



**参加协议**

我, \_\_\_\_\_, 特此确认我同意参加 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 提供的药物滥用疾患 (SUD) 治疗服务

我明确承认, 我受理时提供的所有信息均属实, 并确认我目前没有参加任何其他药物滥用疾患 (SUD) 计划。

- **Medi-Cal 的资格要求提供所提供服务的全额付款。**
- 如果我**没有**资格享受 Medi-Cal, 我同意支付该计划提供的门诊/强化门诊服务的费用, 直到费用全部付清。

*服务单位表*

就诊率	服务单位	收费
门诊治疗	15 分钟增量	\$
强化门诊治疗	15 分钟增量	\$

*服务单位：如上表所示, 在日历日进行门诊治疗或强化门诊治疗的联系。*

- 如果我需要支付费用, 则付款日期为: \_\_\_\_\_ [付款日期]
- 如果我多付了费用, 那么多付的款项将退还给我。

**退款政策：**

由于客户费用多付而导致的客户费用退款请求由药物滥用疾患和康复服务管理局发起。这些请求将提交给应付账款部门进行处理。

**私人支付政策：**

行为健康部使用确定支付能力的统一方法 (UMDAP) 来计算您的私人支付的滑动费用。

**服务包括：**

- 受理
- 个人和/或团体心理辅导
- 患者教育
- 家庭治疗
- 医疗服务
- 附加服务
- 危机干预服务 (必要时)

- 治疗规划
- 出院服务
- 护理协调
- 随机药物检测
- 与推荐来源合作

### **保密：**

我已获悉，只有获得授权的项目人员才能查看我的档案，并且其中包含的任何记录、声明或数据不得用于起诉、指控或以其他方式侵犯我的公民权利。向第三方披露我的受保护健康信息（PHI）需要我签署 DBH 受保护健康信息发布授权书(COM001)，除非披露符合下列例外情况之一。这确保我的记录的保密，符合《联邦法规》第 42 篇第 2 部分的规定。

### **保密例外 — 我理解该计划可能出于以下目的分享我的信息：**

1. 发生真正医疗紧急情况时向医疗专业人员寻求帮助；
2. 举报口译的凶杀、自杀、虐待老人或虐待儿童的情况；
3. 举报客户在计划场所内或针对计划人员的犯罪行为；
4. 在对该计划进行合格审计或评估期间；
5. 适当审查和审核研究请求；
6. 向与该计划有正式协议的合格服务组织，或
7. 响应授权发布我的记录的法院命令。

### **复发政策：**

我认识到复发可能是治疗过程的一部分。如果我因无法停止吸毒或酗酒而开始难以达到计划内的个性化治疗目标，我可能会得到以下机会：

1. 如果我能成功完成戒断管理或更高级别的护理计划，则返回该计划来完成计划；
2. 与计划工作人员合作，通过使用临时转诊到更密集的治疗来确保我在当前项目的成功（如有指示）；
3. 只要酒精和药物心理辅导师的评估表明我有足够的动力保持不喝酒和不吸毒，就可以使用干预方法，和/或
4. 如果符合我的最佳利益并且得到计划经理/诊所主管的批准，酒精和药物心理辅导师可以随时将我转介给更高级别的护理。

### **复发的后果：**

复发可能造成的后果包括但不限于：

- 签订一份合同；
- 给同僚写一封道歉信；
- 在每组面前接受药物测试；

- 完成社区服务；
- 被移交至缓刑部门；
- 被转介至更高级别的护理机构，**和/或**
- 可能被监禁。

我承认，在参加该计划期间，我已经获悉复发和/或使用酒精/非法药物的后果\_\_\_\_\_（客户姓名首字母）。

**在酒精或毒品影响下就诊的后果：**

我承认在酒精或毒品影响下接受治疗可能造成以下后果：

- 脱离团体并接受心理辅导员的干预；
- 我可能会被要求离开该场所；
- 如果我开车，我的钥匙将被没收，但我可以叫车；
- 如果我酒后驾车，**就会有人报警**；
- 我可能会被转介到戒毒中心或更高级别的护理机构，**和/或**
- 可能被监禁。

**我可能会因以下原因被终止参与计划：**

1. 经常迟到或错过约诊；
2. 不按要求参加个人和团体酒精和药物心理辅导；
3. 不遵守治疗计划中概述的心理辅导治疗；
4. 不按照计划指南支付治疗费用，并且
5. 不遵守计划规则。

**违反以下规定将导致终止参与计划：**

我承认违反任何以下规则都将导致**立即终止**参与该计划：

1. 任何形式的暴力、人身虐待或破坏财产；
2. 在接受计划服务时使用口头或辱骂性语言；
3. 在场所内持有毒品或酒精饮料；
4. 我被禁止在该处所内或周围贩卖或使用毒品/酒精；

5. 长期不去诊所就诊，包括一个月内连续三次无故缺勤；
6. 在停车场或者建筑物内游荡；
7. 盗窃，包括诊所或诊所工作人员的财产；
8. 暴力或破坏性行为的威胁，以及
9. 根据刑法第 171(b)条，携带任何武器进入或靠近计划场地都将导致逮捕。

**申诉程序：**

针对药物滥用疾患服务的申诉/投诉可发送至：

- Department of Behavioral Health, ACCESS Unit  
303 E. Vanderbilt Way, 3rd Floor, San Bernardino, CA 92418-0026  
(888) 743-1478 或 (909) 386-8256, [TDD] 711 传真 (909) 890-0353, 或
- 加州健保服务部  
牌照管理及认证科  
P.O. Box 997413, MS 2601  
Sacramento, CA 95899-7413  
免费电话 (877) 685-8333  
传真：(916) 440-5094  
电子邮件：sudcomplaints@dhcs.ca.gov
- SUD合规事业部，公众电话号：(916) 322-2911，免费电话号码：(877) 685-8333

我承认我有权享受优质服务，并且不会因种族、民族血统、性取向、性别、年龄、宗教、残疾或支付能力而受到歧视。

我已收到参加协议的副本 \_\_\_\_\_ (姓名首字母)

\_\_\_\_\_  
客户签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
见证人签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
员工签名

\_\_\_\_\_  
日期