

KÍNH GỬI CÁ NHÂN/CƠ SỞ CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ:

Chương trình của California tạo cơ hội về việc làm và trách nhiệm đối với con em (CalWORKs) đòi hỏi những cá nhân không được đặc miễn phải tham gia vào các sinh hoạt về việc làm, huấn luyện/đào tạo, hoặc giáo dục trong 32 hoặc 35 giờ mỗi tuần (tương ứng đối với hộ có cha hoặc mẹ hoặc hộ có cả cha lẫn mẹ). Các tham dự viên thuộc chương trình CalWORKs phải đạt được những “tiến bộ thỏa đáng” trong sinh hoạt của họ.

Chúng tôi kêu gọi sự giúp đỡ của quý vị trong việc đánh giá cá nhân này bằng cách cung cấp cho chúng tôi dữ kiện về tình trạng tâm thần cũng như thể chất của người này sẽ ảnh hưởng như thế nào đối với việc tham gia vào một chương trình về việc làm hoặc huấn luyện/đào tạo. Với dữ kiện được cung cấp, chúng tôi có thể chỉ định tham dự viên này vào một sinh hoạt thích hợp hơn. Điều này cũng sẽ giúp chúng tôi xác định xem nếu tình trạng của tham dự viên này có cho phép đương sự tham gia hoặc hoàn tất thành công những sự qui định của sinh hoạt về việc làm hoặc việc huấn luyện/đào tạo 32 hoặc 35 giờ mỗi tuần hay không.

Xin điền đầy đủ Phần 2 của mẫu đính kèm và ký tên (hoặc người đại diện do quý vị ủy quyền ký) vào khoản Chứng Nhận ở Phần 3. Đồng thời cũng xin điền đầy đủ (các) mẫu “Physical Capacities and/or Mental Capacities” (các khả năng về thể chất và/hoặc tâm thần), tùy theo từng trường hợp.

Xin cảm ơn sự hợp tác của quý vị.

NHÂN VIÊN PHỤ TRÁCH

SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA NHÂN VIÊN PHỤ TRÁCH

SỐ FAX:

MẪU CHO QUYỀN TIẾT LỘ DỮ KIẾN VỀ Y KHOA

PHẦN DÀNH ĐỂ TY XÃ HỘI ĐIỀN

HỒ SƠ TÊN:	SỐ HỒ SƠ:
TÊN NHÂN VIÊN PHỤ TRÁCH:	SỐ NHÂN VIÊN PHỤ TRÁCH:

Bệnh nhân/Thân chủ phải điền Phần 1. Phần 2 và 3 được điền bởi người/cơ sở cung cấp dịch vụ (hoặc người đại diện được họ ủy quyền) đánh dấu dưới đây. (Nhân viên của Ty Xã Hội sẽ đánh dấu vào ô thích hợp dưới đây.)

- Y sĩ có giấy phép hành nghề hoặc nhà tâm lý học có giấy chứng nhận.
- Chuyên gia ngành y tế có giấy phép hành nghề hoặc giấy chứng nhận của tiểu bang để chẩn đoán/trị liệu các chứng bệnh về thể chất hoặc tâm thần gây ảnh hưởng đến khả năng làm việc hoặc tham gia vào các sinh hoạt về giáo dục/huấn nghệ gồm có, nhưng không chỉ giới hạn ở, các bác sĩ y khoa, chỉnh xương, xoa nắn xương, và các nhà tâm lý học có giấy phép hành nghề/giấy chứng nhận.

PHẦN 1. DỮ KIẾN VỀ BỆNH NHÂN/THÂN CHỦ VÀ SỰ ỦY QUYỀN CHO PHÉP TIẾT LỘ DỮ KIẾN

TÊN BỆNH NHÂN/THÂN CHỦ:	PHÁI TÍNH (KHOANH TRỌN) Nam Nữ	NGÀY SINH	SỐ AN SINH XÃ HỘI	TUỔI CỦA (CÁC) CON EM TRONG NHÀ
Tôi cho quyền _____ thuộc _____ TÊN NGƯỜI/CƠ SỞ CUNG CẤP DỊCH VỤ BỆNH XÃ HOẶC NHÓM Y TẾ				
được tiết lộ dữ kiện về y khoa trong hồ sơ của tôi cho Ty Xã Hội Hạt về các tình trạng đánh dấu dưới đây:				
<input type="checkbox"/> Tình trạng thể chất <input type="checkbox"/> Tình trạng tâm thần <input type="checkbox"/> Tình trạng khác (Mô tả) _____				
Tôi hiểu rằng Ty Xã Hội Hạt có thể dùng sự cho quyền này trong thời gian lên đến một năm để thu thập dữ kiện về tình trạng y khoa của tôi. Tôi có thể thu hồi sự cho quyền này vào bất cứ lúc nào, ngoại trừ dữ kiện đã được chuyển cho Ty Xã Hội. Ty Xã Hội cần dữ kiện này để quyết định về sự hội đủ điều kiện hưởng trợ cấp tiền mặt hoặc trợ cấp phiếu thực phẩm. Đồng thời, dữ kiện này cũng giúp để quyết định các sinh hoạt về việc làm hoặc huấn luyện/đào tạo mà tôi có thể dự phần vào, cùng các dịch vụ của chương trình CalWORKs mà tôi cần. Dữ kiện này sẽ được giữ trong hồ sơ lưu trữ và sẽ không được tiết lộ nếu không có chữ ký ưng thuận của tôi cho mỗi lần tiết lộ trừ khi sự tiết lộ đó được đặc biệt quyết định hoặc cho phép bởi luật pháp. Tôi đã đọc (hoặc đã được đọc cho nghe) mẫu này sau khi mẫu này được điền xong. Tôi hiểu là tôi có thể được cấp một bản sao của mẫu này nếu tôi hỏi xin.				
CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN/THÂN CHỦ:	MỐI LIÊN HỆ VỚI BỆNH NHÂN, NẾU KHÔNG LÀ BỆNH NHÂN	NGÀY KÝ TÊN		
CHỮ KÝ CỦA NHÂN CHỨNG ĐIỀN ĐƠN, THÔNG DỊCH VIÊN, HOẶC NGƯỜI ĐỨNG HÀNH SỰ THAY MẶT CHO BỆNH NHÂN/THÂN CHỦ		NGÀY KÝ TÊN		

PHẦN 2. LỜI KHAI CỦA NGƯỜI/NƠI CUNG CẤP DỊCH VỤ

Dữ kiện đòi hỏi này cần thiết để quyết định về tình trạng hội đủ điều kiện hưởng trợ cấp của những người có tên bên trên và để quyết định về sinh hoạt chỉ định cho đương sự. Xin trả lời các câu hỏi trong ô có đánh dấu sau đây:

- Câu 1 đến 5 Câu thứ 6 Câu thứ 7

- Bệnh nhân có một điều kiện y khoa có thể chứng minh là sẽ giới hạn hoặc cản trở đương sự làm một số công việc nhất định nào đó không? CÓ KHÔNG
Nếu CÓ, xin trả lời tiếp phần còn lại của mẫu này, và điền mẫu "Physical Capacities and/or Mental Capacities" (các khả năng về thể chất và/hoặc tâm thần) (nếu có đính kèm), tùy trường hợp. Nếu KHÔNG, xin chỉ điền phần chứng nhận của người cung cấp dịch vụ y tế dưới đây.
- Ngày bắt đầu có triệu chứng _____. Tình trạng: Kinh niên Cấp tính, dự đoán sẽ kéo dài đến _____
- Bệnh nhân có tích cực tìm cách chữa trị không? CÓ KHÔNG Ngày hẹn khám bệnh kế tiếp _____
- Đương sự có khả năng đi làm không? CÓ KHÔNG
Nếu CÓ, bao nhiêu giờ một ngày? _____
- Đương sự có những sự hạn chế nào có thể ảnh hưởng đến khả năng làm việc hoặc tham gia vào việc học văn hóa hoặc huấn nghệ không? CÓ KHÔNG
- Việc quyết định xem có phải cung cấp dịch vụ giữ trẻ để người cha/mẹ kia có thể đi làm là không điều cần thiết. Tình trạng của bệnh nhân có cản trở họ trong việc chăm sóc (các) con em ngay tại nhà không? CÓ KHÔNG
- Tình trạng của bệnh nhân có đòi hỏi phải có người ở nhà để săn sóc cho họ không? CÓ KHÔNG

PHẦN 3. CHỨNG NHẬN CỦA NGƯỜI/CƠ SỞ CUNG CẤP DỊCH VỤ

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI/CƠ SỞ CUNG CẤP DỊCH VỤ HOẶC CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN CÓ ỦY QUYỀN	NGÀY KÝ TÊN
TÊN VÀ CHỨC VỤ/CHUYÊN MÔN VIẾT THEO LỐI CHỮ IN	SỐ ĐIỆN THOẠI ()
TÊN ĐƯỜNG (ĐỊA CHỈ THU TÍN, NẾU KHÁC) THÀNH PHỐ	TỈNH BANG SỐ KHU VỰC BƯU ĐIỆN