LOS ANGELES COUNTY SUBSTANCE USE DISORDER SPECIALTY CARE PLAN

ទម្រង់សេចក្តីថ្លែងការណ៍សមាជិក

តើសៀវភៅណែនាំសមាជិក និងវីដេអូណែនាំជាអ្វី?

សៀវភៅណែនាំសមាជិកផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការពន្យល់ពេញលេញអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃការព្យាបាលជំងឺប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនក្រោមផែនការថែទាំពិសេសសម្រាប់ជំងឺប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនរបស់ខោនធី Los Angeles (ឬ "ផែនការខោនធី") រួមមាន៖ បុគ្គលមានសិទ្ធិទទួលបាន និងសេវាកម្មអ្វីខ្លះដែលមានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ច្បាប់ចម្លងដែលបានបោះពុម្ពដោយឥតគិតថ្លៃនៃសៀវភៅណែនាំសមាជិកជាអក្សរធំ និងជាភាសាផ្សេងទៀតអាចរកបានពីអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលរបស់អ្នក ឬអាចទាញយកបាននៅលើ **http://publichealth.lacounty.gov/sapc/PatientPublic.htm?hl.**

វីដេអូ ការតំរង់ទិសសមាជិក ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីសង្ខេបងាយយល់អំពីសៀវភៅណែនាំសមាជិក និងពិពណ៌នាអំពីអត្ថប្រយោជន៍សំខាន់ៗដែលមានសម្រាប់អ្នកក្រោមផែនការខោនធី។

សិទ្ធិរបស់អ្នក

ក្នុងនាមជាសមាជិកដែលមានសិទ្ធិទទួលបាននៃផែនការខោនធី អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រចាំបាច់។ បញ្ជីពេញលេញនៃសិទ្ធិរបស់អ្នកអាចរកបាននៅក្នុងសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បី៖

- គ្មានការធ្វើបាបផ្លូវចិត្ត និងផ្លូវកាយ ការកេងប្រវ័ញ្ច ការបង្ខិតបង្ខំ និង ការចងរាងកាយ
- ព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានរក្សាសុវត្ថិភាព និងឯកជន
- ចូលរួមក្នុងការសម្រេចចិត្តចំពោះការថែទាំរបស់អ្នក រួមមានសិទ្ធិចំពោះ ការបដិសេធការព្យាបាល
- ទទួលបានការថែទាំនៅក្នុងបរិយាកាសព្យាបាលដែលមានសុវត្ថិភាព និងក្រមសីលធម៌
- ដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខ (ឬពាក្យបណ្តឹង)
- មានសេរីភាពក្នុងការប្រើប្រាស់សិទ្ធិទាំងនេះដោយមិនប៉ះពាល់លក្ខណៈអវិជ្ជមានដល់របៀបដែលអ្នកទទួលបានការព្យាបាល

សេចក្តីថ្លែងការណ៍អំពីការមិនរើសអើង

ក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈខោនធី Los Angeles Substance Abuse Prevention and Control (SAPC) និងអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលដែលមានចុះកិច្ចសន្យារបស់ខ្លួន គោរពតាមច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលស្តីពីការមិនរើសអើងរបស់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋជាធរមាន។ អ្នកអាចរាយការណ៍អំពីការបំពានទៅកាន់ផែនការខោនធីដោយប្រើប្រាស់ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងដែលបានផ្តល់ជូននៅលើទំព័របន្ទាប់។

សេវាព្យាបាលដោយមិនគិតថ្លៃ

ក្នុងនាមជាសមាជិកដែលមានសិទ្ធិទទួលបាននៃផែនការខោនធី អ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលរបស់អ្នកមិនអាចស្នើសុំឱ្យអ្នកបង់ប្រាក់ដើម្បីផ្តល់សេវាកម្មណាមួយដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកបានទេ។ នេះមានន័យថា៖ • គ្មានថ្លៃសេវា • គ្មានប្រាក់កក់ • គ្មានការចំណាយគ្រប់ប្រភេទទេ លុះត្រាតែត្រូវបានទាមទារដោយអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នក។

វិបផតថលប្រព័ន្ធសិទ្ធិប្រើប្រាស់អ្នកជំងឺ

អ្នកមានសមត្ថភាពក្នុងការចូលមើលទិន្នន័យការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ទាំងដោយផ្ទាល់ ឬដោយការប្រើប្រាស់ពាក្យស្នើសុំភាគីទីបីដែលត្រូវបានអនុម័តរបស់អ្នក ពីប្រព័ន្ធកំណត់ត្រាសុខភាពអេឡិចត្រូនិករបស់ផែនការខោនធី។ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកនឹងចែករំលែកព័ត៌មានអំពីរបៀប Patient Access System Patient Portal។

▶ បណ្តឹងសារទុក្ខ/ពាក្យបណ្តឹង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

ប្រសិនបើអ្នកមានអារម្មណ៍ថាអ្នកទទួលបានការរើសអើសឬទទួលលបានការបដិសេធសេវាកម្មដែលត្រូវបានកំណត់នៅក្នុងសៀវភៅណែនាំសមាជិក អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងបាន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចដែលបានធ្វើឡើងអំពីការព្យាបាលរបស់អ្នកទេ អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចនោះ។

ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬពាក្យបណ្តឹងតវ៉ានឹងមិនប៉ះពាល់អវិជ្ជមានដល់ការព្យាបាលរបស់អ្នក ឬសេវាព្យាបាលដែលអ្នកទទួលបាននោះទេ។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយផែនការខោនធី ឬអ្នកផ្តល់សេវាបណ្តាញតាមរយៈអ៊ីមែល ប្រៃសណីយ៍ ទូរស័ព្ទ ឬទូរសារ។

▶ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង

ផែនការខោនធី	ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាល
Department of Public Health, Substance Abuse Prevention and Control 1000 South Fremont Avenue, Building A-9 East, 3rd Floor Alhambra, California 91803 MemberServices@ph.lacounty.gov **(ទូរស័ព្ទ) 1-888-742-7900; press 7** **(ទូរសារ) 1-626-458-6692** ទម្រង់បែបបទអាចរកបាននៅលើ៖ http://publichealth.lacounty.gov/sapc/PatientPublic.htm	Enter Agency Name Enter Contact (Division or Person) Enter Email Address Enter Street Address Enter City, State, Zip Enter Agency Website OR SAPC Website Phone Fax ទម្រង់បែបបទអាចរកបាននៅលើ៖ Enter Agency Website OR SAPC Website

▶ សេចក្តីថ្លែងការណ៍

(1) ខ្ញុំបានទទួលច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទនេះ ហើយ

(2) ខ្ញុំត្រូវបានជូនដំណឹងអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃការព្យាបាលរបស់ខ្ញុំក្រោមផែនការខោនធី (ធីកទាំងអស់ដែលអនុវត្ត)៖

- ☐ ខ្ញុំបានមើលវីដេអូណែនាំអំពីសៀវភៅណែនាំសមាជិក
- ☐ ខ្ញុំត្រូវបានបង្ហាញពីរបៀបស្វែងរកសៀវភៅណែនាំសមាជិកនៅលើគេហទំព័ររបស់ផែនការខោនធី
- ☐ អ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលរបស់ខ្ញុំបាននិយាយជាមួយខ្ញុំអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុងសៀវភៅណែនាំសមាជិក
- ☐ អ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលរបស់ខ្ញុំបាននិយាយជាមួយខ្ញុំអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃការប្រើប្រាស់ Patient Access System Patient Portal
- ☐ ខ្ញុំត្រូវបានផ្តល់ព័ត៌មានអំពីរបៀបចូលប្រើ Patient Access System Patient Portal។

សមាជិក៖

ឈ្មោះបោះពុម្ព ហត្ថលេខា កាលបរិច្ឆេទ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)

Provider Staff:

ឈ្មោះបោះពុម្ព ហត្ថលេខា កាលបរិច្ឆេទ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)