

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.

Согласие клиента на лечение/обслуживание

(Client Consent for Treatment/Service – Russian)

Имя, фамилия клиента

Инициалы

Дата рождения

EHR/Номер клиента

_____ **Разрешение на лечение:** Настоящим я разрешаю Лютеранским семейным услугам (Lutheran Family Services/LFS) предоставлять мне (или лицу, которого я юридически уполномочен представлять): уход, поддержку и/или поведенческие медицинские услуги и/или лечение, которые могут быть необходимы или целесообразны для лечения симптома, диагноза, проблем психического здоровья и/или других потребностей. Мне известно, что практика, разрешенная настоящим соглашением, не является точной наукой, и я признаю, что мне не было предоставлено никаких гарантий конкретного исхода или результата от услуг или лечения, которые я разрешаю LFS предоставлять. Я также понимаю, что LFS может предоставить мне направления на получение дополнительных услуг.

_____ **Подтверждение прав и обязанностей клиентов LFS:** Я подтверждаю, что я получил (-а) и прочитал (-а) права и обязанности клиентов LFS. Мои права и обязанности были надлежащим образом разъяснены мне, и я даю согласие в настоящем документе с полным сознанием содержания этих прав и обязанностей.

_____ **Признание политики конфиденциальности LFS:** мне была предоставлена возможность прочитать Уведомление LFS о политике конфиденциальности и получить разъяснения по любой части, которую я не понимаю. Мне была предложена копия Уведомления о политике конфиденциальности.

_____ **Неотложная медицинская помощь:** Я понимаю, что сотрудники LFS будут звонить 911 для моего лечения или лечения лица, получающего лечение в соответствии с настоящим соглашением, в случае очевидной чрезвычайной медицинской ситуации, будь то физическая или эмоциональная, возникающей во время пребывания в офисе LFS или во время личного обслуживания за пределами офиса LFS.

_____ **Разрешение на транспортировку:** настоящим я разрешаю LFS обеспечить транспортировку мне и членам семьи перечисленным ниже, если транспортировка предлагается программой или услугой, в которой я участвую.

(STAFF: If no transport authorization is applicable, note NA and initial on this line)



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.

Перечислите членов семьи, которых разрешается перевозить, и дату рождения:

Имя и фамилия: _____ Дата рождения: _____

Имя и фамилия: _____ Дата рождения: _____

Имя и фамилия: _____ Дата рождения: _____

Имя и фамилия: _____ Дата рождения: _____

Имя и фамилия: _____ Дата рождения: _____

_____ **Уполномоченный представитель:** настоящим я уполномочиваю LFS, ее специалистов и представителей действовать от моего имени для взыскания требований о выплате пособий, обжалования неблагоприятных решений о выплате пособий и принятия любых мер сочтенных необходимыми для получения оплаты за услуги, предоставляемые LFS. Я понимаю, что я несу ответственность за все доплаты, франшизы и другие страховые взносы, определенные моей страховкой на момент обсуждения, если не действует других соглашений по вопросам оплаты.

_____ **Подтверждение контактной информации:** Настоящим я соглашаюсь информировать LFS о любых изменениях в моей контактной информации.

Настоящим я признаю, что, когда это уместно, сотрудники LFS могут взаимодействовать между собой по моему делу в целях лечения, согласования лечения и/или выдачи направления.

Нижеподписавшийся подтверждает, что он прочитал и понимает вышеизложенное и является клиентом, опекуном клиента, лицом с доверенностью, родителем или лицом должным образом уполномоченным клиентом для выполнения вышеизложенного и соглашения его условий.

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