|  |  |
| --- | --- |
|  | **MARYLAND**  Department of Health |

BEHAVIORAL HEALTH ADMINISTRATION

Catonsville, MD 21228

**비자발적 입원 신청서**

환자의 복지에 관한 적법한 이해관계에 있는 사람이 본 비자발적 입원 신청서에 서명하고 신청할 수 있습니다(메릴랜드주 법률, 보건-일반 조항 §10-614). ***비자발적 입원 신청 시 DHMH 양식 #2 의사, 심리학자, 또는 정신병원 간호사의 증명서를 동봉해야 합니다***(메릴랜드주 법률, 보건-일반 조항 §10-615).

행동정신과 과장 귀하: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*시설명*

하기에 서명한 신청인, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_은 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(환자 이름)*

의 복지에 관한 적법한 이해관계에 있으며 정신병 관리 또는 치료를 위해 귀 시설에 환자를 입원시킬 것을 요청합니다.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*신청인 성명(정자체)* *신청인 서명*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*자택 또는 기관 주소* *환자와의 관계 또는 공식 자격*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*전화번호 날짜 시간*

Maryland Department of Health(메릴랜드 보건국)의 서비스 및 프로그램은 차별없는 치료를 기반으로 하며 1964년 Civil Rights Act(시민권리법) 제6부를 준수합니다. Spring Grove Hospital Center, 55 Wade Avenue, Catonsville, MD 21228의 Behavioral Health Administration(행동건강과) 과장 및 U.S. Department of Health and Human Services, 150 S. Independence Mall West, Suite 372, Philadelphia, PA 19106-3499의 Office of Civil Rights(시민권 사무국) 국장에게 차별 문제에 대한 불만을 서면으로 제기할 수 있습니다.

비자발적 입원에 대한 신청은 본 양식(보건-일반 조항, §10-615(3))을 이용해야 합니다.