

دستورات پیشرفته

این اعلامیه شامل جزئیات مهمی در مورد حقوق شما تحت قوانین فدرال و کالیفرنیا به عنوان عضو HEALTH NET CAL MEDICCONNECT می باشد.



شما حق دارید بگویید در صورتیکه نمی توانید برای خودتان تصمیم بگیرید، می خواهید چه اتفاقی برای شما و وضعیت بهداشتی شما بیفتد.

به واسطه شرایط اضطراری یا بیماری، برخی اشخاص نمی توانند در مورد مراقبت بهداشتی خودشان تصمیم بگیرند. شما حق دارید بگویید که می خواهید در این شرایط چه اتفاقی برای شما بیفتد.

بدین معنی که در صورت تمایل می توانید:

- یک فرم کتبی را پر کنید که به شخصی اختیاری قانونی می دهد تا در صورتیکه نتوانید بگویید که می خواهید چه اتفاقی بیفتد در مورد گزینه های پزشکی شما تصمیم بگیرد.
- به پزشکان خود سفارشات کتبی بدهید در مورد اینکه اگر نتوانید برای خودتان تصمیم بگیرید می خواهید چطور به مراقبت درمانی شما رسیدگی کنند.

اگر می خواهید از "دستورات پیشرفته" برای ارائه سفارشات خود استفاده کنید، باید اینکار را بکنید:

- فرم را دریافت کنید. اگر دستورات پیشرفته می خواهید، می توانید فرم را از وکیل خود، از مددکار اجتماعی، از انجمن پزشکی کالیفرنیا (California Medical Doctor Association) توسط تماس با شماره <1-800-786-4262> (خدمات ملی رله 711: TTY) یا از برخی فروشگاه های لوازم اداری دریافت کنید. این فرم در تارنمای دادستان کل کالیفرنیا به آدرس <https://oag.ca.gov/> نیز موجود می باشد.

گاهی اوقات می توانید فرم های دستورات پیشرفته را از سازمان هایی دریافت کنید که اطلاعاتی را در مورد Medicare در اختیار اشخاص قرار می دهند.

- آنرا پر کرده و امضاء کنید. علیرغم محلی که این فرم را دریافت می کنید، فراموش نکنید که این یک سند قانونی می باشد. فکر خوببست که از یک وکیل برای تهیه و تنظیم آن کمک بگیرید. در کالیفرنیا، دستورات پیشرفته باید در یک دفتر اسناد رسمی امضاء شود یا توسط حداقل دو شاهد امضاء شود که قوانین ایالتی را برآورده می کنند. قوانین کالیفرنیا تأکید می کنند که هر شاهد باید بزرگسالی بوده که می تواند:

- کارگزار منتخب شما باشد؛

- ارائه دهنده مراقبت های درمانی شما یا شخصی باشد که برای ارائه دهنده مراقبت های درمانی شما کار می کند؛ یا

- شخصی باشد که در محل زندگی شما کار می کند.

یک عضو خانواده نیز تنها می تواند به عنوان یکی از دو شاهد عمل کند.

(ادامه)

اگر در یک مرکز پرستاری تخصصی زندگی می کنید، دستورات پیشرفته شما باید توسط کارگزار درست امضاء شود تا فعال شود.

• رونوشت ها را در اختیار اشخاص مورد اعتماد خود قرار دهید. شما باید یک رونوشت را در اختیار پزشک خود و شخصی قرار دهید که در فرم ذکر کرده اید در صورتیکه نتوانستید تصمیمات بهداشتی بگیرید از سوی شما عمل کند.

ممکن است بخواهید که نسخه هایی از آنها به دوستان نزدیک یا اعضای خانواده نیز بدهید. حتماً یک نسخه از آنها در خانه نگه دارید.

اگر از قبل می دانید که قرار است به بیمارستان بروید و دستورات پیشرفته را امضاء کرده اید، یک نسخه را با خود به بیمارستان ببرید.

• اگر در بیمارستان پذیرفته شده اید، آنها از شما خواهند پرسید که آیا فرم دستورات پیشرفته را امضاء کرده اید و آیا آنها به همراه دارید.

• اگر دستورات پیشرفته را امضاء نکرده باشید، بیمارستان فرم هایی را در اختیار دارد و از شما سؤال خواهند کرد که آیا می خواهید آنها امضاء کنید.

لطفاً توجه داشته باشید که پر کردن دستورات پیشرفته به انتخاب خود شماست که شامل امضاء کردن آن در حین اقامت در بیمارستان می شود.

ما لازم است اطلاعات زیر را با شما در میان بگذاریم:

• ما نمی توانیم بر اساس اینکه شما دستورات پیشرفته را امضاء کرده اید یا نکرده اید مراقبت را از شما محروم کرده یا بر علیه شما تبعیض قائل شویم.

• اگر دستورات پیشرفته را امضاء کرده اید و عقیده دارید که پزشک یا بیمارستان از دستورالعمل های آن پیروی نکرده اند، می توانید شکایتی را به این نهاد تسلیم کنید:

Office for Civil Rights U.S. Department of Health & Human Services, 90
7th Street, Suite 4-100 San Francisco, CA 94103
شماره تلفن 1-800-368-1019. (TDD: 1-800-537-7697) می باشد.

• ما از پزشکان شبکه خود می خواهیم که در بخش اصلی پرونده پزشکی کنونی شما یادداشت کنند که آیا دستورات پیشرفته را امضاء کرده اید یا نکرده اید.

• ما باید از قوانین ایالتی در مورد دستورات پیشرفته تبعیت کنیم.

• ما کارکنان مان را در مورد روال ما برای دستورات پیشرفته آموزش می دهیم.

• ما آموزش های عمومی مربوط به دستورات پیشرفته را از طریق تارنمای ما، مطب پزشکان و گردهمایی های بهداشتی عرضه می کنیم.

می توانید اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود به عنوان یک عضو این برنامه درمانی را در دفترچه راهنمای اعضا و خلاصه مزایا دریافت کنید.

(ادامه)



سوالاتی دارید؟

Los Angeles:

1-855-464-3571

San Diego:

1-855-464-3572

کاربران TTY با شماره

711 تماس بگیرند

بخش خدمات اعضا

می تواند کمک کند.



ما برای کمک آماده ایم!

اگر هرگونه سوالاتی در مورد دستورات پیشرفته یا حقوق عضویت خود دارید - لطفاً با ما تماس بگیرید!

با بخش خدمات اعضای Health Net Cal MediConnect تماس بگیرید:

San Diego: 1-855-464-3572 ، Los Angeles: 1-855-464-3571
(کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند).

ساعات کاری دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8 صبح تا 8 شب می باشند. بعد از ساعات کاری، در آخر هفته ها و تعطیلات، می توانید پیام بگذارید. به تماس شما در روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد.

Health Net Community Solutions, Inc. یک برنامه درمانی تحت قرارداد با Medicare و Medi-Cal می باشد تا مزایای هر دو برنامه را به اعضا ارائه کند.

Health Net Community Solutions, Inc. یک شرکت وابسته به Health Net, LLC و Centene Corporation می باشد. Health Net, LLC علامت خدماتی ثبت شده Health Net, LLC می باشد. کلیه علائم تجاری/خدماتی دیگر تحت مالکیت شرکت های مربوطه آنها باقی می ماند. کلیه حقوق محفوظ است.

توجه: اگر زبان شما انگلیسی نیست، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشند. با شماره 1-855-464-3571 در Los Angeles County یا شماره 1-855-464-3572 در San Diego County (TTY: 711) از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8 صبح تا 8 شب تماس بگیرید. بعد از ساعات کاری، در آخر هفته ها و تعطیلات، می توانید پیام بگذارید. به تماس شما در روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. این تماس رایگان است.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Chinese Cantonese: 注意：如果您說中文，您可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). पर कॉल करें।

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。まで、お電話にてご連絡ください。

Farsi: توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Thai: เรียน: ถ้านคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ Եթե խոսում եք հայերեն, ասյա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցություն ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Laotian: ໂປດຊາຍ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Nondiscrimination Notice

Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

Health Net Cal MediConnect:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center at 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends, and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

If you believe that Health Net Cal MediConnect has failed to provide these services or discriminated in another way, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697) if there is a concern of discrimination based on race, color, national origin, age, disability, or sex.

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.