

ماموریت ایل ایف ایس: خدمات خانواده لوتران عشق خدا را به همه مردم با ارائه خدمات مراقبت انسانی با کیفیت که زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی را ایجاد و تقویت می کند ابراز می کند.

رضایت مشتری برای درمان/خدمات (Client Consent for Treatment/Service – Dari/Farsi)

اسم مشتری	حروف اول	تاریخ تولد	شماره مشتری / آی ایچ آر
-----------	----------	------------	-------------------------

_____ مجوز برای درمان: بدینوسیله به خدمات خانواده لوتران (ایل ایف ایس) اجازه می دهم تا خدمات مراقبتی، حمایتی و/یا بهداشت رفتاری و/یا درمانی را که ممکن است در درمان من یا فردی که قانوناً مجاز به ارائه آن‌ها هستم، ضروری یا توصیه شود، ارائه دهد. این رضایت، علائم، تشخیص، نگرانی های سلامت روان و/یا نیازهای حمایتی. من می دانم که اقدامات مجاز در اینجا یک علم دقیق نیستند و اذعان می کنم که هیچ تضمینی برای نتیجه یا نتیجه خاصی در رابطه با خدمات یا درمانی که به ایل ایف ایس اجازه ارائه آن را می دهم، ارائه نشده است. همچنین می دانم که ایل ایف ایس ممکن است برای خدمات اضافی به من ارجاع (راجع نماید) دهد.

_____ **قدردانی از حقوق و مسئولیت های مشتریان ایل ایف ایس:** من تصدیق می کنم که حقوق و مسئولیت های مشتریان ایل ایف ایس را دریافت کرده و خوانده ام. حقوق و مسئولیت های من به اندازه کافی برای من توضیح داده شده است و رضایت من در اینجا با آگاهی کامل از محتوای این حقوق و مسئولیت ها است.

_____ **قدردانی از شیوه های حریم خصوصی ایل ایف ایس:** به من این فرصت داده شده است که اطلاعیه اقدامات حریم خصوصی ایل ایف ایس را بخوانم و در مورد هر بخشی که نمی فهمم شفاف سازی کنم. به من یک نسخه از شیوه های حفظ حریم خصوصی آنها پیشنهاد شده است.

_____ **درمان صبحی ایمرجنسی:** من می دانم که کارکنان LFS در صورت حضور در دفتر LFS یا در طول خدمات رو در رو ارائه شده به من یا فردی که تحت درمان قرار می گیرند، در صورت بروز مشکل اضطراری (ایمرجنسی)، خواه جسمی یا عاطفی، طبق این رضایت، برای من یا درمان فرد در خارج از دفتر LFS به 911 تماس خواهند گرفت.

_____ **مجوز حمل و نقل:** من بدینوسیله به ایل ایف ایس اجازه می دهم در صورتی که حمل و نقل توسط برنامه و/یا خدماتی که من در آن شرکت می کنم ارائه شود، حمل و نقل را برای من و اعضای خانواده مندرج در این فرم رضایت ارائه دهد.
(کارکنان: اگر قابل اجرا نیست، NA و حرف اول را در خط یادداشت کنید)

لطفاً اعضای خانواده و تاریخ تولد آنها (DOB) را که ممکن است منتقل شوند فهرست کنید:

_____	تاریخ تولد:	_____	اسم:
_____	تاریخ تولد:	_____	اسم:
_____	تاریخ تولد:	_____	اسم:
_____	تاریخ تولد:	_____	اسم:
_____	تاریخ تولد:	_____	اسم:

ماموریت ایل ایف ایس: خدمات خانواده لوتران عشق خدا را به همه مردم با ارائه خدمات مراقبت انسانی با کیفیت که زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی را ایجاد و تقویت می کند ابراز می کند.

_____ نماینده مجاز: بدینوسیله به ایل ایف ایس ، ارائه دهنده(های) خدمات و نمایندگان آن اجازه می دهیم تا از طرف من برای بازیابی مطالبات مزایا، درخواست تجدید نظر در مورد تعیین سود نامطلوب، و انجام هرگونه اقدامی که برای دریافت پرداخت برای خدمات ارائه شده توسط ایل ایف ایس ضروری تشخیص داده شود، اقدام کنند. من درک می کنم که مسئولیت تمام پرداخت های مشارکتی، بیمه مشترک و مبالغ کسر تعیین شده توسط ارائه دهنده بیمه من در زمان ارائه خدمات می باشد، مگر اینکه ترتیبات پرداخت دیگری وجود داشته باشد.

_____ تأیید اطلاعات تماس: بدینوسیله موافقت می کنم که هرگونه تغییر در اطلاعات تماس خود را به ایل ایف ایس اطلاع دهم.

بدینوسیله اذعان می کنم که، در صورت لزوم، کارکنان ایل ایف ایس ممکن است در مورد پرونده من به منظور ارجاع، درمان و/یا هماهنگی مراقبت همکاری کنند.

امضاکننده زیر گواهی می دهد که موارد فوق را خوانده و درک کرده است و مشتری، سرپرست مشتری ، وکالت، والدین است یا به طور مقتضی توسط یا از طرف مشتری مجاز به اجرای موارد فوق و پذیرش شرایط آن است.

_____ امضای مشتری یا سرپرست

_____ ارتباط با مشتری

_____ تاریخ

_____ امضای کارکنان ایل ایف ایس

_____ عنوان

_____ تاریخ

_____ امضای ترجمان

_____ عنوان

_____ تاریخ