

# Haven Health

## XÁC NHẬN CỦA BỆNH NHÂN

Tên bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

<b>THÔNG TIN QUAN TRỌNG ĐƯỢC GIẢI THÍCH CHO BỆNH NHÂN/GIA ĐÌNH/NGƯỜI CHĂM SÓC:</b>	
1. Quyền tự do lựa chọn của bệnh nhân khi chọn cơ quan chăm sóc an dưỡng cuối đời.	
2. Bệnh trạng/kế hoạch chăm sóc/các mục tiêu của bệnh nhân và độ liên quan tới bệnh trạng của bệnh nhân.	
3. Quyền của bệnh nhân được tham gia vào Kế hoạch Chăm sóc/điều trị và được thông báo về những thay đổi.	
4. Bệnh nhân/Người chăm sóc phải học và tham gia chăm sóc phù hợp với khả năng.	
5. Tiến triển bệnh, chế độ thuốc men và tiết thực.	
6. Văn bản thông báo về quyền và trách nhiệm của bệnh nhân, giấy thỏa thuận, giấy chuyển nhượng phúc lợi, thủ tục khiếu nại của bệnh nhân, hướng dẫn về chăm sóc bệnh nhân, chăm sóc cấp cứu và chính sách không phân biệt đối xử.	
7. Ý nguyện Phòng khi Hữu sự. <b>Bệnh nhân đã lập Bản Ý nguyện Phòng khi Hữu sự hay chưa?</b> <input type="checkbox"/> <b>ĐÃ</b> <input type="checkbox"/> <b>CHƯA</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Được trao các văn bản tài liệu về quyền chấp thuận hoặc từ chối điều trị y tế.</li><li>Được thông báo về quyền lập Bản Ý nguyện Phòng khi Hữu sự.</li><li>Bệnh nhân không buộc phải có Bản Ý nguyện Phòng khi Hữu sự để được điều trị bởi cơ sở chăm sóc sức khỏe này.</li><li>Các điều khoản trong bất kỳ Bản Ý nguyện Phòng khi Hữu sự nào đã lập sẽ được cơ quan này và những người chăm sóc tuân theo trong giới hạn pháp luật cho phép.</li></ul>	
8. Kế hoạch thăm viếng bao gồm nội quy và mật độ thăm viếng.	
9. Việc bảo mật và tiết lộ bệnh án lâm sàng.	
10. Sự an toàn căn bản trong nhà, việc kiểm soát nhiễm trùng, kế hoạch ứng phó tai họa.	
11. Trách nhiệm của bệnh nhân về việc thanh toán và quyền được biết về mọi thay đổi.	
12. Mục đích và số đường dây nóng miễn phí về chương trình Chăm sóc An dưỡng Cuối đời của tiểu bang.	
13. Cách nộp đơn khiếu nại với cơ quan và quyền được khiếu nại mà không sợ bị trả thù.	
14. Bệnh nhân và gia đình hiểu rằng chương trình chăm sóc an dưỡng cuối đời sẽ cung cấp thiết bị. Bệnh nhân/Gia đình hiểu và đồng ý trả lại tất cả các thiết bị sau khi dịch vụ chăm sóc an dưỡng cuối đời chấm dứt. Gia đình sẽ bị gửi hóa đơn thanh toán cho bất kỳ thiết bị nào không được trả lại.	
15. Lập kế hoạch khi rời chương trình.	
16. Mã ưu tiên của Kế hoạch Ứng phó Tai họa Khẩn cấp:	(Đánh dấu loại ưu tiên)
Các hệ thống hỗ trợ thiếu tin cậy và không ổn định và/hoặc đang được trị liệu bằng ô-xy, truyền dịch hoặc thở máy (Ưu tiên 1)	<input type="checkbox"/> 1
Các hệ thống hỗ trợ tại chỗ cần sự can thiệp thường xuyên của cơ quan (Ưu tiên 2)	<input type="checkbox"/> 2
Có hệ thống hỗ trợ tốt, có người chăm sóc hiệu quả (Ưu tiên 3)	<input type="checkbox"/> 3

Tôi đã nhận được những thông tin sau đây và đã có cơ hội nêu các thắc mắc.

Chữ ký bệnh nhân/người chăm sóc: \_\_\_\_\_

Tôi ký xác nhận rằng tôi đã giải thích và để lại tại nhà bệnh nhân bản sao những tài liệu nêu trên.

Chữ ký/Chức vụ nhân viên: \_\_\_\_\_

# Haven Health

## Tiết lộ thông tin và đồng ý được điều trị

Tên bệnh nhân: (Họ, chữ lót, tên) \_\_\_\_\_ Số an sinh xã hội: \_\_\_\_\_

### 1. ĐẠO LUẬT QUYỀN TỰ QUYẾT ĐỊNH CỦA BỆNH NHÂN VÀ TUYÊN NGÔN NHÂN QUYỀN

Tôi đã nhận văn bản tuyên bố về những quyền của tôi với tư cách là bệnh nhân của Haven Health. Tôi hiểu về những quyền của mình, vì tôi đã được giải thích về những quyền này và các thắc mắc của tôi đã được giải đáp. Tôi đã nhận được qua văn bản và khẩu ngữ các thông tin về Bản Ý nguyện Phòng khi Hữu sự, chính sách của công ty, luật lệ tiểu bang hiện hành, các quyền của tôi theo luật tiểu bang, số điện thoại đường dây nóng của tiểu bang và những thông tin cần thiết khác để quyết định về các ý nguyện phòng khi hữu sự và sự chăm sóc của mình theo Đạo luật Quyền Tự Quyết định của Bệnh nhân ban hành năm 1990.

### 2. TIẾT LỘ THÔNG TIN

Tôi đồng ý để Bác sĩ, Chuyên viên Chăm sóc Sức khỏe có Bằng Hành nghề, hoặc Cơ sở Chăm sóc Sức khỏe của tôi tiết lộ thông tin, và đồng ý cho phép những nhân vật nói trên tiết lộ bệnh án của tôi mà họ đang lưu giữ cho Haven Health. Tôi đồng ý cho phép Haven Health hoặc đại diện của họ tiết lộ thông tin cho các đại diện của các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác có dự phần vào việc chăm sóc của tôi, những đại diện của Liên bang, Tiểu bang và Hội đồng JCAHO. Tôi cũng ủy quyền việc tiết lộ thông tin cho những đối tác thanh toán thứ ba nhằm bảo đảm liên tục điều trị, truyền đạt trọn vẹn thông tin tới (các) bác sĩ và cơ quan giới thiệu của tôi, và thanh toán thỏa đáng cho các dịch vụ.

### 3. ĐỒNG Ý ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ

Tôi tự nguyện đồng ý để Haven Health điều trị cho mình theo kế hoạch điều trị y tế đã được bác sĩ của tôi ủy quyền. Tôi hiểu rằng nếu tôi ở trong tình trạng cần những dịch vụ mà Haven Health không có, thì người đại diện hợp pháp của tôi, Bác sĩ của tôi hoặc chính tôi phải thu xếp những dịch vụ đó. Haven Health sẽ giúp tôi tìm những dịch vụ đó, nhưng sẽ không chịu trách nhiệm vì không cung cấp những dịch vụ giống như vậy, và do đó, sẽ không bị ràng buộc với bất kỳ và hết thảy trách nhiệm pháp lý nào phát sinh từ chuyện tôi không được cung cấp sự chăm sóc bổ sung ấy. Trong trường hợp nhân viên chăm sóc sức khỏe bị tiếp xúc với máu hoặc dịch cơ thể của tôi. Tôi cho phép để máu của tôi được xét nghiệm về các bệnh truyền nhiễm như HIV và viêm gan. Tôi hiểu rằng nhân viên bị tiếp xúc sẽ được thông báo về các kết quả xét nghiệm. Tôi hiểu rằng tôi sẽ không bị gởi hóa đơn cho bất kỳ chi phí xét nghiệm được phát sinh nào, nếu có nhân viên bị tiếp xúc với máu của tôi.

### 4. ỦY QUYỀN THANH TOÁN VÀ CHUYỂN NHƯỢNG PHÚC LỢI.

Theo đây, tôi ủy quyền cho công ty bảo hiểm của tôi thanh toán trực tiếp cho Haven Health bất kỳ và tất cả các dịch vụ được chấp thuận mà đã được cung cấp. Xét rằng Haven Health thỏa thuận không thu hồi trương mục của tôi trong một khoảng thời gian hợp lý, tôi nhượng lại cho Haven Health hoặc đại diện hợp pháp của cơ quan tất cả các quyền của tôi, kể cả quyền thay mặt tôi dùng tên tôi, theo hợp đồng bảo hiểm số (Bảo hiểm số)

---

được phát hành bởi (tên công ty bảo hiểm) \_\_\_\_\_ để thu lại các chi phí cho những dịch vụ Haven Health đã cung cấp. Việc nhượng quyền này sẽ không hủy bỏ hoặc giảm bớt trách nhiệm tôi phải thanh toán cho Haven Health toàn bộ chi phí của các dịch vụ đã được cung cấp, nhưng tôi sẽ nhận được khoản tín dụng cho tất cả các khoản tiền thu được theo thỏa thuận này. Nếu tôi ghi danh vào một chương trình bảo hiểm khác, thì tôi có trách nhiệm thông báo cho Haven Health. Nếu không, tôi sẽ chịu trách nhiệm chuyện thanh toán. Tôi hiểu rằng công ty bảo hiểm của tôi đã đồng ý thanh toán \_\_\_\_\_ % chi phí được phép và công ty bảo hiểm phụ của tôi (nếu có) sẽ được gởi hóa đơn cho \_\_\_\_\_ %. Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm trả \_\_\_\_\_ % chi phí được phép sau khi khoản khấu trừ của tôi đã được trả hết.

5. **MEDICARE (PART A & B)**

Tôi xác nhận rằng thông tin tôi cung cấp khi nộp đơn xin thanh toán theo Tiêu đề XVIII (Medicare) của Đạo luật An sinh Xã hội (Social Security Act) là chính xác. Tôi ủy quyền cho bất kỳ ai đang có thông tin y tế hoặc những thông tin khác về tôi được tiết lộ cho Sở An sinh Xã hội (Social Security Administration) hoặc các cơ quan trung gian hoặc nhà cung cấp dịch vụ, bất kỳ thông tin nào cần cho yêu cầu thanh toán này hoặc thông tin liên quan đến việc thỉnh cầu phúc lợi Medicare. Tôi yêu cầu thanh toán cho những phúc lợi mà tôi hưởng sẽ được trả cho Haven Health trên danh nghĩa của tôi. Các dịch vụ theo Chương trình Hỗ trợ Y tế Medicaid và Medicare Part A sẽ được bao trả 100%, vì vậy đồng thanh toán là không cần thiết. Tôi sẽ được thông báo về bất kỳ các thay đổi nào trong chi phí của các vật dụng và dịch vụ càng sớm càng tốt, nhưng không được trễ quá ba mươi (30) ngày kể từ ngày Haven Health hay biết những thay đổi đó.

**CHỮ KÝ BỆNH NHÂN HOẶC GIÁM HỘ HỢP PHÁP** \_\_\_\_\_ **NGÀY:** \_\_\_\_\_

**NGƯỜI LÀM CHỨNG:** \_\_\_\_\_ **NGÀY:** \_\_\_\_\_

**Xin vui lòng giải thích, nếu người ký không phải là bệnh nhân:** \_\_\_\_\_

# HAVEN HEALTH

## Mẫu Thỏa thuận sau khi Thông hiểu và Lựa chọn Phúc lợi Medicare/Medi-Cal

Tên bệnh nhân: \_\_\_\_\_

### Triết lý của chương trình chăm sóc an dưỡng cuối đời

Tôi xác nhận rằng tôi đã được giải thích đầy đủ và hiểu rõ về mục đích của chương trình chăm sóc an dưỡng cuối đời. Chăm sóc an dưỡng cuối đời là làm dịu sự đau đớn và các triệu chứng khác có liên quan tới căn bệnh tuyệt mệnh của tôi và bệnh trạng kèm theo; và sự chăm sóc như vậy sẽ không nhằm chữa lành bệnh. Dịch vụ chăm sóc an dưỡng cuối đời chú trọng vào việc tạo sự thoải mái và hỗ trợ cho cả tôi lẫn gia đình/người chăm sóc của tôi.

### Ảnh hưởng của việc chọn Chương trình Chăm sóc An dưỡng Cuối đời theo Medicare/Medi-Cal

- 1) Tôi hiểu rằng khi chọn dịch vụ chăm sóc an dưỡng cuối đời theo Phúc lợi An dưỡng Cuối đời của Medicare (Medicare Hospice Benefit), là tôi xác nhận rằng mình biết rõ thực chất của chương trình chăm sóc an dưỡng cuối đời là giảm đau, chứ không phải chữa khỏi bệnh, vì nó liên quan đến căn bệnh tuyệt mệnh của tôi và các bệnh trạng kèm theo.
- 2) Tôi hiểu rằng khi chọn dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời theo Phúc lợi An dưỡng Cuối đời của Medicare/MediCal (Medicare/MediCal Hospice Benefit), là tôi sẽ khước từ (từ bỏ) mọi quyền đối với các thanh toán của Medicare/MediCal trả cho các dịch vụ liên quan đến căn bệnh tuyệt mệnh của tôi và các bệnh trạng kèm theo; và tôi cũng hiểu rằng khi sự lựa chọn này có hiệu lực, việc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc liên quan đến căn bệnh tuyệt mệnh của tôi và các bệnh trạng kèm theo sẽ được Medicare/MediCal trả cho cơ quan chăm sóc an dưỡng cuối đời được chỉ định và bác sĩ điều trị mà tôi đã chọn mà thôi.
- 3) Tôi hiểu rằng những dịch vụ không liên quan đến căn bệnh tuyệt mệnh của tôi và các bệnh trạng kèm theo sẽ vẫn tiếp tục đủ tiêu chuẩn được Medicare bao trả. Tuy nhiên, tôi cũng hiểu rằng những dịch vụ không liên quan đến căn bệnh tuyệt mệnh của tôi và các bệnh trạng kèm theo là ngoại lệ và bất thường, và chương trình chăm sóc an dưỡng cuối đời phải cung cấp tất cả các dịch vụ chăm sóc cần thiết liên quan đến căn bệnh tuyệt mệnh của tôi và các bệnh trạng kèm theo, thể theo sự chọn lựa chương trình chăm sóc an dưỡng cuối đời.
- 4) Tôi hiểu rằng nếu tôi muốn có sự chăm sóc vượt quá những gì được nhóm liên ngành về chăm sóc an dưỡng cuối đời xem là cần thiết về mặt y khoa và đã được ghi lại trong kế hoạch chăm sóc của tôi, thì tôi chịu trách nhiệm thanh toán chi phí chăm sóc cho căn bệnh tuyệt mệnh của mình.

## Bao trả cho chăm sóc an dưỡng cuối đời và quyền yêu cầu bản “Thông báo cho bệnh nhân về các vật dụng, dịch vụ và thuốc men không được chương trình chăm sóc an dưỡng cuối đời bao trả”

Tôi xác nhận rằng tôi đã được cung cấp thông tin về trách nhiệm tài chính của tôi đối với một số dịch vụ chăm sóc an dưỡng cuối đời (đồng thanh toán cho thuốc men và dịch vụ chăm sóc thể dành cho bệnh nhân nội trú). Tôi hiểu rằng, vào bất kỳ lúc nào, tôi có quyền xin, bằng văn bản, bản phụ lục **“Thông báo cho bệnh nhân về các vật dụng, dịch vụ và thuốc men không được chương trình chăm sóc an dưỡng cuối đời bao trả”** có liệt kê các vật dụng, dịch vụ và thuốc men mà chương trình chăm sóc an dưỡng cuối đời đã xác định là không liên quan tới căn bệnh tuyệt mệnh của tôi và các bệnh trạng kèm theo, và sẽ không được chương trình chăm sóc an dưỡng cuối đời bao trả. Tôi xác nhận rằng tôi đã được cung cấp thông tin về Chương trình Vận động Pháp luật Tức thì (Immediate Advocacy) thông qua tổ chức Beneficiary and Family-Centered Care Quality Organization (Tổ chức Chất lượng Chăm sóc lấy Trọng tâm Gia đình và Người thụ hưởng phúc lợi, BFCC-QIO), nếu tôi không đồng ý với bất kỳ phán quyết nào của chương trình chăm sóc an dưỡng cuối đời; và tôi đã được cung cấp thông tin liên lạc của cơ quan BFCC-QIO phục vụ cho khu vực của tôi.

### Tên Tổ chức BFCC-QIO: **Commence Health**

Số điện thoại BFCC-QIO: **(877) 588-1123** TTY **(877) 588-1123, 711**

- Tôi muốn nhận bản **“Thông báo cho bệnh nhân về các vật dụng, dịch vụ và thuốc men không được chương trình chăm sóc an dưỡng cuối đời bao trả”**

Ký tắt \_\_\_\_\_ Ngày\_

- Tôi không muốn nhận bản **“Thông báo cho bệnh nhân về các vật dụng, dịch vụ và thuốc men không được chương trình chăm sóc an dưỡng cuối đời dài hạn”**

Ký tắt \_\_\_\_\_ Ngày\_\_

### Những thông tin khác về chương trình chăm sóc an dưỡng cuối đời

1. Sự chăm sóc an dưỡng cuối đời thường quy có thể bao gồm dịch vụ chăm sóc điều dưỡng lành nghề, người chăm sóc và bạn đồng hành tình nguyện, chăm sóc về tình cảm và tâm linh, trị liệu vật lý và những trị liệu khác, cán sự xã hội và chăm sóc nội trú. Các mức độ chăm sóc cao hơn có thể được cung cấp để kiểm soát triệu chứng hoặc trong thời gian khủng hoảng, và thỉnh thoảng có dịch vụ chăm sóc thay ngắn hạn.
  - a) Chương trình chăm sóc an dưỡng cuối đời theo Medicare/Medi-Cal gồm hai giai đoạn 90 ngày, và nhiều giai đoạn 60 ngày không hạn định, nếu không có chuyện hủy bỏ hay rời khỏi chương trình.
  - b) Tôi có thể ngưng dịch vụ chăm sóc an dưỡng cuối đời vào bất kỳ lúc nào bằng cách điền vào giấy tuyên bố rời khỏi chương trình. Nếu tôi rời bỏ chương trình chăm sóc an dưỡng cuối đời trong giai đoạn còn hưởng phúc lợi, thì tôi sẽ bị mất những ngày còn lại trong giai đoạn hưởng phúc lợi đó. Tuy nhiên, tôi có thể chọn trở lại với chương trình chăm sóc an dưỡng cuối đời vào bất kỳ lúc nào khi tôi hội đủ điều kiện.
  - c) Tôi có thể đổi từ cơ quan chăm sóc giai đoạn cuối đời này sang cơ quan chăm sóc giai đoạn cuối đời khác, nếu tôi muốn. Để chuyển đổi chương trình, tôi sẽ xác nhận rằng tôi có thể được nhận vào một chương trình chăm sóc an dưỡng cuối đời khác, và sau đó tôi sẽ thông báo cho Haven Health về ý nguyện của tôi để có thể thu xếp việc chuyển. Tôi sẽ báo cụ thể ngày thôi được chăm sóc tại Haven Health, tên cơ quan chăm sóc an dưỡng cuối đời nơi tôi muốn được chăm sóc, và ngày bắt đầu chăm sóc. Trong thời gian chuyển đổi sang chương trình chăm sóc an dưỡng cuối đời khác,

# HAVEN HEALTH

## Mẫu Thỏa thuận sau khi Thông hiểu và Lựa chọn Phúc lợi Medicare/Medi-Cal

tôi sẽ không bị mất bất kỳ ngày hưởng phúc lợi nào. Tôi chỉ có thể đổi cơ quan chăm sóc an dưỡng cuối đời một lần trong mỗi giai đoạn hưởng phúc lợi.

- d) Bệnh nhân trong chương trình chăm sóc an dưỡng cuối đời có thể được cho xuất viện khi họ dọn ra khỏi khu vực dịch vụ của cơ quan chăm sóc an dưỡng cuối đời, không còn bệnh tuyệt mệnh nữa, hoặc trong những tình huống đặc biệt như vì sự an toàn của bệnh nhân hay của nhân viên cơ quan chăm sóc an dưỡng cuối đời.

### Quyền chọn bác sĩ điều trị

- Tôi hiểu rằng tôi có quyền chọn bác sĩ điều trị để giám sát việc chăm sóc của tôi.
  - Bác sĩ điều trị của tôi sẽ cộng tác với cơ quan chăm sóc an dưỡng cuối đời để cung cấp các chăm sóc liên quan đến căn bệnh tuyệt mệnh của tôi và các bệnh trạng kèm theo.
- Tôi không muốn chọn bác sĩ điều trị
- Tôi xác nhận bác sĩ điều trị mà tôi chọn là:

**(Vui lòng cung cấp mọi thông tin xác định chính xác sự lựa chọn bác sĩ điều trị của quý vị.)**

Họ và tên bác sĩ: \_\_\_\_\_

Tôi tên là, \_\_\_\_\_ (**Tên của bệnh nhân**) quyết định chọn phúc lợi chăm sóc an dưỡng cuối đời theo Medicare/MediCal và nhận các dịch vụ chăm sóc an dưỡng cuối đời từ **Haven Health** bắt đầu từ ngày \_\_\_\_\_ (**Ngày bắt đầu chăm sóc**).

Chữ ký người hưởng phúc lợi: \_\_\_\_\_

Ngày ký: \_\_\_\_\_

- Người hưởng phúc lợi không thể ký

Chữ ký người đại diện: \_\_\_\_\_

Ngày ký: \_\_\_\_\_

Tên bệnh nhân: \_\_\_\_\_

## Tuyên ngôn về quyền và trách nhiệm của bệnh nhân

### Là bệnh nhân chương trình Chăm sóc an dưỡng cuối đời, quý vị có quyền:

- Được thông báo về quyền và trách nhiệm của mình khi được nhập vào chương trình và vào bất cứ lúc nào về sau nếu cần.
- Được cho biết những quyền này theo cách mà mình hiểu, bằng văn bản và khẩu ngôn.
- Được chính mình hoặc thông qua đại diện hợp pháp của mình thực thi quyền của mình với tư cách là bệnh nhân chương trình chăm sóc an dưỡng cuối đời.
- Được khiếu nại về sự điều trị hoặc chăm sóc mà mình được (hoặc không được) cung cấp và về sự thiếu tôn trọng tài sản bởi bất kỳ ai cung cấp dịch vụ trên danh nghĩa chương trình chăm sóc an dưỡng cuối đời.
- Được bảo vệ khỏi bị phân biệt đối xử hoặc bị trả thù vì thực thi các quyền của mình.
- Được cư xử bằng sự tôn trọng và phẩm giá đối với bản thân và tài sản của mình.
- Có các giao thiệp với nhân viên của chúng tôi dựa trên các tiêu chuẩn đạo đức và trung thực.
- Được tham gia vào tất cả các quyết định chăm sóc sức khỏe ảnh hưởng đến mình và được dự phần lập kế hoạch chăm sóc cho mình.
- Được lập Bản Ý nguyện Phòng khi Hữu sự.
- Được chọn bác sĩ điều trị của mình.
- Được bảo mật tất cả thông tin y tế theo luật pháp yêu cầu, và có quyền xem hoặc tiết lộ bệnh án lâm sàng theo Các Quy định của Tiểu bang và Liên bang. Bản chính sách của chúng tôi về việc tiết lộ bệnh án sẽ được cấp theo yêu cầu.
- Được kiểm soát cơn đau và không chế các triệu chứng của những bệnh trạng liên quan đến căn bệnh tuyệt mệnh của mình một cách công hiệu.
- Được cho biết và giải thích hướng dẫn về bệnh trạng của mình.
- Được chỉ dẫn về thuốc men, các phương pháp điều trị, các thủ thuật, v.v..., và được giải đáp các thắc mắc của mình.
- Được từ chối bất kỳ thuốc men, phương pháp điều trị hoặc thủ thuật nào, và được báo đầy đủ về các hậu quả của việc từ chối.
- Không bị ngược đãi, bị bỏ mặc hoặc bị lạm dụng bằng lời nói, về mặt tinh thần, tình dục và thể chất, kể cả việc không bị các thương tích không rõ nguyên nhân và nạn chiếm đoạt tài sản của bệnh nhân.
- Được nhận thông tin về các dịch vụ được bao trả theo phúc lợi chăm sóc an dưỡng cuối đời.
- Được nhận thông tin về phạm vi các dịch vụ mà chương trình chăm sóc an dưỡng cuối đời sẽ cung cấp và các giới hạn cụ thể.
- Được báo về việc cho ra khỏi chương trình chăm sóc an dưỡng cuối đời theo một khung thời gian hợp lý như Kế hoạch Chăm sóc.
- Được cấp mọi thông tin và hướng dẫn bằng ngôn ngữ mà mình hiểu hoặc qua thông dịch viên.

### Bệnh nhân có trách nhiệm:

- Tiếp tục để cho bác sĩ chăm sóc khi đang ở trong chương trình chăm sóc an dưỡng cuối đời của chúng tôi.
- Cung cấp cho chúng tôi càng đầy đủ càng tốt mọi thông tin chăm sóc sức khỏe được yêu cầu để hỗ trợ cho việc chăm sóc mình.
- Cho chúng tôi biết bất kỳ thay đổi nào về bệnh trạng, cơn đau hoặc những triệu chứng nào khác của mình, kể cả những thay đổi trong Bản Ý nguyện Phòng khi Hữu sự.
- Cung cấp thông tin tài chánh và bảo hiểm cho chương trình chăm sóc an dưỡng cuối đời khi cần để lập hóa đơn, cũng như thông báo cho chương trình chăm sóc an dưỡng cuối đời về bất kỳ thay đổi nào về thông tin tài chánh hoặc bảo hiểm.
- Ký hoặc nhờ người đại diện hợp pháp ký vào tất cả các giấy thỏa thuận cần thiết cho các mục đích y tế và thanh toán.
- Cho phép chúng tôi lập hóa đơn và nộp đơn khiếu nại với Medicare hoặc công ty bảo hiểm nào quý vị đang sử dụng để thanh toán cho chương trình chăm sóc an dưỡng cuối đời.
- Thông báo cho Haven Health về bất kỳ thay đổi nào về thuốc men, phương pháp điều trị hoặc thủ thuật do bác sĩ chỉ định.
- Nhận thuốc men, các tiếp liệu và thiết bị được bác sĩ của bệnh nhân chỉ định, nếu chương trình không có hoặc không cung cấp được những thuốc men, tiếp liệu hay thiết bị này.
- Tham gia lập kế hoạch chăm sóc cho mình càng nhiều càng tốt.
- Nêu các thắc mắc về bất kỳ và tất cả các mối bận tâm, các thứ thuốc men, các phương pháp điều trị và/hoặc các thủ thuật.
- Báo cho chương trình biết về bất kỳ vấn đề hoặc sự bất mãn nào về chuyện chăm sóc bệnh nhân hoặc về nhân viên.
- Cho chúng tôi biết khi nào ban chăm sóc có thể đến viếng quý vị được.
- Xin vui lòng điện thoại nếu quý vị sẽ không có mặt cho lần viếng theo lịch hẹn.
- Đối xử với chúng tôi bằng sự tôn trọng và phẩm giá như chúng tôi đối xử với quý vị.
- Chấp nhận các hậu quả của bất kỳ chuyện từ chối thuốc men, các phương pháp điều trị và/hoặc thủ thuật.
- Tạo cho thành viên ban chăm sóc của Haven Health môi trường an toàn để làm việc.
- Sau cùng, xin vui lòng hợp tác với những người chăm sóc, nhân viên và bác sĩ trong việc chăm sóc quý vị.

Nếu quý vị có bất kỳ mối bận tâm nào về phẩm chất và an toàn của các dịch vụ của chúng tôi, xin vui lòng liên lạc trực tiếp với chúng tôi tại:

**(562) 426-7500 và xin được nói chuyện với Người Quản lý**

Nếu không hài lòng với phúc đáp của chúng tôi về những mối bận tâm của quý vị, thì quý vị có quyền gửi khiếu nại đến các cơ quan quản lý sau đây:

**THE JOINT COMMISSION TẠI: (800) 994-6610**

**HOẶC**

**SỞ Y TẾ HẠT LOS ANGELES TẠI (800) 228-1019**

CHỮ KÝ:

NGÀY:

TÊN VIẾT IN HOA:

**Haven Health**  
**2855 Temple Avenue, Suite B, Signal Hill, CA 90755**

## Thông báo về mức độ chăm sóc

Tên cơ sở: \_\_\_\_\_

Gửi cho: \_\_\_\_\_

Tên bệnh nhân: \_\_\_\_\_

**Xin vui lòng gửi hóa đơn trước (những) ngày sau đây:**

Chăm sóc thường quy \_\_\_\_\_

Chăm sóc nội trú \_\_\_\_\_

Chăm sóc thay \_\_\_\_\_

Cơ sở sẽ lập hóa đơn cho chương trình chăm sóc an dưỡng cuối đời theo giá hợp đồng.

*\* Chăm sóc Nội trú Tổng quát (GIP) theo MediCal phải được duyệt thủ tục Yêu cầu Ủy quyền Điều trị (TAR).*

Trao bởi (tên nhân viên  
chương trình chăm sóc an  
dưỡng cuối đời): \_\_\_\_\_

Ngày trao: \_\_\_\_\_

**Xin liên lạc với văn phòng chúng tôi theo số (562) 426-7500 cho bất kỳ thắc mắc hay bận tâm nào**

<b>Chỉ dành cho Nhân viên Chăm sóc An dưỡng Cuối đời:</b>	Please leave copy of this form with the SNF Business Office (Xin trao cho Văn phòng Hành chính SNF một bản của đơn này). Then scan and email form to (Sau đó chụp và gửi đơn này bằng email tới) <a href="mailto:Accounts Payable@havenhealth.org">Accounts Payable@havenhealth.org</a>
---	---