

Quyền Tự do Lựa chọn của Thành viên (Tiếp tục)

Mục III: Quyền của Người đăng ký & Báo cáo	
Nhân viên Hỗ trợ Tổng hợp của tôi đã giúp tôi biết những dịch vụ miễn nào có sẵn và cung cấp tài liệu cho tôi xem xét.	
Tên viết tắt của Thành viên/Người giám hộ Hợp pháp hoặc Người trông coi:	Ngày:

Nhân viên Hỗ trợ Tổng hợp của tôi đã cung cấp cho tôi một bản sao Sổ tay Thành viên CSOC của Louisiana, trong đó bao gồm các thông tin quan trọng như quyền và trách nhiệm của tôi, cách tìm nhà cung cấp và cách nộp đơn kháng nghị và khiếu nại.	
Tên viết tắt của Thành viên/Người giám hộ Hợp pháp hoặc Người trông coi:	Ngày:

Nhân viên Hỗ trợ Tổng hợp của tôi đã giúp tôi biết cách báo cáo những người bị nghi ngờ lạm dụng, bỏ rơi, tống tiền, bóc lột và cái chết của người lớn và trẻ em cũng như quyền không bị kiểm giữ, tách riêng và bị tổn hại, đồng thời cung cấp tài liệu để tôi xem xét.	
Tên viết tắt của Thành viên/Người giám hộ Hợp pháp hoặc Người trông coi:	Ngày:

Phần IV: Tiết lộ Thông tin	
Tôi cho phép tiết lộ bất kỳ và tất cả thông tin liên quan đến đơn đăng ký dịch vụ của tôi, có thể thuộc quyền sở hữu của Wraparound Agency (WAA), cho Magellan Health Services of Louisiana. Việc tiết lộ thông tin bao gồm, nhưng không chỉ gồm, Kế hoạch Chăm sóc cá nhân của tôi, ghi chú tiến trình, báo cáo/đánh giá của bác sĩ, báo cáo/đánh giá tâm lý, đánh giá y tế/xã hội/giáo dục, bao gồm cả những đánh giá do trường học, cơ quan và hoặc tổ chức khác cung cấp, bao gồm tất cả thông tin của bên thứ ba có thể thuộc quyền sở hữu của DHH. Trong trường hợp mẫu đơn này được Sở Dịch vụ Gia đình và Trẻ em (DCFS) ký, thông tin tiết lộ sẽ được bảo mật theo luật tiểu bang và liên bang, bao gồm nhưng không chỉ gồm Quy chế Sửa đổi 46:56 của Louisiana. Việc sử dụng thông tin này sẽ được giới hạn cho mục đích cung cấp các dịch vụ sức khỏe hành vi cho trẻ em được nêu tên ở trên.	
Chữ ký của Thành viên/Người giám hộ Hợp pháp hoặc Người trông coi	Ngày
Mối quan hệ với Người nhận Dịch vụ:	

(Mẫu đơn FOC sửa đổi 2/26/2020)