

**GIẤY YÊU CẦU KÊ ĐƠN VÀ ỨNG THUẬN -
CÁC DỊCH VỤ Y-TẾ-HỠ-TRỢ**

TÊN CỦA BỆNH NHÂN

SỐ ĐỀ NHẬN BIẾT VỀ HỒ SƠ MEDI-CAL

KÍNH GỬI:

┌

┐

└

┘

Kính Gửi Bác Sĩ:

Bệnh nhân này đã nộp đơn xin hưởng các Dịch Vụ Trợ Giúp Tại-Nhà (IHSS) và đã nêu rõ rằng đương sự cần một số dịch vụ y-tế-hỗ-trợ nào đó, để đương sự có thể ở lại nhà của mình. Quý vị được yêu cầu nêu rõ, trên mẫu đơn này, những dịch vụ cụ thể nào là cần thiết và người bệnh đang ở trong tình trạng cụ thể nào cần phải sử dụng các dịch vụ đó.

Chương trình Các Dịch Vụ Trợ Giúp Tại-Nhà được phép tài trợ cho việc cung cấp các dịch vụ y-tế-hỗ-trợ, nếu quý vị kê đơn yêu cầu các dịch vụ đó cho bệnh nhân này. Theo tôn chỉ của chương trình này, các dịch vụ y-tế-hỗ-trợ là những hoạt động cần thiết, dựa trên tình trạng thể chất hoặc tinh thần của người-nhận-hưởng-dịch-vụ, để duy trì sức khỏe của người-nhận-hưởng-dịch-vụ và người-nhận-hưởng-dịch-vụ sẽ tự thực hiện các hoạt động này, trong trường hợp đương sự không có vấn đề về suy giảm chức năng. Các dịch vụ này sẽ được cung cấp bởi những người-cung-cấp-Dịch Vụ Trợ Giúp Tại-Nhà không có bằng hành nghề chăm sóc sức khỏe và sẽ hiếm khi nào được đào tạo về công việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị kê đơn yêu cầu một dịch vụ nào đó cho bệnh nhân, thì quý vị sẽ chịu trách nhiệm hướng dẫn việc thi hành các dịch vụ y-tế-hỗ-trợ đó.

Việc kiểm tra bệnh tình của bệnh nhân này sẽ được Medi-Cal hoàn trả phí tổn, tương tự như trong việc thăm khám thông thường tại phòng mạch, với điều kiện mọi yêu cầu khác áp dụng cho Medi-Cal đều được đáp ứng.

Nếu quý vị có bất cứ thắc mắc điều gì, xin liên lạc với tôi.

KÝ TÊN	CHỨC VỤ	SỐ ĐIỆN THOẠI	NGÀY
--------	---------	---------------	------

ĐƯỢC HOÀN TẤT BỞI CHUYÊN GIA CÓ BẰNG HÀNH NGHỀ

HỌ TÊN CỦA CHUYÊN GIA CÓ BẰNG HÀNH NGHỀ

SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA VĂN PHÒNG

ĐỊA CHỈ VĂN PHÒNG (NẾU KHÔNG ĐƯỢC LIỆT KÊ Ở TRÊN)

NGÀNH CHUYÊN MÔN

NGÀNH CHUYÊN MÔN

 Bác Sĩ / Bác Sĩ Phẫu Thuật Bác Sĩ Chữa Trị
Các Bệnh Về Chân Nha Sĩ**TIẾP TỤC Ở MẶT SAU****GỬI TRẢ VỀ CHO: (SỞ TRỢ CẤP XÃ HỘI CỦA QUẬN-HẠT)**

┌

┐

└

┘

Bệnh nhân có vấn đề gì về sức khỏe khiến đương sự phải cần đến các dịch vụ y-tế-hỗ-trợ IHSS không?
Nếu CÓ, xin liệt kê ở phần bên dưới về (các) bệnh trạng:

CÓ KHÔNG

Liệt kê các dịch vụ y-tế-hỗ-trợ cần thiết và cần được IHSS cung cấp theo đánh giá chuyên môn của quý vị.

LOẠI DỊCH VỤ	THỜI GIAN CẦN THIẾT CHO MỖI LẦN THỰC HIỆN DỊCH VỤ	TÍNH THUỜNG XUYÊN*		DỊCH VỤ NÀY NÊN ĐƯỢC CUNG CẤP TRONG BAO LÂU?
		SỐ LẦN	GIẢI ĐOẠN THỜI GIAN	

* Xin cho biết số lần dịch vụ cần được cung cấp, trong một giai đoạn thời gian cụ thể: (Thí dụ: hai lần mỗi ngày, v.v..)

Các ý kiến bổ sung:

NẾU TIẾP TỤC TRÊN MỘT TRANG GIẤY KHÁC. XIN NGOÁC DẤU VÀO ĐÂY

PHẦN CAM KẾT

Tôi xin cam kết rằng tôi đã được cấp phép hành nghề tại Tiểu Bang California như được nêu ở trên, và việc yêu cầu cung cấp dịch vụ này nằm trong phạm vi chuyên môn của tôi. Theo đánh giá của tôi, các dịch vụ mà tôi đã yêu cầu cung cấp là cần thiết để duy trì sức khỏe của người-nhận-hưởng-dịch-vụ này và, nếu không bị suy giảm về chức năng, người-nhận-hưởng-dịch-vụ này có thể tự thực hiện những dịch vụ đó cho chính mình.

Tôi sẽ cung cấp những hướng dẫn cần thiết, theo sự đánh giá của tôi, cho việc thi hành (cung cấp) các dịch vụ mà tôi yêu cầu.

Tôi đã thông báo cho người-nhận-hưởng-dịch-vụ về những rủi ro liên quan đến việc cung cấp các dịch vụ (mà tôi yêu cầu) do người cung-cấp-dịch-vụ IHSS thi hành.

CHỮ KÝ

NGÀY

SỰ ĐỒNG Ý CỦA BỆNH NHÂN

Tôi đã được thông báo về các rủi ro liên quan đến việc cung cấp các dịch vụ được liệt kê ở trên và đồng ý về việc cung cấp các dịch vụ này bởi người-cung-cấp Dịch Vụ Tại-Nhà của tôi.

CHỮ KÝ

NGÀY