

Согласие на услуги

Это согласие распространяется на все программы, места оказания услуг и поставщиков компании People Incorporated, связанных с получением услуг мною (или моим ребенком) сейчас или в будущем.

Согласие на лечение:

Я понимаю, что мое заболевание (или заболевание моего ребенка) требует диагностики и лечения. У меня будет возможность обсудить с персоналом People Incorporated, работающим со мной (или моим ребенком), лечение, необходимое по мнению People Incorporated и ее работников. Для оказания этой помощи компания People Incorporated и ее работники могут собирать информацию о моем здоровье (или здоровье моего ребенка), включая такую информацию, как семейный анамнез. Ни компания People Incorporated, ни ее работники не могут обещать каких-либо конкретных результатов на основе предложенного лечения, но People Incorporated и ее работники ответят на мои вопросы о лечении. Я могу отказаться от любого рекомендованного лечения, сообщив об этом персоналу, с которым я работаю (или который работает с моим ребенком), в любое время.

Переуступка прав на страховые льготы и предоставление информации для оплаты:

Компания People Incorporated может выставить счет по моей страховке, и я разрешаю производить мои страховые выплаты компании People Incorporated за любые услуги, предоставленные мне (или моему ребенку).

Я даю согласие и разрешаю компании People Incorporated раскрывать информацию обо мне, включая, помимо прочего, документацию по услугам, связанным с психическим здоровьем, отметки о ходе лечения, информацию о приеме или выписке, а также жилищном статусе, моей страховой компании или другой организации, которая оплачивает услуги, предоставляемые мне (или моему ребенку) компанией People Incorporated. Предоставляя согласие и разрешая People Incorporated раскрыть эту информацию, я понимаю и соглашаюсь с тем, что эта информация может быть предоставлена Департаменту социального обеспечения Миннесоты, организациям управляемого медицинского обслуживания Программы предоплаченной медицинской помощи (Prepaid Medical Assistance Program Managed Care Organization), окружным социальным службам, программе Medicare, коммерческим организациям медицинского страхования или другим подобным или связанным с ними организациям.

Кроме того, я разрешаю People Incorporated обжаловать любой отказ в любом иске в отношении услуг, предоставляемых мне (или моему ребенку) компанией People Incorporated, в Департаменте социального обеспечения Миннесоты или в любой другой соответствующей регулирующей надзорной организации.

Ответственность за платежи и финансовая помощь:

Я понимаю, что, хотя People Incorporated будет предпринимать все попытки выставить счет на мою страховку за услуги, предоставленные мне (или моему ребенку), я несу полную ответственность за оплату счетов за услуги, предоставляемые People Incorporated, включая любые доплаты, франшизы, совместное страхование, траты излишка (spend-down) или любые услуги, не покрываемые моим планом медицинского страхования. Я понимаю, что в будущем доступ к услугам People Incorporated может быть прекращен из-за неуплаты этих счетов.

Если у меня нет возможности оплатить эти счета, я могу уведомить персонал People Incorporated в любое время, и они помогут определить варианты, которые позволят мне (или моему ребенку) продолжать получать услуги и могут включать один или несколько видов финансовой помощи в зависимости от моей текущей ситуации.

Проблемы и аннулирование согласия:

Если у меня появятся вопросы или опасения, связанные с этим согласием, я могу обсудить их с сотрудником People Incorporated, который предоставил мне эту форму. Разрешения, которые я предоставляю в этой форме, не истекают в конкретную дату и будут действовать неопределенно долго, если я не аннулирую их, отправив письменную заявку по адресу:

People Incorporated
Attn: Legal and Compliance
3000 Ames Crossing Road, Suite 600
Eagan, MN 55121

Однако любые действия, уже предпринятые во время действия моего согласия или разрешения, останутся в силе (не могут быть отменены).

Подписываясь ниже, я соглашаюсь предоставить свое согласие и полномочия, как описано выше:

Имя, фамилия клиента печатными буквами

Дата рождения

Подпись клиента

Дата

Если от имени клиента подписывается родитель/опекун, пожалуйста, укажите следующую информацию:

Имя, фамилия родителя (имеющего или не имеющего опеки) или опекуна печатными буквами

Подпись родителя (имеющего или не имеющего опеки) или опекуна

Дата