

安排服務和同意書 - 輔助醫療服務

病人姓名

MEDI-CAL 身份識別號碼

致：

┌

┐

└

┘

尊敬的醫生：

這位病患者申請了居家支援服務 (IHSS)，並表示他/她需要某些輔助醫療服務才能留在家中。請你在本表格上註明病患者所需要的服務，以及病患者因何種醫療狀況而需要這些服務。

如果你為該病患者安排輔助醫療服務，居家支援服務計劃會授權資助病患者來獲得輔助醫療服務。為了本計劃的目的，輔助醫療服務是指由於領受者的身體或精神狀況而需要提供為保持領受者健康所必需的活動，並且領受者在沒有功能障礙的情況下可以自己完成活動。這些服務將由居家支援服務提供人員提供，他們並沒有獲得醫療保健專業的執業牌照，也很少接受醫療保健服務所提供的培訓。如果你安排這些服務，你將負責指導如何提供這些輔助醫療服務。

如果符合所有其他適用的 Medi-Cal 要求，你為該病患者所做的檢查，可作為一次性門診服務，通過 Medi-Cal 獲得支付。

如果你有任何疑問，請聯繫我。

簽名	職稱	電話號碼	日期
----	----	------	----

由有執照的專業人員填寫完成

有執照的專業人員姓名	辦事處電話號碼
------------	---------

辦事處地址 (如果沒有在上面列出)

執業類型

執業類型

 內科醫生/外科醫生 足科醫生 牙醫

請在本頁背面繼續

請將本表格交回給：(縣政府福利部門)

┌

┐

└

┘

病患者是否有醫療狀況而導致需要 IHSS 輔助醫療服務？如果是，請在下面列出病情：

是 否

根據你的專業判斷，列出所需的輔助醫療服務並應由 IHSS 提供這些服務。

服務類型	每次完成服務所需的時間	次數*		這項服務應提供多長時間？
		#次數	時段	

* 請指出在特定時段所應提供的服務次數：(例如：每天兩次等等)

其他建議：

如果在另一張紙上繼續。
請在此方格打勾。

認證

我確認我有上述在加州執業的牌照，並且本命令是屬於我的執業範圍。根據我的判斷，我安排的服務是保持領受者的健康所必需的，並且如果領受者沒有功能障礙，他/她可以自己完成活動。

我將根據我的判斷，根據我安排的服務提供所需的指導。

我已告知領受者有關通過他/她的 IHSS 服務提供人員提供所需服務的風險。

簽署姓名

日期

病患者知情同意書

我已被告知有關接受上述服務的風險，並同意我的居家支援服務提供人員提供這些服務。

簽署姓名

日期