

قائمة التدقيق الموصى بها/الجرعة
لنظام صرف الدواء المقنن لبرنامج Medi-Cal
(DMC-ODS)

Beneficiary's name

أفضل تلقي المواد الإعلامية باللغة التالية: _____
(يجب على موظفي نظام صرف الدواء المقنن لبرنامج Medi-Cal (DMC-ODS) مراجعة هذا النموذج واستيفاءه مع المُنتفع أو الوصي القانوني)

تقييم الحاجة إلى مواد إعلامية على قرص مضغوط (CD) أو التسجيلات الصوتية الأخرى

تلقيت عرضًا/سُئلت عما إذا كنت أريد الحصول على دليل نظام صرف الدواء المقنن لبرنامج Medi-Cal على قرص مضغوط (CD) أو تسجيل صوتي منشور على موقع وكالة الرعاية الصحية (HCA) بلغتي المفضلة لا نعم

رفضت الحصول على قرص مضغوط (CD)/رابط المقاطعة إلى موقع وكالة الرعاية الصحية (HCA)
 طلبت وتلقيت القرص المضغوط (CD) أو رابط المقاطعة إلى موقع وكالة الرعاية الصحية (HCA) بلغتي المفضلة

مواد إعلامية:

المنتفعون من نظام صرف الدواء المقنن لبرنامج Medi-Cal (DMC-ODS) (حدد المربعات المناسبة أدناه)

تلقيت الرابط <http://ochealthinfo.com/DMC-ODS>
(الخاص بدليل نظام صرف الدواء المقنن لبرنامج Medi-Cal ودليل مقدم خدمة نظام صرف الدواء المقنن لبرنامج Medi-Cal)

طلبت إرسال دليل نظام صرف الدواء المقنن لبرنامج Medi-Cal ودليل مقدم خدمة نظام صرف الدواء المقنن لبرنامج Medi-Cal إلى محل إقامتي خلال 5 أيام من تاريخ اليوم.

أرسل إلى: _____ (التاريخ) _____ (الحروف الأولى من اسم الموظف) أو

تلقيت دليل نظام صرف الدواء المقنن لبرنامج Medi-Cal ودليل مقدم خدمة نظام صرف الدواء المقنن لبرنامج Medi-Cal (نسخة ورقية) طباعة عادية الطباعة بأحرف كبيرة

نعم لا تلقيت نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية

نعم لا أكملت إشعار ممارسات الخصوصية

نعم لا تم توجيهي (أو إذا كنت قاصرًا لا أقود سيارة، يوجه الشخص البالغ المرافق) بشأن قواعد مقعد السيارة، وحصلت على معلومات مكتوبة عن هذا الأمر.

نعم لا تلقيت عرضًا للتسجيل في سجل الناخبين. وإذا كنت أصغر من 18 عامًا، يُعرض التسجيل على الأشخاص البالغين المرافقين.

توجيه الرعاية الصحية المُسبق (AD) -- (للمنتفعين البالغين 18 عامًا أو أكبر)

لقد تلقيت ورقة معلومات التوجيه المُسبق نعم لا
التاريخ: ____/____/____

أعطي اليوم فريق عمل برنامج الصحة العقلية (MHP) التوجيه المُسبق الخاص بي
(التاريخ) ____/____/____ (التوقيع بالحروف الأولى من الاسم) _____

التوقيعات

توقيع المنتفع/الوصي القانوني: _____ تاريخ التوقيع: _____

توقيع فريق عمل DMC-ODS: _____ تاريخ التوقيع: _____