



The Northwest Catholic Counseling Center  
8383 NE Sandy Blvd, Suite 205  
Portland, OR 97220  
(503) 253-0964  
www.nwcounseling.org

# 欢迎信

## Welcome Letter

欢迎来到西北天主教咨询中心 (NCC)。选择开始或继续这段自我之旅是一种令人难以置信的勇气、力量和希望的行为。我们的承诺是颂扬您的这些品质，为您提供一个安全的环境，让您不加评判地表达自己，并建立信任的治疗关系，支持您实现目标。

### 新客户文书工作

- 您的客户端中包含的文件**迎新包**是为了**仅供参考**。您无需填写迎新包中的任何表格即可开始服务。请花些时间查看所有文件，如有任何问题或疑虑，请随时联系您的临床医生。您已收到迎新包的纸质或电子副本，您可以随时参考。
  - 迎新包文件包括：
    1. 客户欢迎信
    2. 精神健康治疗信息及表格声明
    3. 个人权利和责任
    4. 申诉和上诉政策及表格
    5. 隐私惯例通知
    6. 俄勒冈州选民登记信息和表格
    7. 远程医疗服务政策
    8. 传染病风险和预防政策
    9. 费用协议政策
    10. 善意估价表
  
- 您的客户端中包含的文件**接收包**必须填写并返回在您第一次预约之前告知您的临床医生。
  - 请使用以下格式之一提交所需表格：
    - 使用登录信息登录您的客户门户，该信息将由我们的门户系统 DrCloudEMR 发送到您的电子邮件地址。按照说明填写所需的收据包表格并上传带照片的身份证件和保险卡的副本；或者
    - 联系您的临床医生，安排您在第一次预约时提前 1 小时到达，并在我们的大厅完成文书工作。请携带带照片的身份证件和保险卡。
  - 接收包文件包括：
    1. 治疗服务的知情同意
    2. 费用协议
    3. 计费授权
    4. 社会心理问卷
    5. 广泛性焦虑症评估 (GAD-7)
    6. 患者健康调查问卷 (PHQ-9)
    7. 创伤后应激障碍检查表 (PCL-5)
    8. 您的临床医生的专业披露声明 (PDS)
  - 您的临床医生可能会添加到您的数据包中的被视为“根据需要”的摄入数据包文件包括：
    - 研究生实习临床医生知情同意书
    - 信息发布授权
    - 经济援助资格
    - 第三方支付人授权

## 服务

- 咨询服务需预约，周一至周五上午 9 点至下午 5 点，晚上也有服务。服务在办公室内通过远程医疗提供。
- 除非与您的临床医生另有安排，否则预约时间通常为 50-60 分钟。我们的会议频率预计每周开始一次，然后每隔一周，依此类推，总共 24-36 次会议。但是，请注意，您的临床医生可能会在治疗过程中随时重新评估您的具体需求，并建议调整此疗程的频率/持续时间。
- NCC 雇用有执照的专业咨询师、专业咨询助理、有执照的临床社会工作者、临床社会工作者和研究生实习生。我们所有的临床医生均已在适当的委员会获得许可和/或注册，并接受所需的临床监督。
- 如果您因任何原因希望终止临床医生的护理，请在最后一次治疗前通知他们，以便他们准备为您制定善后护理计划，并转介绍给其他可能更适合您需求的临床医生。如果您的临床医生因任何原因需要终止护理，我们将尽快联系您，并将您转介绍给他们预计能够满足您需求的其他临床医生。

## 保密性

- 您的隐私、安全和信任对我们很重要。所有客户记录以及临床会议中讨论的信息均予以保密。例外情况在我们的隐私惯例通知中有详细说明，该通知在 NCC 迎新资料包中提供给您。
- 如果您有额外的心理健康专业人员或法定监护人参与您的护理，我们将建议您填写信息发布授权表，以便我们可以协调护理。
- 我们的员工不接受当前或以前的客户在任何社交网站上的联系请求。

## 申诉和上诉

- 您有权利和责任与 NCC 工作人员沟通您对治疗的任何疑虑。我们努力确保所有问题都得到尽可能快速、简单和公平的解决。
- 请查看 NCC 迎新资料包中的我们的申诉和上诉政策，以获取有关如何在需要时提出申诉或上诉的指导。

## 付款及费用

- NCC 是一个独立的非营利组织，由于社区捐助者和前客户的持续慷慨解囊，该组织能够向有需要的人提供负担得起的精神卫生服务。话虽这么说，支付客户费用对于保持我们的组织和我们的使命的活力也发挥着关键作用。
- 因此，应在提供服务时付款。如果您遇到经济困难，请告诉我们，我们很乐意讨论经济援助。所有退回的支票或借记卡/信用卡停止付款均需支付 20.00 美元的费用。
- 如果您选择使用保险，我们将尽一切努力使用我们存档的信息向他们开具账单。您有责任通知我们您的保险的变更，并支付您的保险不承保的任何余额（例如免赔额、共付额、共同保险等）。
- 预约必须至少提前 24 小时取消或重新安排，以避免支付 50 美元的延迟取消费。此外，连续 3 次“缺席”后，您的治疗可能会暂停，因此请承诺定期参加治疗。

## 紧急情况

- 如果您有伤害自己或他人的想法，请尽快通知您的临床医生，以便他们与您一起制定计划以维护您的安全。如果出现心理健康危机，请前往最近的紧急护理诊所或联系以下支持热线之一：
  - 危机短信专线：发送短信 OREGON 至 741741
  - 生命热线：800-273-8255
  - 摩特诺玛县危机热线：800-716-9769

感谢您花时间查看这些政策。我们期待与您合作。

尊敬，  
西北天主教咨询中心



The Northwest Catholic Counseling Center  
8383 NE Sandy Blvd, Suite 205  
Portland, OR 97220  
(503) 253-0964  
www.nwcounseling.org

## 心理健康治疗信息声明

### Declaration for Mental Health Treatment Information

您可以在下面找到有关心理健康治疗声明的信息。

如果您想填写自愿心理健康治疗声明表，您可以在您的客户门户的“临床表格”选项卡下找到一份电子副本，也可以在您的迎新资料包中、我们的大厅找到一份纸质副本，或者根据任何要求NCC工作人员。

如果需要，请与您的临床医生联系，以获得填写此表格的额外支持。

- 心理健康治疗声明表是俄勒冈州的一份法律文件，在您无法自行做出护理决定的情况下，它允许您现在就未来的心理健康护理做出决定。
- 只有法庭和两名医生才能决定您不能自己做出护理决定。
- 您也可以使用此表格指定一位成年人，当您无法自己做出心理健康选择时，他可以为您做出选择。
- 此人必须书面同意代表您。您指定的人必须遵循您的意愿。如果没有人知道您的愿望，则您指定的人必须为您制作。他们必须做出符合您最大利益的决定。
- 心理健康治疗声明的有效期为三(3)年。如果您无法做出决定，本文件将继续有效，直到您能够做出自己的决定为止。
- 只要您有能力自己做出决定，您就可以随时更改或取消您的声明。
- 务必将填妥的表格交给您的临床医生，并将副本交给您的代表人。
- 有关心理健康治疗宣言的更多信息，请访问俄勒冈州网站：  
<https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le9550.pdf>



**注意：这是一份法律文件，其中包含有关受影响人员的偏好或心理健康治疗指示的重要信息。**

我，\_\_\_\_\_，是一名心智健全的成年人，自愿作出此声明，接受心理健康治疗。

如果一两名法庭医生认定我无法为自己做出决定，因为我接收和有效评估信息的能力或传达决定的能力受到严重损害，以致于我缺乏拒绝或同意心理健康治疗的能力，我希望遵循这一声明。

“精神卫生治疗”是指以精神活性药物治疗精神疾病、在医疗机构住院和留置期限不超过17天、惊厥治疗和本声明所规定的门诊服务。

### **决策者的选择**

如果我无法给予或拒绝知情同意接受心理健康治疗，我希望由以下人员做出以下决定：（*仅需填写姓名首字母*）

\_\_\_\_\_ 我的指定代表与我的意愿一致，或者，如果我的代表不知道我的意愿，则指定代表认为符合我的最佳利益。

\_\_\_\_\_ 由心理健康治疗提供者提供，他们必须征得我的同意才能对我进行治疗，但仅限于本声明中明确授权的范围。

### **委任代表**

如果我选择在我无法履行职责时任命一名代表来为我做出心理健康治疗决定，我将在此指定该代表。我还可以指定一名替代代表来服务。我任命的每个人都必须接受我的任命才能服务。我理解，我不需要任命代表来填写此声明。

我特此任命：

姓名：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

电话：\_\_\_\_\_

在我无法给予或拒绝对治疗表示知情同意的情况下，作为我的代表，为我的心理健康治疗做出决定。

### **（选修的）**

如果上述人员拒绝或无法代表我行事，或者我撤销该人员作为我的代表的权限，则我授权以下人员作为我的代表：

姓名：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

电话：\_\_\_\_\_

我的代表有权根据我在本声明中表达的意愿做出决定，或者，如果未表达，则根据我的代表所知的其他方式做出决定。如果我的意愿未表达，并且我的代表未以其他方式知晓，我的代表应采取其认为符合我最佳利益的行动。我的代表还有权接收有关拟议心理健康治疗的信息，并接收、审查和同意披露与该治疗有关的医疗记录。

**心理健康治疗指南**

本声明允许我陈述关于精神健康治疗的意愿，包括精神活性药物治疗、在医疗机构中接受精神健康治疗并逗留不超过 17 天、抽搐治疗和门诊服务。

如果我无法给予或拒绝对心理健康治疗给予知情同意，我的愿望是：

**我同意以下心理健康治疗：**

(可能包括药物的类型和剂量、短期住院治疗、首选提供者或设施、运送至提供者或设施、抽搐治疗或替代门诊治疗。)

---

---

---

**我不同意以下心理健康治疗：**

(考虑包括您的理由，例如过去的不良反应、过敏或误诊。请注意，如果一个人根据民事承诺法被拘留，则可能会在未经同意的情况下接受治疗。)

---

---

---

**关于我的心理健康治疗需求的其他信息：**

(考虑包括心理或身体健康史、饮食要求、宗教问题、通知人员和其他重要事项。)

---

---

---

**您必须在此处签名并注明日期以使此声明生效：**

---

印刷体姓名及签名 日期

## 证人证言

我确认签署此声明的人：

- a) 本人认识；
- b) 在我面前在本声明上签署或承认其签署；
- c) 心智健全，未受到胁迫、欺诈或不当影响；
- d) 与我没有血缘关系、婚姻关系或收养关系；
- e) 不是我或我的亲属所拥有或经营的机构的患者或居民；
- f) 不是我的病人，也没有接受我或我的亲属提供的心理健康服务；并且
- g) 未在本文件中指定我为代表。

见证人：

---

见证人正楷姓名及签名

---

日期

---

见证人正楷姓名及签名

---

日期

## 接受代表任命

我接受此任命并同意担任代表，做出心理健康治疗决定。我理解，我必须按照我所代表的人的意愿行事，如本声明中所述，或如未表达，则以我所知的方式行事。如果我不知道我所代表的人的意愿，我有责任采取我真诚认为符合该人最佳利益的行动。我理解，本文件赋予我权力，仅在在该人被法院或两名医生判定无能力做出这些决定时，才有权做出有关心理健康治疗的决定。我理解，当该人并非无能力时，任命我的人可以通过向主治医生或其他提供者传达撤销声明的全部或部分內容。

---

代表正楷姓名及签名

---

日期

## 致作出心理健康治疗声明的人的通知

这是一份重要的法律文件。它创建了心理健康治疗声明。在签署此文件之前，您应该了解以下重要事实：

- 该文件可让您提前决定某些类型的心理健康治疗：精神活性药物、短期（不超过 17 天）入院治疗、惊厥治疗和门诊服务。门诊服务是由持证专业人员和项目预约提供的心理健康服务。
- 只有当法院或两名医生认为您没有能力做出治疗决定时，才会遵循您在此声明中包含的指示。否则，您将被视为有能力同意或拒绝接受治疗。如果您根据民事承诺法被拘留，您的指示可能会被推翻。
- 您还可以指定一名代表，在您丧失行为能力时为您做出治疗决定。您指定的代表有责任按照本文件中所述或代表所了解的其他方式行事。如果您的代表不知道您的意愿，他或她必须做出符合您最佳利益的決定。为使任命生效，您指定的代表必须以书面形式接受任命。
- 此人还有权随时退出您的代表身份。州法律中，“代表”也称为“实际代理人”，但此人无需是律师。
- 本文件将持续有效三年，除非您不再有能力参与心理健康治疗决策。如果发生这种情况，该指令将继续有效，直到您不再无能力为止。
- 在您被判定为无行为能力之前，您有权随时全部或部分撤销本文件。当法院或两名医生认为您无行为能力时，您不得撤销本声明。
- 当您撤销通知您的主治医生或其他医疗服务提供者时，撤销即生效。
- 如果您对本文件有任何不理解之处，请律师为您解释。本声明必须由两名您本人认识且在您签字或确认签字时在场的合格见证人签字，否则无效。

### 通知医生或医疗服务提供者

- 根据俄勒冈州的法律，一个人可以使用此声明来表示同意接受心理健康治疗，或者在其无法做出决定时指定代表来做出心理健康治疗决定。
- 如果根据法庭或两名医生的意见，某人接收和有效评估信息的能力或传达决定的能力受到严重损害，以致于目前缺乏做出心理健康治疗决定的能力，则该人即为“无行为能力”。
- 该文件在交付给个人医生或其他医疗服务提供者时生效，并在撤销或过期之前一直有效。医生或医疗服务提供者收到此声明后，必须将其作为个人医疗记录的一部分。根据声明的授权行事时，医生或医疗服务提供者必须尽可能地遵守声明。
- 如果医生或提供者不愿意遵守声明，医生或提供者可以根据专业判断停止提供治疗，并且必须及时通知该人和该人的代表，并将该通知记录在该人的医疗记录中。
- 根据本声明的有效性并善意信赖其有效性实施或不实施心理健康治疗的医生或服务提供者不会因随后发现该声明无效而受到刑事起诉、民事责任或专业纪律处分。



### 每个在西北天主教咨询中心(The Northwest Catholic Counseling Center)接受服务的个人都有以下权利:

1. 在服务开始时以及之后定期被告知这些权利和责任;
2. 免于基于种族、民族、性别、性别认同、性别表达、性取向、宗教、信仰、国籍、年龄、家庭或婚姻状况、收入及残疾的歧视;
3. 受到尊严、尊重和关怀的对待,并享有宗教自由;
4. 在安全、清洁和舒适的环境中,接受具有文化适应性、创伤知情的以及循证的服务;
5. 接受对个人自由限制最少、对个人侵扰最少且能提供最大独立性的服务;
6. 在与当前情况一致的前提下,尽可能及时地接受服务;
7. 了解 NCC 的政策和程序、服务协议及适用于所提供服务的费用,并有代表协助理解所提供的信息;
8. 以个人能够理解的语言和形式接受项目介绍及其他信息;
9. 了解所有服务内容,包括预期结果和可能的风险;
10. 在服务开始前,除非遇到紧急医疗情况或法律允许的情况,书面提供知情同意(14岁或以上的未成年人可以提供知情同意);
11. 参与制定书面的服务计划,获得一份副本,并根据计划接受服务,参与定期的需求审查和重新评估;
12. 允许家属和监护人参与服务的规划和提供;
13. 在转移前收到事先通知,除非转移情况对安全构成威胁;
14. 根据《俄勒冈州法令》179.505 检查其服务记录;
15. 根据《俄勒冈州法令》、HIPAA 和 42 CFR 第 2 部分的规定,确保隐私和保密性;
16. 有权要求相关委员会确认其临床医生的资格;
17. 提交申诉,包括对申诉结果提出上诉;
18. 拒绝治疗和/或参与实验;
19. 免于以下基于强迫、纪律、方便或报复的行为:
  - 心理和身体虐待或忽视;
  - 隔离、个人约束、机械约束和化学约束;
  - 剥夺住所、膳食、药物、衣物或身体功能支持;
  - 由另一个接受服务的个人对其进行纪律惩罚;
  - 以逐步减少处方药物为条件,作为接受或继续接受治疗的前提;
20. 行使所有权利,包括《俄勒冈州法令》109.610-109.697 中规定的 14 岁以下儿童的权利以及《俄勒冈州法令》426.385 中对被承认接受服务的个人的权利,并且报告所有权利侵犯行为而不受任何形式的报复。

#### 有用的联系信息

OHA 健康系统部门- (503) 945-5763  
俄勒冈残疾全力组织- (503) 243-2081  
俄勒冈健康共享- (503) 416-8090  
州长倡导办公室- (503) 945-6904



西北天主教心理咨询中心（NCC）致力于提供尊重并维护您作为客户的个人权利的专业心理咨询服务。作为客户，您有权利和责任向 NCC 员工表达您对治疗的任何疑虑。我们努力确保所有问题能够尽快、公平、简单地得到解决。请参考以下政策和程序，以了解如何在必要时提交投诉。

### **步骤 1：非正式投诉**

- 尽量通过与直接相关并最能帮助您的人员（如临床医生或其他员工）交流，尝试在非正式层面解决问题。
- 如果这种方式不可行或未能成功，您可以要求与该人员的主管对话。
- 如果问题在主管层面未能解决，您可以要求与执行主任对话。

### **步骤 2：正式投诉**

- 如果问题无法通过非正式方式解决，您可以填写书面投诉，使用《客户投诉和上诉表》。  
**《客户投诉和上诉表》可在客户门户的入院资料包中以电子形式找到，或访问我们的网站 [nwcounseling.org](http://nwcounseling.org)。纸质表格可以在我们大厅的客户纸质入院资料包中找到，也可以向任何 NCC 工作人员索取。**
- 表格必须完整填写、签署并注明日期，才能被接受。
- 您可以亲自或通过邮寄方式提交填写完成的表格，地址为：  
西北天主教心理咨询中心 8383 NE Sandy Blvd Suite 205 Portland OR 97220。
- 您可以授权法律代表在投诉或上诉过程中代表您行事。
- **紧急投诉（如适用）：**在投诉事项可能在投诉程序完成前对您造成伤害的情况下，您或您的法律代表可以请求加急审查。指定的NCC工作人员将在收到投诉后48小时内审查并回应。书面回应将包含有关上诉程序的信息。

### **步骤 3：NCC 的回应**

- 在指定的NCC工作人员收到您的投诉后的3个工作日内，您或您的法律代表将收到书面确认。
  - 临床经理将监督投诉处理过程。
  - 如果投诉涉及临床经理，则执行主任将监督该过程。
  - 如果投诉涉及执行主任，则NCC董事会将处理该投诉。
- 指定的NCC工作人员将在收到投诉后的30个日历日内完成调查。
- 工作人员将在做出决定后的3个工作日内向您或您的法律代表发送书面回应。书面回应将概述调查过程、调查结果、决定及行动计划（如适用）。书面回应还将包括上诉程序的相关信息。

**请注意：**投诉人、证人或员工不会因报告、参与投诉的面谈或作为证人而受到NCC的报复、歧视或其他处罚。投诉人对于善意提出的投诉或其内容，享有民事或刑事责任豁免权。投诉将根据适用法律和NCC政策保密处理。投诉和上诉记录由临床经理维护的保密日志中，并可由OHA健康系统部门审核。

### **有用的联系信息**

OHA 健康系统部门 - (503) 945-5763  
残疾权利组织 - (503) 243-2081  
俄勒冈健康共享 - (503) 416-8090  
州长申诉办公室 - (503) 945-6904



The Northwest Catholic Counseling Center  
8383 NE Sandy Blvd, Suite 205  
Portland, OR 97220  
(503) 253-0964  
www.nwcounseling.org

客户投诉和上诉表  
Grievance and Appeal Form

将填写完整的投诉和上诉表格亲自或通过邮寄方式提交至：

**The Northwest Catholic Counseling Center, 8383 NE Sandy Blvd, Suite 205, Portland, OR 97220**

我希望提交以下内容（请选择一项）

投诉

上诉

\*紧急投诉

\*注：请参阅NCC《投诉和上诉政策》中的紧急投诉要求。

姓名和出生日期: \_\_\_\_\_ 今天的日期: \_\_\_\_\_

与客户的关系: \_\_\_\_\_ 电话: \_\_\_\_\_

邮寄地址: \_\_\_\_\_

客户姓名和出生日期（如非本人填写表格）: \_\_\_\_\_

事件发生日期/事件: \_\_\_\_\_ 涉及的人员: \_\_\_\_\_

简要描述促使您提出此次投诉/上诉的问题（如有需要，请附加额外页）

---

---

---

---

简要描述您为解决问题采取的行动

---

---

简要描述您认为满意的解决方案

---

---

我已阅读并理解 NCC 《投诉和上诉政策》。我确认我填写的信息真实、正确。

\_\_\_\_\_  
填写表格人员签名

\_\_\_\_\_  
日期



## OFFICE FOR CIVIL RIGHTS

# 您的健康信息隐私权

多数人都认为我们的健康信息是私人的，应该得到保护。因此联邦制订了相关法律，就哪些人员能够查看和获得我们的健康信息，对医疗服务提供方和健康保险公司做出了规定。这项法律称为 Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)，其中赋予了您对自己的健康信息所拥有的权利。包括获得个人信息复印件，确保其正确性，并了解哪些人曾经查看过您的信息的权利。

### 获取信息。

您可以要求查看或获取一份您的病历记录及其他健康信息的复印件。如果您想要复印件，则可能需要以书面提出要求并支付复印和邮寄费用。多数情况下，您的复印件必须在 30 日内交付与您。

### 检查信息。

您可以要求更改您文件中的任何错误信息，或添加某些您认为遗漏或不完整的信息。例如，如果您与医院均同意文件中所记录的测试结果是错误的，则医院必须更正该信息。即使医院相信测试结果是正确的，您仍有权将自己的异议标注在文件上。多数情况下，文件应该在 60 日内进行更新。

### 了解哪些人查看过信息。

根据法律，您的健康信息可以因与您的护理没有直接关系的特定原因而供他人使用和共享，比如确保医生的护理是否得当，确保养老院是否干净安全，在您的区域发生流感时进行报告，或者按州或联邦法律的要求报告等。在许多此类情况下，您可以查到有哪些人查看过您的健康信息。

您可以：

- 了解医生或健康保险公司是如何使用和共享您的健康信息的。一般来说，未经您的许可，您的健康信息不可用作与您的护理没有直接关系的用途。例如，未经您的书面许可，医生不能将此信息透露给您的雇主，或以营销和广告为目的共享您的信息。当您首次前往一个新的医疗服务提供方或获得新的健康保险时，可能会收到一个通知，告知您健康信息的使用方式，但您也可以随时要求索取另一份复印件。
- 如果您有不愿共享的信息，请告知的医疗服务提供方或健康保险公司。您可以要求不要将自己的健康信息与特定的人、团体或公司共享。比如，当前往诊所时，您可以要求医生不要与诊所里的其他医生或护士共享病历。如果您全额支付了护理或药物的费用，而无需让您的保险公司代为向提供方或药房支付费用，您还可以要求您的医疗服务提供方或药房不得向健康保险公司披露您所接受的护理或使用的药物。最后，您还可以提出其他限制要求，但对方不一定会同意按照您的要求做，尤其是当这些要求可能会对您的护理造成影响时。

- **要求在家以外的其他地方联络。**您可以提出在不同地点联系或以不同方式联系等合理要求。例如，您可以要求护士将电话打到办公室而不是家里，或者寄一封有信封的信件而非直接写在明信片上。

如果您认为自己的权利遭到了拒绝或健康信息没有得到保护，您有权向医疗服务提供方、健康保险公司或 U.S. Department of Health and Human Services 投诉。

如需了解更多关于您的健康信息隐私权的信息，请访问：[www.hhs.gov/ocr/privacy](http://www.hhs.gov/ocr/privacy)。



For more information, visit [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr).

U.S. Department of Health & Human Services  
Office for Civil Rights

# 俄勒冈州选民登记卡

## 您可以使用此表格以：

- 登记投票
- 更新您的信息

- 1 请用黑色或蓝色钢笔以正楷填写此表格。
- 2 请在表格上签名。
- 3 请将表格邮寄或寄至您的县选举办公室。

您的县选举办公室将寄给您一张选民通知卡。

[oregonvotes.gov](http://oregonvotes.gov)

☎ 1 866 673 8683

TTY 1 800 735 2900  
对于听力障碍人士

## 信息披露

在俄勒冈州选民登记卡上提交的信息是公开记录。但是，根据法律规定，在俄勒冈州驾照部分提交的信息应予以保密。

## 协助

如果您登记投票或投票时需要帮助，请联系您的县选举官员。联系信息请参见背页。

→ 如果您年满 18 岁，您在 18 岁生日当天或之后有选举活动之前不会收到选票。

🕒 登记投票的截止日期是选举前的第 21 天。

📄 只有已登记的选民才有资格签署请愿书。

→ 您必须提供有效的俄勒冈州驾照、通行证或身份证号。被暂时吊销的驾照是有效证件，被吊销的驾照是无效证件。

-或-

如果您没有有效的俄勒冈州身份证，请提供您的社会保障号的最后四位数。

-或-

如果您没有有效的俄勒冈州身份证或社会保障号，请提供以下资料之一的副本，这些资料上面应显示您的姓名和当前地址。

## 可接受的身份证明

- 有效、带照片的身份证明
- 工资单
- 公用事业账单
- 银行对账单
- 政府文件
- 根据《服役及海外公民缺席投票法案》(UOCAVA) 或《老年人和残疾人投票无障碍法案》(VAEH) 符合资格的证明。



SCH SEL 500 rev 01/2024

## 资格

您是美利坚合众国的公民吗？ 是 否  
您是否年满 16 岁？ 是 否

⚠️ 如果您对任何问题回答“否”，请勿填写此表格。

## 个人信息\*必填信息

姓氏\* 名字\* 中间名  
俄勒冈州住址（包括公寓或房号）\* 城市\* 邮政编码\*  
出生日期（年/月/日）\* 居住县  
电话 电子邮件  
邮寄地址（如与住址不同则必须填写） 城市/州 邮政编码

## 俄勒冈州驾照/身份证号

请提供有效的俄勒冈州驾照、通行证或身份证：

我没有有效的俄勒冈州驾照/通行证/身份证。我的社会保障号 (SSN) 的最后 4 位数是

X X X - X X -

我没有有效的俄勒冈州驾照/通行证/身份证或 SSN。  
我已附上可接受身份证明的副本。

## 政党

并非党派成员  
宪法党  
民主党  
独立党  
自由党  
无标签党  
太平洋绿党  
进步党  
共和党  
工人家庭党  
其他 \_\_\_\_\_

📝 签名 我发誓或确认我有资格成为选举人，并且我在登记时所言属实。

在此签名 \_\_\_\_\_ 注明今天的日期 \_\_\_\_\_

⚠️ 如果您签署此卡并明知其包含虚假信息，您将面临最高 125,000 美元的罚款和/或长达 5 年的监禁。

🔄 登记信息更新如您正更新您的信息，请填写此部分。

以前登记的姓名 以前的县和州  
以前登记的家庭住址 出生日期（年/月/日）



远程医疗涉及通过音频和视频技术使用电子通信，使不同地点的医疗保健提供者能够提供心理健康护理并接收医疗信息，以进行评估和提供心理健康服务。提供者可以利用远程医疗来进行评估、提供治疗，并且共享的信息可以用于诊断、治疗、随访和/或教育。

#### 远程医疗权利

- 我了解保护隐私的法律和对心理健康信息保密的限制也适用于远程医疗。接受电子服务时的保密权有以下例外情况：
  1. 涉嫌虐待或忽视儿童或虐待或忽视老年人的情况；
  2. 发生或怀疑您或他人即将受到伤害；
  3. 法院系统、保险公司或相关机构要求的信息报告；
  4. 通过面对面或电子通信进行的临床监督和/或咨询。
- 我可以随时拒绝或撤回对使用远程医疗的同意。我了解取消远程医疗服务可能会中断或影响我接受治疗的能力。
- 我了解我的提供者有权随时拒绝或撤回他、她或他们对使用远程医疗的同意。由于需要更高水平的护理或远程医疗服务可能会影响隐私和安全风险，提供商可能会撤回同意。
- 我了解适用于心理保健实践的俄勒冈州社会工作和咨询许可或同事规则和条例也适用于远程医疗咨询服务。
- 我了解，由于远程医疗咨询的性质，提供商无法保证您直接环境的机密性。
- 未经我的书面同意，远程医疗会议不会被记录。
- 我了解远程医疗会议之前或期间可能会出现技术困难，并且我的预约可能无法按预期开始或结束。

#### 远程医疗的责任

- 我将在会议开始之前进入保密空间，或者如果任何其他人可以听到或看到我们会议的任何部分，请通知我的提供者。
- 我负责配置我的手机、平板电脑或计算机上用于远程医疗的任何技术。
- 我有责任在服务时本人处于我的提供者注册或许可的州。
- 我有责任在不受到酒精或药物影响或在会议期间使用药物的情况下参加会议。
- 未经我的提供者书面同意，不得录制远程医疗会议。
- 我了解我的保险可能会对可使用的技术类型施加限制，并且我的保险可能不承保远程医疗实践的额外费用，而我可能需要承担我的保险公司不承保的任何费用。
- 我同意我必须到场接受治疗，并且在治疗期间我不得操作车辆或同时处理多项任务。
- 我了解，在发生健康危机或大流行时，我可能需要将现场服务改为远程医疗形式。拒绝过渡到远程医疗服务可能会中断或影响我接受治疗的能力。
- 我了解，如果我身体不适并且当前有疾病症状，我将需要利用远程医疗。
- 我了解，如果我的提供者出现症状并且能够提供服务，他们将告知需要从面对面医疗过渡到远程医疗或重新安排下一次面对面预约。



传染病风险和预防政策在其《员工手册》中向所有员工提供，在开始服务之前在迎新资料包中向客户提供，并且还在 NCC 大厅向访客提供。

该政策描述了一套核心的感染预防和控制实践，也称为标准预防措施，所有医疗机构都需要这些实践，无论提供何种类型的医疗保健。遵守这项政策对于提供安全和高质量的客户服务至关重要。

本政策适用于所有客户、员工、志愿者和访客，无论诊断或推测的感染状况如何。所有员工都有责任了解感染控制原则、评估情况并实施下述标准预防措施。

### **标准预防措施包括：**

#### **1. 手部卫生**

- a. 无论是否戴手套，在接触个人和所有身体物质之前和之后都要保持手部卫生。
- b. 如果手接触到血液或体液，请立即用肥皂和水或含酒精的洗手液清洗。

#### **2. 环境清洁消毒**

- a. 经常接触的表面以及靠近客户和员工的任何其他表面应每天清洁和消毒。
- b. 任何已知的空间或物品受到潜在传染性物质（例如体液）污染的情况，应立即戴上手套进行消毒。

#### **3. 个人防护用品的使用**

- a. 所有客户和员工均应可根据要求在公共区域使用个人防护装备 (PPE)，包括手套和口罩。
- b. 当处于与另一个人距离很近（6 英尺或更远）的封闭空间时，无论诊断或假定的感染状况如何，都建议使用所提供的个人防护装备。
- c. 当预计会接触体液或空气传播的病原体时，需要使用所提供的个人防护装备。

#### **4. 呼吸卫生和咳嗽礼仪**

- a. 咳嗽或打喷嚏时请采取预防措施，包括捂住嘴、使用纸巾、戴口罩（如果可能）并使用洗手液。NCC 周围的公共空间均向您提供纸巾、口罩和洗手液。
- b. 出现呼吸道感染症状的工作人员、客户和访客将被要求离开，直到症状改善。
- c. 在客户预约的情况下，我们鼓励客户与临床医生讨论将其会议更改为远程医疗或根据需要重新安排。
- d. 如果感染症状与 COVID-19 一致，则要求该人在返回前隔离不少于 5 天。
- e. 心肺复苏期间应使用通气装置。

#### **5. 锐器安全**

- a. 如果您遇到可能与血液接触的针头或其他物品，请立即通知工作人员（或您的主管）。请勿触摸该物品。

在社区呼吸道病毒传播较高水平期间，NCC 应要求所有客户、工作人员和访客在进入时佩戴口罩，以确保可能具有传染性的人更好地遵守呼吸道卫生和咳嗽礼仪。应将这一要求通知客户，以便在需要时将预约更改为远程医疗。如果发生公共卫生紧急情况，NCC 将遵循 CDC/州流行病学家关于使用个人防护装备、社交距离和其他预防措施的建议。



The Northwest Catholic Counseling Center  
8383 NE Sandy Blvd, Suite 205  
Portland, OR 97220  
(503) 253-0964  
www.nwcounseling.org

## 费用协议政策 Fee Agreement Policy

### 客户表格

- 在接受服务之前，所有客户均应检查以下内容：
  - 费用协议政策，概述了 NCC 与客户相关的财务政策。
  - 善意估算文件，其中列出了我们服务的预期成本。
- 在接受服务之前，如果财务信息发生变化，所有客户均应签署以下协议：
  - 费用协议表，获得客户同意为向其提供的服务支付费用。
  - 计费授权表，获得客户对 NCC 计费 and 接收付款的授权。
- 在接受服务之前，如果财务信息发生变化，客户可以根据需要完成以下操作：
  - 经济援助资格表，该表确定客户根据经济困难获得费用折扣的资格。
  - 第三方付款人授权表，该表获得第三方付款人的授权，以便 NCC 向其开具账单并代表客户接收付款。

### 费用和付款

- 需在提供服务时付款。
- NCC 通过客户端或nwcounseling.org 接受现金、借记卡/信用卡、支票和电子支付。客户还可以保留借记卡/信用卡以用于自动付款。
- 退回支票或借记卡/信用卡停止付款将收取 20.00 美元的费用。
- 如果客户的逾期余额超过 3 个疗程，则必须在安排额外预约之前收到付款。如果需要，客户可以联系我们的计费部门制定付款计划。

### 延迟取消政策

- 如果在没有充分通知的情况下取消会话，NCC 无法向其他客户提供预约空档。此外，NCC 无法为未保留的会话收取保险费。
- 因此，如果未至少提前 24 小时收到预约取消通知，则将向客户收取 50 美元的费用（或根据经济援助资格按 50 美元的百分比收取）。

### 第三方付款人

- 第三方付款人包括健康保险提供者、工伤赔偿/雇主以及客户主要监护人以外的家庭成员。
- NCC 将尽一切努力使用我们存档的信息向客户的第三方付款人收取费用。客户有责任通知 NCC 第三方付款人信息的变更。
- 第三方付款人可以支付客户的全部、部分或不支付服务账单。客户应对其免赔额、共付额/共同保险以及第三方付款人不承担的任何其他费用负责。
- 我们鼓励客户直接联系他们的保险提供商，询问有关保险范围的问题。

## 自费

- 如果客户没有保险或选择不使用保险，则被视为“自费”。
- 自付费客户有权请求并获得预期服务成本的诚信估算。
- 治疗频率和持续时间估计为每月 1-4 次，每次 50 分钟，共 24-36 次。根据客户及其临床医生的同意，这些估计值在整个治疗过程中可能会有所不同。
- 善意估算不能包括治疗期间出现的意外费用或特殊情况。
- 有关诚信估算的问题，请访问 [www.cms.gov/nosurprises/](http://www.cms.gov/nosurprises/) 或致电 (800) 985-3059。

## 经济援助

- 如果遇到经济困难，我们鼓励自费客户联系 NCC 计费部门填写经济援助资格表。
- 自费用客户有责任在签署更新的费用协议表格（注明经济援助折扣）之前支付 NCC 所提供服务的标准咨询费。



### NCC 标准心理咨询费用

预约类型	CPT 代码	每次服务费用
初次评估	90791	\$250
个人心理治疗 (16-37 分钟)	90832	\$150
个人心理治疗 (38-52 分钟)	90834	\$200
个人心理治疗 (53 分钟以上)	90837	\$250
家庭/夫妇心理治疗 (有无客户均可)	90846 or 90847	\$200
危机/紧急服务	90839	\$150
未出席/迟到取消费	N/A	\$50

注：预约时间预计为 50-60 分钟 (CPT 代码 90834 或 90837)

### NCC 经济援助滑动费率表

			每次服务折扣后的价格表						
费率等级 <sup>1</sup>	FPL 联邦贫困线	费用折扣	90791	90832	90834	90837	90846 or 90847	90839	为出席/迟到取消
6	0-50%	99%	\$3	\$1	\$2	\$3	\$2	\$1	\$1
5	51-100%	94%	\$15	\$9	\$12	\$15	\$12	\$9	\$3
4	101-150%	88%	\$30	\$18	\$24	\$30	\$24	\$18	\$6
3	151-200%	80%	\$50	\$30	\$40	\$50	\$40	\$30	\$10
2	201-250%	70%	\$75	\$45	\$60	\$75	\$60	\$45	\$15
1	251-300%	58%	\$105	\$63	\$84	\$105	\$84	\$63	\$21
N/A	301% +	N/A	\$250	\$150	\$200	\$250	\$200	\$150	\$50

注：以上数据基于 2025 年联邦贫困线标准 (见下表)

### 2025 年联邦贫困线 (FPL) 标准

家庭人数	50%	100%	150%	200%	250%	300%
1	\$652.08	\$1,304.17	\$1,956.25	\$2,608.33	\$3,260.42	\$3,912.50
2	\$881.25	\$1,762.50	\$2,643.75	\$3,525.00	\$4,406.25	\$5,287.50
3	\$1,110.42	\$2,220.83	\$3,331.25	\$4,441.67	\$5,552.08	\$6,662.50
4	\$1,339.58	\$2,679.17	\$4,018.75	\$5,358.33	\$6,697.92	\$8,037.50
5	\$1,568.75	\$3,137.50	\$4,706.25	\$6,275.00	\$7,843.75	\$9,412.50
6	\$1,797.92	\$3,595.83	\$5,393.75	\$7,191.67	\$8,989.58	\$10,787.50
7	\$2,027.08	\$4,054.17	\$6,081.25	\$8,108.33	\$10,135.42	\$12,162.50
8	\$2,256.25	\$4,512.50	\$6,768.75	\$9,025.00	\$11,281.25	\$13,537.50
9	\$2,485.42	\$4,970.83	\$7,456.25	\$9,941.67	\$12,427.08	\$14,912.50
10	\$2,714.58	\$5,429.17	\$8,143.75	\$10,858.33	\$13,572.92	\$16,287.50

注：以上数据基于美国卫生与公众服务部 (HHS) 发布的每月总收入标准