PEOPLE INCORPORATED
MENTAL HEALTH SERVICES

Giấy Đồng ý sử dụng dịch vụ

Giấy đồng ý này áp dụng cho tất cả các chương trình, địa điểm và nhà cung cấp dịch vụ People Incorporated mà tôi (hoặc con tôi) nhận dịch vụ chăm sóc hiện tại hoặc trong tương lai.

Giấy Đồng ý điều trị
Tôi hiểu rằng tình trạng sức khỏe của tôi (hoặc con tôi) cần được chẩn đoán và điều trị. Tôi sẽ có cơ hội trao đổi với nhân viên People Incorporated đang điều trị cho tôi (hoặc con tôi) về phương thức điều trị cần thiết cho tôi (hoặc con tôi). Để có thể đem lại dịch vụ chăm sóc tốt nhất, nhân viên People Incorporated cần thu thập thông tin sức khỏe của tôi (hoặc con tôi), bao gồm thông tin về bệnh sử gia đình. People Incorporated và nhân viên không thể hứa hẹn bất kỳ kết quả cụ thể nào dựa trên phương pháp điều trị được đề nghị, nhưng nhân viên People Incorporated sẽ giải đáp thắc mắc của tôi về tiến trình điều trị. Tôi có thể từ chối bất kỳ phương pháp điều trị được đề nghị bằng cách thông báo với nhân viên điều trị cho tôi (hoặc con tôi) bất cứ lúc nào.

People Incorporated sử dụng các công cụ điện tử bảo mật để giúp các nhà cung cấp dịch vụ ghi chép thông tin chăm sóc. Trong một số trường hợp, các công cụ này hỗ trợ việc ghi chú và lập hồ sơ bằng cách tóm tắt thông tin được trao đổi trong quá trình cung cấp dịch vụ. Các công cụ này hỗ trợ nhà cung cấp dịch vụ nhưng không thay thế việc đánh giá chuyên môn lâm sàng hoặc ra quyết định lâm sàng. Việc tham gia là tự nguyện, và quý vị có thể yêu cầu không sử dụng các công cụ này trong buổi làm việc. Việc từ chối sử dụng các công cụ này sẽ không ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận các dịch vụ của quý vị.

Chuyển nhượng quyền lợi bảo hiểm và cho phép tiết lộ thông tin cho mục đích thanh toán:
People Incorporated có thể gửi hóa đơn đến công ty bảo hiểm của tôi và tôi ủy quyền cho People Incorporated được nhận tiền thanh toán bảo hiểm của tôi, đối với bất kỳ dịch vụ nào tôi (hoặc con tôi) được cung cấp.

Tôi đồng ý và cho phép People Incorporated tiết lộ thông tin của tôi, bao gồm nhưng không giới hạn, hồ sơ sức khỏe tâm lý, ghi chú về tiến triển điều trị, tình trạng nhập/xuất viện và tình trạng lưu trú với công ty bảo hiểm hoặc bên thứ ba khác có trách nhiệm thanh toán cho các dịch vụ People Incorporated cung cấp cho tôi. Khi đồng ý và cho phép People Incorporated tiết lộ thông tin này, tôi hiểu và đồng ý rằng thông tin này có thể được chia sẻ cho Bộ Dịch vụ Nhân sinh Minnesota, các Chương trình Trợ giúp y tế trả trước của các Tổ chức quản lý chăm sóc sức khỏe, các cơ quan dịch vụ xã hội quận, Medicare, các tổ chức bảo hiểm y tế thương mại, hoặc các tổ chức tương tự hoặc liên quan khác.

Ngoài ra, tôi ủy quyền cho People Incorporated thay tôi khiếu nại đối với những quyết định từ chối không thanh toán cho các dịch vụ mà People Incorporated đã cung cấp cho tôi (hoặc con tôi) lên Bộ Dịch vụ Nhân sinh Minnesota hoặc lên bất kỳ tổ chức giám sát quy định hiện hành nào khác.

Trách nhiệm thanh toán và trợ giúp tài chính:
Tôi hiểu rằng cho dù People Incorporated sẽ nỗ lực gửi hóa đơn đến công ty bảo hiểm để thanh toán các dịch vụ chăm sóc cho tôi (hoặc con tôi), chính tôi sẽ là người nhận trách nhiệm tối hậu về việc chi trả mọi khoản chi phí dịch vụ People Incorporated đã cung cấp - bao gồm các khoản đồng chi trả, khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm, chiết khấu hay bất kỳ dịch vụ nào khác không nằm trong chương trình sức khỏe của tôi. Tôi hiểu rằng việc sử dụng các dịch vụ People Incorporated có thể sẽ bị ngừng nếu các khoản chi phí trên không được thanh toán.

Nếu tôi không đủ khả năng chi trả các khoản chi phí này, tôi có thể thông báo đến nhân viên People Incorporated bất cứ lúc nào, và họ sẽ đưa ra các lựa chọn có thể giúp tôi (con tôi) tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc, có thể dưới dạng một hay nhiều hình thức hỗ trợ tài chính tùy thuộc vào hoàn cảnh hiện tại của tôi.

Lo ngại và thu hồi:
Nếu tôi có bất cứ thắc mắc hoặc lo ngại nào về giấy đồng ý này, tôi có thể trao đổi thêm với nhân viên People Incorporated đã trao cho tôi mẫu này. Các ủy quyền tôi cung cấp trong giấy này sẽ không hết hạn vào bất kỳ ngày cụ thể nào mà có giá trị vĩnh viễn, trừ phi tôi rút lại các quyền đó bằng cách gửi văn bản yêu cầu đến:

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

Tuy nhiên, tất cả hành động đã thực hiện trong quá trình giấy này còn hiệu lực vẫn sẽ có giá trị (không thể thu hồi).

Khi ký tên dưới đây, tôi xác nhận đồng ý và ủy nhiệm các quyền như đã mô tả ở trên.

Họ tên người nhận dịch vụ, viết bằng chữ in **Ngày sinh**

Chữ ký của người nhận dịch vụ **Ngày**

Nếu phụ huynh/người giám hộ ký thay người nhận dịch vụ, vui lòng điền đầy đủ các thông tin sau:

Họ tên phụ huynh (người bảo trợ hoặc không bảo trợ) hoặc người giám hộ, viết bằng chữ in

Chữ ký của phụ huynh (người bảo trợ hoặc không bảo trợ) hoặc người giám hộ **Ngày**