

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ВЫПИСКУ В ПРИЮТ
DHS (ПРИЮТ DHS ДЛЯ ОДИНОКИХ ВЗРОСЛЫХ
ИЛИ УЧРЕЖДЕНИЕ STREET SOLUTIONS)**

ТОЛЬКО для лиц, направляемых впервые

Название учреждения
системы

здравоохранения: _____

Имя и
фамилия
пациента: _____

Имя и фамилия назначенного
социального работника: _____

Я, _____ соглашаюсь на выписку в приют
(имя пациента)

системы DHS или учреждение Safe Haven. Мне объяснили, что других вариантов для выписки в данный момент нет, либо я отклонил (-а) следующие варианты размещения:

Я понимаю, что в большинстве приютов и учреждений Safe Haven не предоставляются круглосуточные услуги медсестры и медицинский уход. Я понимаю, что мне придется самостоятельно справляться с повседневными делами.

Также я понимаю, что имею право пользоваться услугами приюта системы DHS, не раскрывая информацию о состоянии моего здоровья. Я имею право получить копию настоящей формы.

Подпись представителя лечебного учреждения

Дата

Подпись пациента

Дата