

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
<p>_____ مجوز برای درمان: بدینوسیله به خدمات خانواده لوتران (ایل ایف ایس) اجازه می‌دهم 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، نگرانی‌های سلامت روان و/یا نیازهای حمایتی. من می‌دانم که اقدامات مجاز در اینجا یک علم دقیق نیستند و اذعان می‌کنم که هیچ تضمینی برای نتیجه یا نتیجه خاصی در رابطه با خدمات یا درمانی که به ایل ایف ایس اجازه ارائه آن را می‌دهم، ارائه نشده است. همچنین می‌دانم که ایل ایف ایس ممکن است برای خدمات اضافی به من ارجاع (راجع نماید) دهد.</p> <p>_____ قدردانی از حقوق و مسئولیت‌های مشتریان ایل ایف ایس: من تصدیق می‌کنم که حقوق و مسئولیت‌های مشتریان ایل ایف ایس را دریافت کرده و خوانده‌ام. حقوق و مسئولیت‌های من به اندازه کافی برای من توضیح داده شده است و رضایت من در اینجا با آگاهی کامل از محتوای این حقوق و مسئولیت‌ها است.</p> <p>_____ قدردانی از شیوه‌های 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 نمی‌فهمم شفاف سازی کنم. به من یک نسخه از شیوه‌های حفظ حریم خصوصی آنها پیشنهاد شده است.</p> <p>_____ درمان صحت ایمرجنسی: من می‌دانم 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 می‌گیرند، 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.</p> <p>_____ مجوز حمل و نقل: من بدینوسیله به ایل ایف ایس اجازه می‌دهم در صورتی که حمل و نقل توسط برنامه و/یا خدماتی که من در آن شرکت می‌کنم 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)</p>			

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

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



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.

اسم: _____ تاریخ تولد: _____

اسم: _____ تاریخ تولد: _____

اسم: _____ تاریخ تولد: _____

اسم: _____ تاریخ تولد: _____

اسم: _____ تاریخ تولد: _____

اسم: _____ تاریخ تولد: _____

اسم: _____ تاریخ تولد: _____

اسم: _____ تاریخ تولد: _____

_____ 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.

_____	_____	_____
تاریخ	ارتباط با مشتری	امضای مشتری یا سرپرست
_____	_____	_____
تاریخ	عنوان	امضای کارکنان ایل ایف ایس
_____	_____	_____
تاریخ	عنوان	امضای ترجمان

