

Chấp Thuận Dịch Vụ Chuyên Chở An Toàn

Lần cập nhật gần nhất: Tháng 12 năm 2024



CareOregon cung cấp dịch vụ chuyên chở an toàn cho các hội viên đang không phải thi hành lệnh của toà án hoặc đang không bị giam giữ. Có các trường hợp ngoại lệ dành cho người lớn đang gặp khủng hoảng, trẻ vị thành niên và đối với các chuyến đi tới một số địa điểm nhất định. Quý vị phải tuân thủ các quy tắc đã đặt ra.

Hội viên hoặc người giám hộ phải cho phép thực hiện dịch vụ chuyên chở an toàn. Sự cho phép này phải ở dạng văn bản và gửi cho nhà cung cấp dịch vụ chuyên chở trước chuyến đi.

Thông tin hội viên

Tên hội viên (bệnh nhân): _____

Số ID Medicaid của Hội Viên: _____

Tên của người giám hộ (nếu có): _____

Số điện thoại của hội viên (hoặc người giám hộ): _____

Chi tiết

(Các) lý do/hoàn cảnh yêu cầu dịch vụ chuyên chở an toàn: _____

Tên và danh xưng của người ủy quyền dịch vụ chuyên chở an toàn: _____

(Các) ngày thực hiện dịch vụ chuyên chở an toàn: _____

Địa chỉ điểm khởi hành: _____

Địa chỉ điểm đến: _____

Tên và số điện thoại của bên tiếp nhận hội viên: _____

Tình trạng

Tôi hiểu chuyên chở an toàn là dịch vụ cần thiết. Bác sĩ, phụ huynh, người giám hộ hoặc người khác chịu trách nhiệm đối với tôi đã đồng ý. Tôi đã biết về cách thức hoạt động của dịch vụ chuyên chở an toàn. Tôi hiểu các nguy cơ có thể xảy ra.

Nguy cơ

Tôi hiểu rằng dịch vụ chuyên chở và việc đi lại đều tiềm ẩn nguy cơ. Ví dụ về những nguy cơ này có thể bao gồm thiết bị y tế không hoạt động hoặc xảy ra vấn đề với phương tiện. Nguy cơ khác có thể xảy ra là tai nạn, thời tiết xấu, sai sót của tài xế hoặc những thứ ngoài tầm kiểm soát của đội ngũ chuyên chở. Tình trạng của tôi có thể trở nặng trong quá trình di chuyển, hoặc tôi có thể gặp gián đoạn trong dịch vụ chăm sóc y tế. Tôi hiểu đội ngũ có thể không đủ khả năng khắc phục các vấn đề nằm ngoài dự kiến.

Cho phép

Tôi hiểu tình trạng của mình và các nguy cơ. Tôi đồng ý với bác sĩ và/hoặc phụ huynh hoặc người giám hộ rằng tôi cần dịch vụ chuyên chở an toàn. Tôi cho phép thực hiện dịch vụ chuyên chở trong một phương tiện an toàn chỉ riêng vào các ngày đã nêu ở phần trên. Tôi hiểu công ty chuyên chở không còn chịu trách nhiệm đối với tôi sau khi tới điểm đến.

Chữ ký

Tôi đã đọc kỹ biểu mẫu này và hiểu những điều sau đây:

- Tôi đã được bác sĩ và cơ sở cho biết về dịch vụ chuyên chở. Điều này bao gồm nguy cơ, lợi ích và các phương án khác.
- Tôi đã có cơ hội hỏi tất cả những điều mà tôi thắc mắc. Tôi đã hiểu lời giải đáp cho các thắc mắc đó.
- Tôi đang tự nguyện chấp thuận dịch vụ chuyên chở. Tôi không bị ép buộc.
- Tôi có thể đưa ra quyết định và có quyền đưa ra ý kiến chấp thuận nhận dịch vụ.
- Tôi có thể thay đổi ý kiến và rút lại sự chấp thuận bất cứ lúc nào.
- Việc thay đổi ý kiến sẽ không ngăn cản tôi tiếp nhận các chuyến đi trong tương lai.
- Công ty chuyên chở sẽ cung cấp cho tôi thông tin bằng văn bản về quy tắc của họ nếu tôi yêu cầu.

Chữ ký: _____

Mối quan hệ với hội viên,
nếu người ký tên không phải là hội viên: _____

Chữ ký của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe: _____

Tên của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe: _____

Ngày: _____