

Medical / Dental Services Authorization

유면허 서비스 제공자: 발달장애행정국으로부터 자발 배치 서비스를 받고 귀하께서 보호 중인 아동의 응급 또는 정기 의료 / 치과 서비스를 받고자 할 때 이 양식을 지참하십시오.

본 양식은 \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
아동 이름 생년월일

위의 아동이 보건사회부(Department of Social and Health Services) 발달장애행정국으로부터 자발 배치 서비스를 받고 있음을 확인합니다.

친부모 / 입양부모 또는 법적 보호자는 \_\_\_\_\_  
유면허 서비스 제공자가

아동을 치료하는 건강관리 서비스 제공자의 권고에 따라 유면허 정기 및 응급 의료, 치과 검진과 치료를 받고 서명할 수 있도록 승인합니다. 이 정기 검진은 아동의 검사와 예방주사, 시각 및/또는 청각 검사, 질병 아동의 정기 검진 및 정기 치과 검사와 치료를 포함합니다.

비 응급 관리(예를 들어 상담과 치료, 수술, HIV 테스트, 이어 튜브의 삽입, 신경 검사, 치과 교정 등)는 사전 승인을 받아야 하며 친부모/입양부모 또는 법적 보호자와의 상담이 필요합니다.

부모/보호자 서명	전화번호	날짜
유면허 서비스 제공자의 서명	전화번호	날짜
DSHS/DDA 사회복지사의 서명 (입회인)	전화번호	날짜

본 양식은 RCW 7.70.065 - 사전 동의 - Section 2(a)(iv)에 따라 작성되었습니다.

본 아동의 응급 상황 발생 시 유면허 서비스 제공자는 위의 친부모/입양부모 또는 보호자와 발달장애행정국(DDA), 자발 배치 서비스(VPS) / 사회복지사에게 즉시 연락을 취할 책임이 있습니다.