PEOPLE INCORPORATED
MENTAL HEALTH SERVICES

# 服务同意书

本同意书适用于我（或我的子女）现在或将来可能接受其医疗保健服务的所有People Incorporated项目、地点和医疗服务提供商。

**治疗同意书：**
我理解我（或我的子女）患有需要诊断和治疗的疾病。我将有机会与People Incorporated的工作人员讨论其认为我（或我的子女）需要的治疗。为了提供此类医疗保健，People Incorporated及其工作人员可能会收集关于我（或我孩子）的健康方面的信息，包括家庭健康史等信息。People Incorporated及其工作人员均无法承诺所建议的治疗会产生任何具体效果，但People Incorporated及其工作人员会回答我关于治疗的问题。我可以随时拒绝任何建议的治疗，并告知负责我（或与我的子女合作）的工作人员。

People Incorporated 会使用安全的电子工具，协助服务提供者记录诊疗信息。在有些情况下，这些工具可以通过汇总服务过程中讨论的内容，为笔记记录和文档编制提供协助。这些工具为服务提供者提供支持性帮助，但并不能替代临床判断或决策。是否使用这些工具完全出于自愿，您也可以要求在服务过程中不使用它们，选择不使用这些工具不会影响您获取相关服务。

**保险金转让和付款信息披露：**
针对向我本人（或我的子女）提供的任何服务，People Incorporated可能会向我的保险机构收取费用，我授权向People Incorporated支付保险理赔款。

我同意并授权People Incorporated向我的保险提供商或其他承担People Incorporated向我（或我的子女）提供的服务的费用的实体提供关于我的信息，包括但不限于心理健康服务文件、进展记录、入院或出院状况以及居民身份。我同意并授权People Incorporated披露此类信息，即表示我理解并同意此信息可能会披露给Minnesota人类服务部、预付医疗补助项目管理性医疗保健组织、县社会服务机构、Medicare、商业健康保险实体或其他类似或相关实体。

此外，如果就People Incorporated向本人（或本人子女）提供的服务提出的任何理赔被拒，我授权People Incorporated向Minnesota人类服务部或任何其他适用监管机构提出申诉。

**付款责任和财政援助：**

我理解，虽然People Incorporated会尽力向我的保险机构收取我（或我孩子）所接受服务的费用，但我最终仍有责任支付其所提供服务的所有费用，包括任何共付额、免赔额、共同保险、减免额或任何不在医疗保险计划承保范围内的服务费用。我理解，如果不支付此类费用，今后可能会暂停我使用People Incorporated的服务的权限。

如果我无力支付此类费用，我可以随时通知People Incorporated的工作人员，他们会根据我当前的情况，帮助我（或我的子女）找到能够继续接受服务的方案，其中可能包含一种或多种类型的经济援助。

**疑问和撤销**：
如果我对本同意书有疑问或顾虑，我可以咨询向我提供本表的People Incorporated工作人员。我在本表中提供的授权不设特定失效日期，除非我向以下机构提交书面申请予以撤销，否则授权将永久有效：

People Incorporated
Attn: Legal and Compliance
3000 Ames Crossing Road, Suite 600
Eagan, MN 55121

但即使予以撤销，我在同意或授权有效期间已经采取的任何行动仍将有效（无法撤销）。

**我在下面签名，即代表我同意提供上述同意书和授权书**：

**打印客户姓名** **出生日期**

**客户签名** **日期**

如果由客户父母/监护人代为签字，请填写以下信息：

**打印父母（监护人和非监护人）或监护人姓名**

**父母（监护人和非监护人）或监护人签名** **日期**