

ПМісія LFS: Lutheran Family Services виражає Божу любов до всіх людей, надаючи якісні послуги догляду за людьми, які будують і зміцнюють індивідуальне, сімейне та громадське життя.

Згода клієнта на лікування/обслуговування

(Client Consent for Treatment/Service – Ukrainian)

Ім'я клієнта

Ініціали

Дата народження

ЕНR/номер клієнта

_____ **Дозвіл на лікування:** цим я дозволяю Lutheran Family Services (LFS) надавати догляд, підтримку та/або послуги з поведінкового здоров'я та/або лікування, яке може бути необхідним або доцільним для лікування мене чи особи, якій я маю законне право надавати цю згоду, симптоми, діагноз, проблеми з психічним здоров'ям та/або потреби підтримки. Я усвідомлюю, що практики, дозволені за цим документом, не є точною наукою, і я визнаю, що мені не було надано жодних гарантій щодо будь-якого конкретного результату, пов'язаного з послугами чи лікуванням, які я дозволяю надавати LFS. Я також розумію, що LFS може надати мені рекомендації для отримання додаткових послуг.

_____ **Підтвердження прав і обов'язків клієнтів LFS:** Я підтверджую, що отримав і прочитав Права та обов'язки клієнтів LFS. Мої права та обов'язки були належним чином роз'яснені мені, і моя згода, надана цим документом, пов'язана з повним знанням змісту цих прав та обов'язків.

_____ **Визнання практики конфіденційності LFS:** мені надали можливість прочитати П повідомлення LFS про політику конфіденційності та отримати роз'яснення щодо будь-якої частини, яку я не розумію. Мені запропонували копію їхніх правил конфіденційності.

_____ **Невідкладна медична допомога:** я розумію, що співробітники LFS зателефонують за номером 911 для мене або для лікування особи відповідно до цієї згоди у випадку очевидної невідкладної медичної допомоги, фізичної чи емоційної, під час перебування в офісі LFS або під час надання мені послуг особисто або особа, яка лікується відповідно до цієї згоди поза офісом LFS.

_____ **Дозвіл на транспортування:** цим я дозволяю LFS забезпечити транспортування мене та членів родини, зазначених у цій формі згоди, якщо транспортування пропонується програмою та/або послугою, у якій я беру участь. (ПЕРСОНАЛ: якщо це не стосується, зазначте NA та ініціал у рядку)

Будь ласка, вкажіть членів сім'ї та їхню дату народження (DOB), яких можна перевозити:

Ім'я: _____ Дата народження: _____

Ім'я: _____ Дата народження: _____



ПМісія LFS: Lutheran Family Services виражає Божу любов до всіх людей, надаючи якісні послуги догляду за людьми, які будують і зміцнюють індивідуальне, сімейне та громадське життя.

Ім'я: _____ Дата народження: _____

Ім'я: _____ Дата народження: _____

Ім'я: _____ Дата народження: _____

_____ **Уповноважений представник:** цим я уповноважую LFS, і його постачальника(ів) послуг і представників діяти від мого імені для стягнення претензій щодо виплат, оскарження несприятливих рішень про виплати та вживати будь-яких дій, які вважаються необхідними для отримання оплати за послуги, надані LFS. Я розумію, що несу відповідальність за всі доплати, співстрахування та суми франшиз, визначені моїм постачальником страхових послуг під час надання послуг, якщо немає інших домовленостей щодо оплати.

_____ **Підтвердження контактної інформації** цим я погоджуюся інформувати LFS про будь-які зміни моєї контактної інформації.

Цим я визнаю, що коли це доцільно, співробітники LFS можуть співпрацювати щодо моєї справи з метою направлення, лікування та/або координації догляду.

Особа, що підписалася нижче, засвідчує, що він чи вона прочитали та зрозуміли вищезазначене та є клієнтом, опікуном клієнта, довіреним представником, батьком або належним чином уповноваженим клієнтом або від його імені виконувати вищезазначене та приймати його умови.

_____	_____	_____
Підпис клієнта або опікуна	Стосунки з клієнто	Дата
_____	_____	_____
Підпис персоналу LFS	Посада	Дата
_____	_____	_____
Підпис перекладача	Посада	Дата