

Acknowledgement



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ШТАТА МИССУРИ И СТАРШИЙ
УСЛУГИ Р.О. ВОХ 570 ДЖЕФФЕРСОН-СИТИ, МО 65102-0570 ТЕЛЕФОН: 573-751-
6400 ФАКС: 573-751-6010 ЛИНИЯ для Нарушенного слуха и речи в МИССУРИ 1-800-735-2966
ГОЛОСОВОЕ СООБЩЕНИЕ: 1-800-735-2466

Форма подтверждения конфиденциальности

| | | |
|---|---|------------------------------------|
| 1. Имя клиента (печатно: ИМЯ клиента, инициал и фамилия) | | |
| 2. ДАТА РОЖДЕНИЯ КЛИЕНТА (Мес / Число / Год) | 3. Номер социального страхования клиента | 4. DCN КЛИЕНТА (если применимо) |
| Я признаю, что я получил(а) копию Департаментом здравоохранения и услугам за пожилыми штата Миссури уведомления о конфиденциальности и сказали, где я могу получить какие-либо изменения, внесённые в это Уведомлении. | | |
| Печатно: Имя, Отчество и фамилия клиента / родителем / опекуном /ДОВЕРЕННОЕ ЛИЦО (адвокат) для ЗДРАВООХРАНЕНИЯ | | |
| Подпись клиента / родителя / опекуна / ДОВЕРЕННОЕ ЛИЦО (адвокат) для ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ДРОА-НС) | Дата | |
| ПРИМЕЧАНИЕ: Если этот документ подписан опекуном или длительным доверенным лицом для Здравоохранения, приложите копию письма Назначение опекуна или копию длительного доверенного лица (адвоката) для Здравоохранения. | | |
| Пожалуйста, отметьте один из следующих, чтобы указать связь между клиентом и лицом, подпись которого является на линии выше: | | |
| <input type="checkbox"/> КЛИЕНТ <input type="checkbox"/> РОДИТЕЛЬ КЛИЕНТА <input type="checkbox"/> ОПЕКУН КЛИЕНТА <input type="checkbox"/> ДОВЕРИТЕЛЬНОЕ ЛИЦО (АДВОКАТ) ДЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЛИЕНТА <input type="checkbox"/> КЛИЕНТ ОТКАЗАЛСЯ ПОДПИСАТЬ ФОРМУ | | |
| <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | | |

(Только для использования сотрудниками)

Название бюро или программы

Адрес

Город

Штат

Индекс

Подпись сотрудника (если есть, когда уведомление)

Дата

Печатно Ф.И.О.

www.dhss.mo.gov

РАВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ / ДЕЙСТВИЯ ПОЗИТИВНЫХ РАБОТОДАТЕЛЕЙ: Услуги, предоставляемые на недискриминационной основе