DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)
VOLUNTARY PLACEMENT SERVICES

Разрешение на оказание медицинских / стоматологических услуг

Medical / Dental Services Authorization

Лицензированные поставщики услуг: имейте этот бланк при себе, обращаясь за экстренной или плановой медицинской / стоматологической помощью для детей, получающих обслуживание по Программе добровольного помещения для получения стационарных услуг Администрации по вопросам инвалидности вследствие пороков развития (DDA) и курируемых вами.

Настоящим подтверждается, что _____ , _____
ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА ДАТА РОЖДЕНИЯ

обслуживается по Программе добровольного помещения для получения стационарных услуг Администрации по вопросам инвалидности вследствие пороков развития (DDA), Департамент социального обслуживания и здравоохранения (DSHS).

Биологический / приемный родитель или законный опекун уполномочивает _____
ЛИЦЕНЗИРОВАННОГО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ

получать и давать направление на получение экстренной или плановой медицинской помощи для ребенка в соответствии с рекомендациями его лицензированного лечащего врача. Такая помощь может включать в себя плановые осмотры, вакцинацию, проверки зрения и/или слуха, плановый уход за больным ребенком, а также регулярные осмотры стоматолога и соответствующее лечение.

Лечение/уход, не являющийся экстренным (в частности, консультации и лечение, хирургические операции, анализы на ВИЧ, введение слуховых трубок, неврологические обследования, услуги врача-ортодонта и т.д.) подлежат предварительному утверждению и требуют консультаций с биологическим / приемным родителем или законным опекуном.

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ / ОПЕКУНА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА	ДАТА
ПОДПИСЬ ЛИЦЕНЗИРОВАННОГО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА	ДАТА
ПОДПИСЬ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА DSHS/DDA (СВИДЕТЕЛЯ)	НОМЕР ТЕЛЕФОНА	ДАТА

Данный бланк составлен в соответствии с условиями регламента RCW 7.70.065 – Согласие на основании полученной информации – Раздел 2(a)(iv).

В экстренном случае с участием ребенка лицензированный поставщик услуг обязан немедленно обратиться к биологическому / приемному родителю или опекуну ребенка, указанному выше, и в Программу добровольного помещения для получения стационарных услуг Администрации по вопросам инвалидности вследствие пороков развития / к социальному работнику.