

نام مصرف کننده یا مشتری

سامانه ارائه خدمات مدیکل در رابطه با مواد (DMC-ODS)
فرم (چک لیست) مصاحبه اولیه و مشورت

من ترجیح میدهم که اطلاعات و منابعی را که دریافت میکنم به زبان _____ باشد.
کارمندان DMC-ODS باید با سرپرست قانونی مشتری این فرم را بررسی و تکمیل کنند.

ارزیابی نیاز ارائه اطلاعات و منابع به صورت سی دی یا سایر قالب های صوتی

در مورد اینکه آیا راهنمای سامانه ارائه خدمات مدیکل در رابطه با مواد (DMC-ODS) را به زبان ترجیحی خود روی سی دی میخوام یا به صورت فایل ضبط شده صوتی در وب سایت اچ سی ای از من پرسیدند.

از قبول سی دی/پیوند خاص کانتی به وب سایت اچ سی ای خودداری کردم
درخواست کردم و سی دی یا پیوند خاص کانتی به وب سایت اچ سی ای به من داده شد

اطلاعات و منابع:

مشتریان خدمات مدیکل در رابطه با مواد (DMC-ODS) (کادرهای مربوط را در زیر علامت بزنید)

پیوند <http://www.ochealthinfo.com/DMC-ODS> را دریافت کردم
(برای راهنمای سامانه ارائه خدمات مدیکل در رابطه با مواد (DMC-ODS) و فهرست ارائه دهنده گان خدمات)

یا
راهنمای سامانه ارائه خدمات مدیکل در رابطه با مواد (DMC-ODS) و فهرست ارائه دهنده گان خدمات را درخواست کردم که ظرف 5 روز از تاریخ امروز به محل سکونت من ارسال شود.
آدرس گیرنده: _____ (تاریخ) _____ (حرف اول نام کارمند)

یا
راهنمای سامانه ارائه خدمات مدیکل در رابطه با مواد (DMC-ODS) و فهرست ارائه دهنده گان خدمات را دریافت کردم
(نسخه چاپی) حروف معمولی حروف درشت

یک نسخه از اعلامیه مربوط به عملکردهای محرمانه را دریافت کردم. بله خیر

فرم رسید اعلامیه مربوط به عملکردهای محرمانه را تکمیل کردم. بله خیر

در مورد مقررات کاربرد صندلی مخصوص کودکان توصیه های لازم به من (یا اگر فرد زیر هجده سال هستم به بزرگسال همراه) شد و اطلاعات کتبی هم داده شد. بله خیر

به من (یا اگر زیر هجده سال هستم به بزرگسال همراه) پیشنهاد ثبت نام برای رای دادن شد. بله خیر

فرم "اطلاعات پیش دستورالعمل" (AD) - فقط برای افراد بالای هجده سال

فرم اطلاعات "پیش دستورالعمل" به من داده شد.
تاریخی که فرم اطلاعات "پیش دستورالعمل" (ای دی ای اس) به من داده شد: ____/____/____ بله خیر

فرم "پیش دستورالعمل" خود را امروز به کارکنان طرح دادم
____/____/____ (تاریخ) (پاراف)

امضاء ها:

امضای مصرف کننده یا سرپرست قانونی _____ تاریخ امضاء ____/____/____

امضای کارمند DNC-ODS _____ تاریخ امضاء ____/____/____