

환자 핸드북 및 오리엔테이션 비디오 승인

▶ 환자 핸드북 및 오리엔테이션 비디오란 무엇입니까?

환자 핸드북은 로스앤젤레스 카운티의 물질 사용 장애 특수 치료 플랜 (또는 “카운티 플랜”)에 따른 약물 장애 치료 혜택을 받을 수 있는 자격과 가능한 무료 서비스를 포함한 전체 설명을 제공하고 있습니다. 환자 핸드북의 대형 인쇄물과 다른 언어로 된 무료 사본은 치료 제공자에게서 구하거나 인터넷 <http://publichealth.lacounty.gov/sapc/>에서 다운로드하실 수 있습니다.

환자 오리엔테이션 비디오는 환자 핸드북에 대한 요약이 이해하기 쉽게 설명해 주며 카운티 계획에서 이용할 수 있는 주요 혜택을 설명합니다.

▶ 귀하의 권리

카운티 플랜의 자격 있는 회원으로서 귀하는 의학적으로 필요한 약물 사용 치료 서비스를 받을 권리가 있습니다. 또한 귀하는 다음과 같은 권리가 있습니다:

- 언어적, 정서적, 성적 또는 신체적 학대로부터 자유로울 권리
- 건강 정보를 안전하게 보호할 권리
- 치료 거부 권한을 포함하여 치료에 관한 결정에 참여할 권리
- 이해하기 쉬운 방식으로 사용 가능한 치료 옵션 및 대안에 대한 정보를 받을 권리
- 불만 제기 (또는 이의 신청)
- 귀하가 대우받는 방식에 부정적인 영향을 미치지 않으면서 이러한 권리를 자유롭게 행사할 수 있는 권리

▶ 비차별 진술

로스앤젤레스 카운티 공중보건국, Substance Abuse Prevention and Control (SAPC), 계약한 치료 제공자는 관련 연방 및 캘리포니아주의 비차별 민권법을 준수합니다. 다음 페이지에 제공된 연락처 정보를 사용하여 위반 사항을 카운티 계획에 보고하실 수 있습니다.

▶ 무료 치료 서비스

카운티 플랜의 자격이 있는 회원에게, 치료 제공자는 환자 안내서에 설명된 서비스 제공에 따른 비용을 지불하도록 요청할 수 없습니다. 이것은 다음을 의미합니다.

- 수수료 없음
- 예치금 없음
- Medi-Cal 혜택이 요구하지 않는 한 어떠한 비용도 발생하지 않습니다.

▶ 불만 제기/이의 신청

만약 부당하게 대우받았거나 핸드북에 명시된 서비스가 거부되어졌다고 생각된다면, 불만제기를 할 수 있습니다. 치료에 대한 결정에 동의하지 않으면 결정에 이의 신청을 할 수 있습니다.

불만 제기 또는 이의 신청을 해도 귀하의 치료 또는 귀하가 받는 치료 서비스에 부정적인 영향을 전혀 미치지 않습니다. 이메일, 우편, 전화 또는 팩스를 통해 카운티 플랜 또는 네트워크 치료 제공자에게 이의 신청 또는 불만 제기를 할 수 있습니다.

▶ 연락 정보

카운티 플랜

Department of Public Health, Substance Abuse Prevention and Control
1000 South Fremont Avenue, Building A-9 East, 3rd Floor
Alhambra, California 91803
SAPCMonitoring@ph.lacounty.gov
(Phone) 1-888-742-7900 | (Fax) 1-626-458-6692

이용 가능한 양식:

<http://publichealth.lacounty.gov/sapc/PatientPublic.htm>

치료 제공자 연락처 정보

Enter Agency Name

Enter Contact (Division or Person)

Enter Email Address

Enter Street Address

Enter City, State, Zip

Enter Agency Website OR SAPC Website

(Phone) 1-000-000-0000

(Fax) 1-000-000-0000

이용 가능한 양식:

Enter Agency Website OR SAPC Website

▶ 승인

(1) 이 양식의 사본을 받았습니다.

(2) 카운티 플랜에 따른 치료 혜택에 대한 정보를 받았습니다(해당되는 모든 항목 확인).

- 환자 핸드북 오리엔테이션 비디오를 보았습니다.
- 카운티 플랜 웹사이트에서 환자 핸드북을 찾는 방법을 보여주었습니다.
- 치료 제공자가 환자 핸드북에 명시된 혜택에 대해 이야기 했습니다.

환자:

환자 이름

서명

날짜 (mm/dd/yyyy)

Provider Staff:

Print Name

Signature

Date (mm/dd/yyyy)