ԼՈՍ ԱՆՋԵԼՈՍ ՔԱՈՒՆԹԻ – ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԲԱԺԱՆՄՈՒՆՔ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ԳՐԱՍԵՆՅԱԿ

Հաճախորդի Գաղտնի Տեղեկություն՝ Տեսեք Վելֆերի և Հիմնարկությունների Օրենսգիրքը Հատված 5328 (Welfare and Institutions Code Section 5328)

ՆՊԱՏԱՎՈՐՎՈՂԻ/ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ԲՈՂՈՔԻ ԿԱՄ ՀԱՅՑԻ ԵՎ ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎ

Կարող եք ԲՈՂՈՔ ներկայացնել որևէ ժամանակ:
Կարող եք մեկ ուրիշին լիազորել, որ գործի ձեր փոխարեն:

Իրավունք ունեք ՀԱՅՑ ներկայացնել Հիվանդների Իրավունքների Գրասենյակին կամ խնդրել ՆԱՀԱՆԳԱՅԻՆ ԱՐԴԱՐ ԼՍՈՒՄ, երբ Տեղական Հոգեկան Առողջության Ծրագիրը՝

1. **Մերժում կամ սահմանափակում է խնդրված ծառայության լիազորումը.**
2. **Նվազեցնում, առկախում կամ դադարեցնում է նախապես լիազորված ծառայությունը.**
3. **Մերժում է, լրիվ կամ մասնակի, վճարել մի ծառայության համար.**
4. **Փոփոխում է ծառայությունները կամ չի կարողանում դրանք մատակարարել ժամանակին.**
5. **Չի կարողանում սահմանված ժամկետներում լուծում ապահովել ստանդարդ բողոքների, լուծել ստանդարդ հայցերը, կամ լուծել արագացված հայցերը:**

Միայն Medi-Cal ստացող հաճախորդները, ովքեր լրացրել են MHP-ի Հայցի գործընթացը, կարող են Նահանգային Արդար Լսում խնդրել:

Բողոքը Կամ Հայցը Ներկայացնող Անձը

ԱԶԳԱՆՈՒՆ	ԱՆՈՒՆ	ՄԻՋՆԱՆՈՒՆ	ԾՆՆԴ. ԹԻՎ	MEDI-CAL #

ՀԱՍՑԵ	ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ	ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԿՈԴ	ՏԱՆ ՀԵՌԱԽՈՍ

Բողոքը Կամ Հայցը Ներկայացվել Է Ընդդեմ

ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅԱՆ/ՄԱՏԱԿԱՐԱՐԻ/ԾՐԱԳՐԻ ԱՆՈՒՆ	ՀԵՌԱԽՈՍ

ՀԱՍՑԵ	ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ	ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԿՈԴ

ՆՊԱՏԱՎՈՐՎՈՂԻ/ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ԲՈՂՈՔԻ ԿԱՄ ՀԱՅՑԻ ԵՎ ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎ (Շարունակություն)

Դուք խտրողության կամ որևէ այլ տույժի չեք ենթարկվի բողոք կամ հայց ներկայացնելու պատճառով: Ձեր գաղտնիությունը միշտ կպաշտպանվի Նահանգային և Դաշնակցային օրենքների համաձայն:

ԲՈՂՈՔԻ կամ ՀԱՅՑԻ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ՝ (Խնդրում ենք Բողոքի կամ Հայցի հետ ներկայացնել որևէ աջակից գրավոր փաստաթուղթ: Անհրաժեշտության դեպքում՝ օգտագործեք լրացուցիչ թերթեր:)

Հաճախորդի/Հաճախորդի Ներկայացուցչի Ստորագրություն

Թվական

Եթե ստորագրվել է հաճախորդի անձնական ներկայացուցչի կողմից, նշեք կապը և այդպես վարվելու լիազորությունը:

Խնդրում ենք էջ 3-ի և 4-ի վրա ընթերցել և ստորագրել Առողջական Տեղեկության Օգտագործման և Բացահայտման Ձևը, որը Լոս Անջելոս Քաունթիի Հոգևոր Առողջության Բաժանմունքի Հիվանդների Իրավունքների Գրասենյակին թույլ է տալիս քննել ձեր Բողոքը կամ Հայցը:

ՆՊԱՏԱՎՈՐՎՈՂԻ/ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ԲՈՂՈՔԻ ԿԱՄ ՀԱՅՑԻ ԵՎ ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎ (Շարունակություն)

ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆԸ ՕԳՏԱԳՈՐԾԵԼՈՒ ԵՎ ԲԱՑԱՀԱՅՏԵԼՈՒ ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅՈՒՆ՝

Եթե ստորագրեք այս փաստաթուղթը, դուք Լոս Անջելոս Քաունթիի Հոգևոր Առողջության Բաժանմունքի Հիվանդների Իրավունքների Գրասենյակին թույլ կտաք քննել ձեր Բողոքը կամ Հայցը: Այս Լիազորությունը ձեզ առողջական խնամք մատակարարողներին թույլ կտա հետևյալ տեղեկությունները բացահայտել Լոս Անջելոս Քաունթիի Հոգևոր Առողջության Բաժանմունքի Հիվանդների Իրավունքների Գրասենյակին, որպեսզի քննեն ձեր Բողոքը կամ Հայցը՝

- **Ձեր անցած և ընթացիկ բժշկական արձանագրությունները. և**
- **Այլ տեղեկություններ, որոնք առնչված են ձեր բողոքի կամ հայցի և/կամ մերժումի կամ իրավունքների հետ:**

Ժամկետանցման Թվական՝

Այս Լիազորությունը կժամկետանցվի ձեր Բողոքի կամ Հայցի լուծման թվականին:

Այս Լիազորության Վերաբերվող Ձեր Իրավունքները՝

Եթե համաձայնվեք ստորագրել այս Լիազորությունը, ձեզ պետք է ներկայացվի այս ձևի ստորագրված օրինակը:

Դուք պարտավոր չեք ստորագրել այս լիազորությունը, և ձեր մերժումը չի ազդի բուժում ստանալու ձեր հնարավորությանը:

Դուք ձեր առողջական տեղեկությունների օգտագործումը և բաժանումը թույլատրող այս Լիազորությունը կարող եք ետ կոչել կամ ջնջել որևէ ժամանակ, Լոս Անջելոս Քաունթիի Հոգևոր Առողջության Բաժանմունքին գրավոր իմացնելով: Դուք պետք է ստորագրեք ձեր ետ կոչման խնդրանքը և փոստով ուղարկեք կամ հանձնեք՝

County of Los Angeles – Department of Mental Health
Patients' Rights Office
550 South Vermont Avenue
Los Angeles, CA 90020

Եթե այս Լիազորությունը ետ կոչեք, մենք դեռևս կօգտագործենք և կբաժանենք ձեր առողջական այն տեղեկությունները, որոնք արդեն ձեռք էին բերվել այս Լիազորության վրա հիմնվելուց առաջ առկա պատճառներով:

ՆՊԱՏԱՎՈՐՎՈՂԻ/ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ԲՈՂՈՔԻ ԿԱՄ ՀԱՅՑԻ ԵՎ ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎ (Շարունակություն)

Լիազորության Վավերացում՝ Այս ձևը ստորագրելով, ես լիազորում եմ իմ վերևը նկարագրված առողջական տեղեկության օգտագործումն ու բացահայտումը: Ես հասկանում եմ, որ այս լիազորությունը ստորագրելու հետևանքով իմ առողջական տեղեկության օգտագործումը կամ բացահայտումը չի կարելի լրացուցիչ կերպով օգտագործել կամ բացահայտել, բացի եթե մի ուրիշ լիազորություն է ստացվել իմ կողմից կամ այդպիսի օգտագործումը կամ բացահայտումը հատկապես թույլատրվում կամ պահանջվում է օրենքով:

_____ _____

Հաճախորդի/Հաճախորդի Ներկայացուցչի Ստորագրություն Թվական

_____

Եթե ստորագրվել է հաճախորդի անձնական ներկայացուցչի կողմից, նշեք կապը և այդպես վարվելու լիազորությունը:

ԻՐԱՎՈՒՆՔ ՈՒՆԵՔ ԱՆՎՃԱՐ ԼԵԶՎԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅԱՆ:

ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ ՀԵՌԱԽՈՍԵՔ ՀԻՎԱՆԴԻ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ԳՐԱՍԵՆՅԱԿ՝

ՈՉ-ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ԲՈՂՈՔՆԵՐ/ՀԱՅՑԵՐ- (213) 738-494
ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ԲՈՂՈՔՆԵՐ/ՀԱՅՑԵՐ- (800) 700-9996 ԿԱՄ (213) 738-4888

- Լրացրե՞լ եք ձևի վրա խնդրված տեղեկությունները:
- Նշե՞լ եք ձեր հեռախոսահամարը և հասցեն, որտեղ կարող ենք կապ հաստատել ձեզ հետ:
- Ստորագրե՞լ եք էջ 2-ի Բողոքի կամ Հայցի հատվածը ինչպես նաև այս էջի Լիազորության հատվածը:

Խնդրում ենք փոստով ուղարկել՝

County of Los Angeles – Department of Mental Health
Patients' Rights Office
550 South Vermont Avenue
Los Angeles, CA 90020

Խնդրում ենք չմոռանալ նամականիշը: