

ԼՈՍ ԱՆՋԵԼԵՍԻ ՇՐՋԱՆ – ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԲԱԺԱՆՄՈՒՆՔ
ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ԳՐԱՍԵՆՅԱԿ

Հաճախորդի վերաբերյալ կոնֆիդենցիալ տեղեկատվություն. Տե՛ս Սոցիալական
ապահովության և հաստատությունների կանոնագրի § 5328

ՇԱՀԱՌՈՒԻ/ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ԳԱՆԳԱՏԻ ԿԱՍ ԲՈՂՈՔԻ
ԼԻԱԶՈՐՄԱՆ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ

Դուք կարող եք ԳԱՆԳԱՏ ներկայացնել ցանկացած ժամանակ:
Դուք կարող եք լիազորել այլ անձի հանդես գալու Ձեր անունից:

Դուք իրավունք ունեք ԲՈՂՈՔ ներկայացնել Հիվանդների իրավունքների գրասենյակ
կամ պահանջել ՊԵՏԱԿԱՆ ԱՐԴԱՐ ԼՍՈՒՄՆԵՐ, եթե Հոգեկան առողջության տեղական
պլանը՝

1. Մերժում կամ սահմանափակում է պահանջվող սպասարկման լիազորումը;
2. Կրճատում, կասեցնում կամ դադարեցնում է նախապես լիազորած սպասարկումը;
3. Մերժում է, ամբողջությամբ կամ մասնակի, սպասարկման վճարումը;
4. Փոփոխում է սպասարկումը կամ չի կարողանում ապահովել այն ճիշտ ժամանակին;
5. Չի կարողանում գործել ստանդարտ գանգատների , ստանդարտ բողոքների կամ արագացված բողոքների լուծման համար նախատեսված ժամկետներում:

Պետական արդար լսումներ կարող են պահանջել միայն **Medi-Cal**-ից օգտվելու
իրավունք ունեցողները և նրանք, ովքեր ավարտել են ՀԱՊ-ին (Հոգեկան առողջության
պլան) բողոքարկման պրոցեսը:

Գանգատ կամ բողոք ներկայացնող անձը

| | | | | |
|----------|-------|-----------------------|------------|--|
| | | | | |
| ԱԶԳԱՆՈՒՆ | ԱՆՈՒՆ | ՀԱՅՐԱՆՈՒՆ ԾՆՆԴՅԱՆ ԹԻՎ | MEDI-CAL # | |

| | | | | |
|-------|-------|--------|----------|-------------|
| | | | | |
| ՀԱՍՑԵ | ՔԱՂԱՔ | ՆԱՀԱՆԳ | ZIP CODE | ՏՆԱՅԻՆ ՀԵՌ. |

ՈՒՍ ԴԵՍ Է ՈՒՂՂՎԱԾ ԳԱՆԳԱՏԸ ԿԱՍ ԲՈՂՈՔԸ

| | |
|---------------------------------------------|---------|
| | |
| ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅԱՆ/ՍՊԱՍԱՐԿՈՂԻ/ՕՐԱԳՐԻ ԱՆՎԱՆՈՒՄԸ | ՀԵՌԱԽՈՍ |

| | | | |
|-------|-------|--------|----------|
| | | | |
| ՀԱՍՑԵ | ՔԱՂԱՔ | ՆԱՀԱՆԳ | ZIP CODE |

**ՇԱՀԱՌՈՒԻ/ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ԳԱՆԳԱՏԻ/ԲՈՂՈՔԻ ԵՎ ԼԻԱԶՈՐՄԱՆ
ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ**

**ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ԵՎ
ՏՐԱՄԱԴՐՄԱՆ ԼԻԱԶՈՐԱԳԻՐ**

Ստորագրելով սույն փաստաթուղթը՝ Դուք լիազորում եք Լուս Անջելեսի շրջանի-Հոգեկան առողջության բաժանմունքի, Հիվանդների իրավունքների գրասենյակին գննելու Ձեր Գանգատը կամ Բողոքը: Այս լիազորագիրը թույլ է տալու Ձեր բուժապասարկողին՝ տրամադրել առողջության մասին հետևյալ տեղեկատվությունը Լուս Անջելեսի շրջանի - Հոգեկան առողջության բաժանմունքի, Հիվանդների իրավունքների գրասենյակին՝ Ձեր Գանգատը կամ Բողոքը գննելու նպատակով.

- **Ձեր նախկին և ընթացիկ բժշկական գրառումները; և**
- **Այլ տեղեկատվություն՝ կապված Ձեր գանգատի կամ բողոքի և/կամ մերժման կամ իրավունքների հետ:**

Լիազորագրի ժամկետը.

Լիազորագրի գործողության ժամկետն ավարտվում է Ձեր Գանգատի կամ Բողոքի լուծման օրը:

Ձեր իրավունքները՝ կապված սույն Լիազորագրի հետ.

Եթե Դուք համաձայնվում եք ստորագրել սույն Լիազորագիրը, Դուք պետք է ստանաք այս ձևաթղթի ստորագրված կրկնօրինակը:

Դուք պարտավոր չեք ստորագրելու սույն Լիազորագիրը, և Ձեր հրաժարումը չի ազդի բուժում ստանալու հնարավորության վրա:

Դուք ցանկացած ժամանակ կարող եք ետ կանչել կամ չեղարկել առողջական տեղեկատվության վերաբերյալ Ձեր Լիազորագիրը՝ գրավոր դիմելով Լուս Անջելեսի շրջանի – Հոգեկան առողջության բաժանմունք: Դուք պետք է ստորագրեք ետ կանչման պահանջը և ուղարկեք կամ ներկայացնեք այն հետևյալ հասցեով.

**Լուս Անջելեսի շրջան – Հոգեկան առողջության բաժանմունք
Հիվանդների իրավունքների գրասենյակ
550 Հյուսիսային Վերմոնտի պողոտա,
Լուս Անջելես, ԲՄ 90020**

Եթե Դուք ետ եք կանչում Լիազորագիրը, մենք դեռևս կարող ենք օգտագործել և տրամադրել Ձեր առողջության մասին տեղեկատվությունը, որն արդեն ձեռք էր բերվել սույն Լիազորագրի նախնական գործողության ուժին վերաբերող պատճառների հետ կապված:

**ՇԱՀԱՌՈՒԻ/ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ԳԱՆԳԱՏԻ/ԲՈՂՈՔԻ ԵՎ ԼԻԱԶՈՐՄԱՆ
ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ**

Լիազորագրի հաստատումը. Ստորագրելով սույն ձևաթուղթը՝ ես լիազորում եմ իմ առողջության վերաբերյալ վերոհիշյալ տեղեկատվության օգտագործումն ու տրամադրումը: Ես հասկանում եմ, որ իմ առողջության վերաբերյալ տեղեկատվությունը, որն օգտագործվել կամ տրամադրվել է սույն Լիազորագրի ստորագրման արդյունքում, հետագայում չի կարող օգտագործվել կամ տրամադրվել, եթե իմ կողմից չի տրամադրվել որևէ այլ լիազորագիր, կամ նման օգտագործումը կամ տրամադրումը չի թույլատրվում կամ պահանջվում օրենքով:

Հաճախորդի/հաճախորդի ներկայացուցչի ստորագրությունը

Ամսաթիվ

Եթե ստորագրվել է հաճախորդի ներկայացուցչի կողմից, ապա նշել նրա հանդես գալու առնչությունը և լիազորությունը:

**ԴՈՒՔ ԻՐԱՎՈՒՆՔ ՈՒՆԵՔ ԱԶԱՏ ԼԵԶՎԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ
ԱԶԱԿՑՄԱՆ**

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ԳՐԱՍԵՆՅԱԿ

ՈՉ ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ԳԱՆԳԱՏՆԵՐ/ԲՈՂՈՔՆԵՐ - (213) 738-4949

ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ԳԱՆԳԱՏՆԵՐ/ԲՈՂՈՔՆԵՐ - (800) 700-9996 կամ (213) 738-4888

- ◆ Դուք լրացրե՞լ եք ձևաթղթում պահանջվող տեղեկատվությունը:
- ◆ Դուք թվարկե՞լ եք Ձեր հեռախոսահամարը և հասցեն, որպեսզի մենք կարողանանք կապ հաստատել Ձեզ հետ:
- ◆ Դուք ստորագրե՞լ եք Գանգատ կամ Բողոք բաժինը՝ էջ 2, և Լիազորագիր բաժինը սույն էջում:

Խնդրում ենք ուղարկել հետևյալ հասցեով՝

Լոս Անջելեսի շրջան – Հոգեկան առողջության բաժանմունք
Հիվանդների իրավունքների գրասենյակ
550 Հյուսիսային Վերմոնտի պողոտա,
Լոս Անջելես, ԲՄ 90020

Խնդրում ենք չմոռանալ փոստային դրոշմանիշի մասին: