



THỎA THUẬN THAM GIA

Tôi, _____, xin xác nhận sự đồng ý của tôi đối với việc ghi danh tham gia chương trình Rối Loạn Sử Dụng Chất Gây Nghiện (Substance Use Disorder, hoặc SUD)

_____ Dịch vụ điều trị được cung cấp bởi _____

Tôi xác nhận rõ ràng rằng mọi thông tin tôi cung cấp khi đăng ký tham gia đều đúng sự thật theo hiểu biết của tôi và xác nhận rằng tôi hiện không ghi danh bất kỳ chương trình Rối Loạn Sử Dụng Chất Gây Nghiện (Substance Use Disorder, hoặc SUD) nào khác.

- **Đủ điều kiện hưởng Medi-Cal là thanh toán đầy đủ cho các dịch vụ được cung cấp.**
- Nếu tôi **không** đủ điều kiện hưởng Medi-Cal, tôi đồng ý gửi thanh toán cho các dịch vụ ngoại trú/ngoại trú chuyên sâu do chương trình này cung cấp cho đến khi thanh toán đầy đủ phí.

Bảng Đơn Vị Dịch Vụ

Mức Giá Mỗi Lần Gặp	Đơn Vị Dịch Vụ	Mức Giá
Điều Trị Ngoại Trú	Tăng dần 15 phút	\$
Điều Trị Ngoại Trú Chuyên Sâu	Tăng dần 15 phút	\$

Đơn vị dịch vụ: liên hệ vào ngày dương lịch để Điều Trị Ngoại Trú hoặc Điều Trị Ngoại Trú Chuyên Sâu như được xác định trong bảng trên.

- Nếu tôi phải trả phí, ngày đến hạn thanh toán sẽ là: _____ [ngày thanh toán]
- Nếu tôi thanh toán vượt mức, tôi sẽ được hoàn lại số tiền đã thanh toán vượt quá.

CHÍNH SÁCH HOÀN TIỀN:

Yêu cầu hoàn lại phí cho khách hàng do thanh toán vượt mức sẽ được khởi xướng bởi Cơ Quan Quản Lý Dịch Vụ Phục Hồi Và Rối Loạn Sử Dụng Chất Gây Nghiện. Những yêu cầu này sẽ được gửi đến Bộ Phận Kế Toán Thanh Toán (Accounts Payable) để xử lý.

CHÍNH SÁCH THANH TOÁN TƯ NHÂN:

Sở Sức Khỏe Hành Vi sử dụng Phương Pháp Thống Nhất Để Xác Định Khả Năng Chi Trả (Uniform Method of Determining Ability to Pay, hoặc UMDAP) để tính Phí Theo Thang Trượt cho dịch vụ tư nhân.

DỊCH VỤ BAO GỒM:

- Tiếp nhận
- Tư Vấn Cá Nhân Và/Hoặc Nhóm
- Giáo Dục Bệnh Nhân
- Liệu Pháp Gia Đình
- Dịch Vụ Thuốc Men
- Dịch Vụ Thế Cháp
- Dịch Vụ Can Thiệp Khủng Hoảng (khi cần thiết)
- Kế Hoạch Điều Trị
- Dịch Vụ Xuất Viện
- Phối Hợp Chăm Sóc

- Kiểm Tra Ma Túy Ngẫu Nhiên
- Hợp Tác Với Nguồn Giới Thiệu

BẢO MẬT:

Tôi đã được thông báo rằng chỉ có nhân viên chương trình được ủy quyền mới có quyền truy cập vào hồ sơ của tôi và không có hồ sơ, tuyên bố hoặc dữ liệu nào trong đó được sử dụng để truy tố, buộc tội hoặc xâm phạm Quyền Công Dân của tôi. Việc tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ (protected health information, hoặc PHI) của tôi cho bên thứ ba yêu cầu tôi phải ký DBH **Giấy Ủy Quyền Công Bố Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ** (COM001) trừ khi việc tiết lộ đáp ứng một trong những trường hợp ngoại lệ được liệt kê bên dưới. Điều này đảm bảo tính bảo mật của hồ sơ của tôi theo quy định của Bộ luật Liên bang, Mục 42, Phần 2.

Ngại lộ về tính bảo mật - Tôi hiểu rằng chương trình **có thể được yêu cầu** chia sẻ thông tin của tôi cho các mục đích sau:

1. Trong trường hợp khẩn cấp về y tế thực sự cần đến sự trợ giúp của chuyên gia y tế;
2. Báo cáo nghi ngờ giết người, tự tử, ngược đãi người già hoặc ngược đãi trẻ em;
3. Báo cáo tội phạm của khách hàng tại cơ sở chương trình hoặc chống lại nhân viên chương trình;
4. Trong quá trình kiểm toán đủ điều kiện hoặc đánh giá chương trình;
5. Các yêu cầu nghiên cứu được xem xét và thẩm định phù hợp;
6. Đến một Tổ Chức Dịch Vụ Đủ Điều Kiện có thỏa thuận chính thức với chương trình, hoặc
7. Đáp lại lệnh của tòa án cho phép công bố hồ sơ của tôi.

CHÍNH SÁCH TÁI NGHIỆN:

Tôi nhận ra rằng tái nghiện có thể là một phần của quá trình điều trị. Nếu tôi bắt đầu gặp khó khăn trong việc đạt được các mục tiêu điều trị cá nhân trong chương trình vì không thể ngừng sử dụng ma túy hoặc rượu, tôi có thể được trao cơ hội:

1. Quay lại chương trình để hoàn thành nếu tôi có thể hoàn thành thành công chương trình quản lý cai nghiện hoặc chương trình chăm sóc ở cấp độ cao hơn;
2. Làm việc với nhân viên chương trình để đảm bảo tôi thành công tại chương trình hiện tại thông qua việc chuyển tuyến tạm thời đến phương pháp điều trị chuyên sâu hơn khi cần thiết;
3. Sử dụng các phương pháp can thiệp miễn là đánh giá của cố vấn về rượu và ma túy cho thấy tôi đang thể hiện động lực đủ để không sử dụng rượu và ma túy, **và/hoặc**
4. Chuyên gia tư vấn về rượu và ma túy có thể giới thiệu tôi đến một cấp độ chăm sóc cao hơn bất kỳ lúc nào, nếu điều đó vì lợi ích tốt nhất của tôi và được Quản Lý Chương Trình/Giám Sát Phòng Khám chấp thuận.

HẬU QUẢ CỦA VIỆC TÁI NGHIỆN:

Ví dụ về những hậu quả có thể xảy ra khi tái nghiện bao gồm nhưng không giới hạn ở:

- Phải ký giao kèo;
- Viết thư xin lỗi đồng nghiệp;
- Phải xét nghiệm ma túy trước mỗi nhóm;
- Hoàn thành dịch vụ cộng đồng;
- Giới thiệu đến Sở Quản Chế;
- Giới thiệu đến một cấp độ chăm sóc cao hơn, **và/hoặc**
- Có thể bị bỏ tù.

Tôi xác nhận rằng tôi đã được thông báo về hậu quả của việc tái nghiện và/hoặc sử dụng rượu/ma túy bất hợp pháp trong thời gian tham gia chương trình _____ (Tên viết tắt của khách hàng).

HẬU QUẢ CỦA VIỆC THAM DỰ DƯỚI SỰ ẢNH HƯỞNG:

Tôi thừa nhận những ví dụ sau đây về những hậu quả có thể xảy ra khi tham gia điều trị dưới sự ảnh hưởng:

- Bị tách khỏi nhóm và có sự can thiệp của chuyên gia tư vấn;
- Tôi có thể bị yêu cầu rời khỏi cơ sở;
- Nếu tôi lái xe, chìa khóa của tôi sẽ bị tịch thu nhưng tôi vẫn được phép gọi xe đi nhờ;
- Nếu tôi lái xe đi dưới sự ảnh hưởng, cảnh sát **sẽ được** gọi đến;
- Tôi có thể được giới thiệu đến trung tâm cai nghiện hoặc cấp độ chăm sóc cao hơn, **và/hoặc**
- Có thể bị bỏ tù.

TÔI CÓ THỂ BI CHẤM DỨT KHỎI CHƯƠNG TRÌNH VÌ:

1. Thường xuyên đến muộn hoặc lờ hện;
2. Không tham gia tư vấn cá nhân và tư vấn nhóm về rượu và ma túy theo yêu cầu;
3. Không tuân thủ liệu pháp tư vấn như đã nêu trong kế hoạch điều trị của tôi;
4. Không trả phí điều trị theo hướng dẫn của chương trình và
5. Không tuân thủ quy định của chương trình.

CÁC VI PHẠM SẼ DẪN ĐẾN VIỆC CHẤM DỨT:

Tôi thừa nhận rằng việc vi phạm bất kỳ quy tắc nào trong số những quy tắc này sẽ là nguyên nhân dẫn đến việc **chấm dứt ngay lập tức** khỏi chương trình:

1. Bất kỳ hình thức bạo lực, lạm dụng thể xác hoặc phá hoại tài sản nào;
2. Lời nói hoặc ngôn ngữ lăng mạ khi nhận dịch vụ tại chương trình;
3. Sở hữu ma túy hoặc đồ uống có cồn tại cơ sở;
4. Tôi bị cấm buôn bán hoặc sử dụng ma túy/rượu trong hoặc xung quanh khuôn viên;
5. Không đến phòng khám liên tục; bao gồm ba lần vắng mặt liên tiếp không có lý do trong vòng một tháng;
6. Lãng vãng ở bãi đậu xe hoặc trong tòa nhà;
7. Trộm cắp, bao gồm tài sản của phòng khám hoặc nhân viên phòng khám;
8. Các mối đe dọa bạo lực hoặc hành vi phá hoại, và
9. Mang bất kỳ loại vũ khí nào vào hoặc gần chương trình sẽ bị bắt giữ theo Điều 171(b) của Bộ luật Hình sự.

THỦ TỤC THAN PHIÊN:

Than Phiên/Khiếu Nại về Dịch Vụ Rối Loạn Sử Dụng Chất Gây Nghiện có thể được gửi tới:

- Sở Sức khỏe Hành vi, Đơn vị ACCESS (Department of Behavioral Health, ACCESS Unit)
303 E. Vanderbilt Way, 3rd Floor, San Bernardino, CA 92418-0026
(888) 743-1478 hoặc (909) 386-8256, [TDD] 711 Fax (909) 890-0353, or
- Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe (Department Of Health Care Services)
Ban Cấp Phép Và Chứng Nhận (Licensing And Certification Division)
P.O. Box 997413, MS 2601
Sacramento, CA 95899-7413
Miễn cước (877) 685-8333
Fax: (916) 440-5094
E-mail: sudcomplaints@dhcs.ca.gov

- Ban Tuân Thủ SUD (SUD Compliance Division), Số Công Khai: (916) 322-2911, Số điện thoại miễn cước: (877) 685-8333

Tôi thừa nhận rằng tôi có quyền được hưởng các dịch vụ chất lượng và tôi sẽ không bị phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, nguồn gốc dân tộc, khuynh hướng tình dục, giới tính, tuổi tác, tôn giáo, khuyết tật hoặc khả năng chi trả của tôi.

Tôi đã nhận được một bản sao của Thỏa thuận Đăng ký Tham Gia _____ (Tên viết tắt)

Chữ Ký Của Khách Hàng

Ngày

Chữ Ký Của Người Làm Chứng

Ngày

Chữ Ký Của Nhân Viên

Ngày