواصلات والنقل: اني أخول منظمة اللوثرن للخدمات العائلية LFS لتوفير المواصلات لي ولأفراد عائلتي المدرجة أسماءهم في هذا التحويل إذا ما كانت المواصلات مشمولة في البرنامج أو الخدمة التي أشارك بها.</p> <p>(الموظفين: في حالة عدم إنطباق الفقرة على المراجع ، ضع علامة NA والحرف الأول من اسمك ولقبك في الفراغ).</p>			

الرجاء إدراج أسماء أفراد العائلة الذين سوف يتم توفير المواصلات لهم وتاريخ الميلاد لكل فرد:



Accredited by the Council on Accreditation



A United Way Affiliate



Lutheran Services in America Affiliate

LFS Mission: Lutheran Family Services expresses God's love for all people by providing Quality human care services that build and strengthen individual, family and community life

----- الاسم: تاريخ الميلاد
----- الاسم: تاريخ الميلاد

----- **تحويل الممثل:** أني أخول منظمة اللوثرن للخدمات العائلية LFS، أو مقدمي الخدمات أو الممثلين عنها بالتصرف نيابةً عني للمطالبة بالاستحقاقات ، والاعتراض على تقليل الاستحقاقات ، وإتخاذ الإجراءات اللازمة الضرورية للحصول على الدفعات المالية عن الخدمات المقدمة من منظمة اللوثرن للخدمات العائلية LFS. وإنني على علم بأنني مسؤول عن دفع أجزاء الفواتير التي تقع على مسؤوليتي والتي لا تدفعها شركة التأمين والمبالغ الابتدائية التي يتوجب عليّ دفعها قبل أن تبدأ شركة التأمين بالدفع ، وذلك في نفس وقت تقديم الخدمة ، إلا إذا كانت إجراءات الدفع مختلفة.

----- **تأكيد المعرفة بمعلومات الاتصال:** إنني أوافق على إخبار منظمة اللوثرن للخدمات العائلية LFS عن أي تغيير في معلومات الاتصال الخاصة بي. وإنني أعلم بأنه يمكن لموظفي منظمة اللوثرن للخدمات العائلية LFS الاتصال بخصوص قضيتي لغرض الإحالة أو / ولتنظيم الخدمات والعلاج ، ومتى ما كان ذلك مناسباً.

يقر الشخص الموقع أدناه بأنه أو بأنها قد قرأت(ت) وفهم(ت) النص أعلاه وأن المراجع أو ولي أمره أو من يمثله قانونياً أو والديه أو من يخول بالتصرف نيابةً عن المراجع لتنفيذ النص أعلاه وقبول مضمونه.

توقيع المراجع أو ولي أمره	علاقته بالمراجع	التاريخ
توقيع موظف منظمة اللوثرن للخدمات العائلية LFS	العنوان الوظيفي	التاريخ
توقيع المترجم	العنوان الوظيفي	التاريخ