

رضایت‌نامه برای سفر کردن فرد زیر سن قانونی بدون سرپرست

خدمات حمل‌ونقل پزشکی غیر اضطراری و خدمات حمل‌ونقل غیر پزشکی

از تاریخ 1 ژوئیه 2017 و بر اساس بخش (1)(ad) 14132 «قانون رفاه و مؤسسات California» و نامه کلیه طرح‌های اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی (California Department of Health Care Services, DHCS) شماره 010-17 (اصلاح‌شده)، Alameda Alliance for Health (Alliance) یک مزیت جدید را برای ارائه خدمات حمل‌ونقل پزشکی غیر اضطراری (non-emergency medical transportation services)، خدمات NEMT و خدمات حمل‌ونقل غیر پزشکی (non-medical transportation services، خدمات NMT) اجرا می‌کند. به عنوان بخشی از این الزامات ایالتی، Alliance موظف است حمل‌ونقل افراد زیر سن قانونی بدون همراه را برای مراجعه به قرار ملاقات‌های پزشکی یا دریافت سایر خدمات پزشکی تحت پوشش ارائه دهد. طبق قانون ایالتی، Alliance از والدین یا سرپرست قانونی درخواست می‌کند که رضایت خود را اعلام کنند تا این سازمان از طرف ایالت، حمل‌ونقل افراد زیر سن قانونی را فراهم کند.

من، _____ (نام والد/سرپرست)، والد یا سرپرست قانونی _____ (نام افراد زیر سن قانونی) هستم و این رضایت‌نامه را به‌صورت داوطلبانه امضا می‌کنم و آن را شامل همه مسافران زیر سن قانونی که والد یا سرپرست قانونی آن‌ها هستم، خودم، نزدیک‌ترین بستگانم، وراث و نمایندگانم می‌کنم و من مجوز و رضایت خود را به Alliance می‌دهم تا خدمات NEMT یا خدمات NMT را (مطابق با تعریف این اصطلاح در قانون ایالت California) برای انتقال افراد زیر سن قانونی به/از _____ (محل دریافت خدمات Medi-Cal) هماهنگ کند.

من درک می‌کنم که Alliance خدمات NEMT یا خدمات NMT را به‌صورت رایگان به افراد زیر سن قانونی ارائه می‌دهد و با توجه به پذیرفتن خدمات NEMT یا خدمات NMT، بدین‌وسیله موافقت می‌کنم که Alliance و کارکنان، مقامات، مدیران، پیمانکاران حمل‌ونقل و نمایندگان آن (که در مجموع به‌عنوان Alliance شناخته می‌شوند) را از هر گونه مسئولیت معاف کنم و از طرح هر گونه دعوی علیه آن‌ها خودداری کنم. این معافیت شامل تمامی ادعاهای از جمله ادعاهای مربوط به سهل‌انگاری Alliance، که ممکن است من یا افراد زیر سن قانونی تحت سرپرستی‌ام در اثر دریافت خدمات NEMT یا خدمات NMT متحمل شویم، از جمله آسیب‌های جسمی یا روانی (از جمله فلج و مرگ)، بیماری، خسارت یا زیان‌های اقتصادی یا عاطفی می‌شود. من همچنین درک و تصدیق می‌کنم که استفاده از خدمات NEMT و خدمات NMT داوطلبانه است و بهره‌گیری از این خدمات به صلاح‌دید خودم انجام می‌شود.

من آگاه هستم و تصدیق می‌کنم که پذیرش خدمات NEMT یا خدمات NMT برای حمل‌ونقل به/از محل موردنظر، با خطرات خاصی از جمله، اما نه محدود به، آسیب‌های جسمی یا روانی، درد، رنج، بیماری، از شکل افتادگی، ناتوانی موقت یا دائمی (از جمله فلج)، زیان‌های اقتصادی یا عاطفی و/یا مرگ همراه است. درک می‌کنم که این صدمات یا پیامدها ممکن است به دلیل اقدامات افراد زیر سن قانونی یا دیگران، بی‌حرکی یا سهل‌انگاری یا شرایط مرتبط با سفر به وجود آیند. با

این حال، من تمام خطرات مربوطه، چه برای من شناخته شده باشد و چه ناشناخته، ناشی از پذیرش خدمات NEMT یا خدمات NMT را می پذیرم.

من موافقت می کنم که Alliance را از هر گونه ادعا، از جمله هزینه های وکالت یا خسارت به اموال شخصی ام که ممکن است در نتیجه استفاده از خدمات NEMT یا خدمات NMT رخ دهد، مصون بدارم. اگر Alliance هر یک از این نوع هزینه ها را متحمل شود، من موافقت می کنم که به Alliance هزینه ها را بازپرداخت کنم.

من عواقب قانونی امضای این سند را درک می کنم، از جمله (a) معاف کردن Alliance از تمامی مسئولیت ها به نمایندگی از خودم و افراد زیر سن قانونی، (b) قول عدم اقامه دعوی به نمایندگی از خودم و افراد زیر سن قانونی و (c) در نظر گرفتن تمام خطرات مشارکت افراد زیر سن قانونی در خدمات NEMT یا خدمات NMT. من به افراد زیر سن قانونی اجازه می دهم در خدمات NEMT و خدمات NMT شرکت کنند و آن را بپذیرند. درک می کنم که مسئول تعهدات و اعمال افراد زیر سن قانونی آنچنان که در این سند توضیح داده شده است هستم. من موافقت می کنم که به شرایط این سند متعهد باشم.

این سند را مطالعه و به خواست خودم آن را امضا کرده ام. هیچ اظهارنظر دیگری در مورد اثر قانونی این سند به من ارائه نشده است.

امضا تاریخ

نام والد/سرپرست

نام فرد زیر سن قانونی شماره شناسایی عضو زیر سن قانونی

مدت رضایت نامه ☐ 30 روز ☐ 60 روز ☐ 90 روز ☐ 6 ماه ☐ 12 ماه

لطفاً فرم تکمیل شده را برای ModivCare به شماره 1.877.457.3352 فکس کنید. در صورت داشتن هر گونه پرسشی درباره درخواست حمل و نقل، می توانید با ModivCare به شماره 1.866.529.2128 تماس بگیرید.

اگر پرسشی درباره مزایای طرح سلامت خود دارید، لطفاً با Alliance به شماره تلفن 510.747.4567 یا شماره رایگان 1.877.932.2738 تماس بگیرید.

فقط برای استفاده داخلی ALLIANCE:

تاریخ دریافت

نام عضو کارمند Alliance