

ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
(Закон о психической гигиене §§9.09, 9.13 и 9.23)

Заполнив и подписав эту форму, вы можете получить возможность госпитализации с целью лечения психического заболевания, которым страдаете вы или другое лицо младше 16 лет. Госпитализация будет организована на добровольной основе. Прежде чем заполнить эту форму, просим внимательно ознакомиться с приведенной ниже информацией.

Региональные и федеральные законы запрещают дискриминацию по признаку расы, этнической принадлежности, вероисповедания, национального происхождения, возраста, пола, сексуальной ориентации или инвалидности.

I. ТРЕБОВАНИЯ К ДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

A. ЗАЯВЛЕНИЕ

Для добровольной госпитализации в психиатрической больнице лицо старше 18 лет или лицо младше 18 лет, которое может дать согласие в соответствии с разделом 33.21 Закона о психической гигиене, обязано добровольно подать письменное заявление о госпитализации. Если этому лицу не исполнилось 16 лет, то письменное заявление о госпитализации должно быть подано одним из следующих лиц:

- родитель, законный опекун или ближайшие родственники;
- сотрудник социальной службы или правомочная организация, предоставляющая данному лицу уход и осуществляющая его опеку в соответствии с Законом о социальных услугах, с соблюдением условий судебного приказа или документа, оформленного в соответствии с разделом 384-а Закона о социальных услугах;
- комиссар Управления штата Нью-Йорк по делам детей и семьи (OCFS), действующий в соответствии с разделом 509 Закона об исполнительной власти;
- физическое лицо или уполномоченный представитель организации, осуществляющей опеку данного лица в соответствии с разделом 756 или разделом 1055 Закона о суде по семейным делам.

Если данное лицо старше 16 лет и младше 18 лет, директор больницы может по своему усмотрению госпитализировать это лицо в качестве добровольного пациента по его личному заявлению или по заявлению лица, уполномоченного подать заявление о госпитализации пациента младше 16 лет.

B. ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Директор больницы обязан установить, что у данного лица имеется психическое заболевание, требующее ухода и лечения в психиатрической больнице, и что добровольная госпитализация такого лица целесообразна в соответствии с условиями, описанными в пункте C ниже.

C. СООТВЕТСТВИЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ТРЕБОВАНИЯМ

Чтобы отвечать требованиям, предъявляемым к добровольной госпитализации, потенциальный пациент должен получить и понимать следующую информацию:

- что он подаёт заявление о госпитализации;
- что больница, в которую он подаёт заявление о госпитализации, является больницей для лиц с психическими расстройствами; а также
- что именно подразумевается под добровольным статусом и какие положения регулируют выписку или изменение статуса на принудительный.

D. ИЗМЕНЕНИЕ СТАТУСА

Вышеуказанные требования, касающиеся письменного заявления и соответствия госпитализации требованиям, распространяются и на изменение статуса пациента из принудительного на добровольный.

E. ЭЛЕКТРОННАЯ ПОДПИСЬ

В соответствии с Законом об электронных подписях и документах, формы OMH 472, 472-SR1 и 472-SR2 могут заполняться и подписываться в электронном виде, в том числе с использованием электронной медицинской карты поставщика услуг. Поставщики услуг должны обеспечивать возможность распечатывать эти формы и/или доставлять их в утверждённом формате пациенту, опекуну пациента, принимающей больнице и юридическим службам по вопросам психической гигиены.

II. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ О ДОБРОВОЛЬНОМ СТАТУСЕ

Пациенты, имеющие добровольный статус, должны получать письменное уведомление об их статусе и правах при госпитализации или изменении статуса на добровольный, а также каждые 120 дней после этого. Направляя такое периодическое уведомление, необходимо получить письменное согласие пациента на его дальнейшее добровольное пребывание в больнице, при этом копия такого согласия должна быть передана в Юридическую службу психической гигиены. Пациент, имеющий добровольный статус, может оставаться в таком статусе более двенадцати месяцев только в случае, когда целесообразность его госпитализации и его желание оставаться добровольным пациентом прошли проверку Юридической службы психической гигиены. В любое время и при наличии добровольного статуса пациент или лицо, действующее от имени пациента, может попросить Юридическую службу психической гигиены предоставить ему информацию или помощь. Дополнительная информация об этой службе приведена на следующей странице этой формы.

III. ПОЛОЖЕНИЯ О ЛИШЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ДОБРОВОЛЬНОГО СТАТУСА И ИЗМЕНЕНИИ ИХ СТАТУСА НА ПРИНУДИТЕЛЬНЫЙ

Пациент, имеющий добровольный статус, может быть: 1) оставлен в таком статусе; 2) условно выписан; 3) выписан; или 4) переведён в принудительный статус.

Пациент, имеющий добровольный статус и желающий покинуть больницу, должен направить директору больницы письменное уведомление. Получив такое уведомление, директор должен либо незамедлительно выписать пациента, либо, если имеются разумные основания полагать, что пациент отвечает критериям принудительной госпитализации, задержать такого пациента на срок до 72 часов. В течение этого 72-часового срока директор должен либо выписать пациента, либо обратиться в суд с ходатайством о принудительном оставлении пациента в больнице. Пациент будет уведомлён о своём праве на рассмотрение его дела.

Если суд установит, что пациент психически болен и нуждается в принудительной госпитализации, суд вынесет постановление, разрешающее держать пациента в больнице в течение не более шестидесяти дней после даты вынесения этого постановления. Если состояние пациента требует дальнейшей принудительной госпитализации, то в суд может быть подано ходатайство об оставлении пациента в больнице в течение шести месяцев и одного года и последующих двухлетних периодов.

Если пациент является несовершеннолетним и находится в возрасте 16 или более лет, ходатайство о его выписке может быть подано самим пациентом, лицом, подавшим заявление о госпитализации, лицом, состоящим в равных или более близких отношениях, или Юридической службой психической гигиены. Если такое уведомление будет направлено каким-либо другим лицом, директор может по своему усмотрению отказать в выписке пациента, при этом в случае такого отказа это другое лицо или Юридическая служба психической гигиены могут обратиться в суд с ходатайством о выписке пациента.

Если ходатайство о выписке направлено несовершеннолетним пациентом младше шестнадцати лет, директор может по своему усмотрению отказать в выписке пациента, при этом в случае такого отказа лицо, подавшее заявление о госпитализации несовершеннолетнего пациента, лицо, состоящее в равных или более близких отношениях, или Юридическая служба психической гигиены могут обратиться в суд с ходатайством о выписке пациента.

IV. УВЕДОМЛЕНИЕ ЮРИДИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ГИГИЕНЫ О ГОСПИТАЛИЗАЦИИ, ИЗМЕНЕНИИ ПРАВОВОГО СТАТУСА НА ДРУГОЙ, ПЕРЕВОДЕ ИЛИ ВЫПИСКЕ ПАЦИЕНТОВ МЛАДШЕ 18 ЛЕТ

При госпитализации лица младше 18 лет или изменении его статуса на другой Юридическая служба психической гигиены будет уведомлена о такой госпитализации или изменении статуса в течение трёх дней. В уведомлении будут указываться возраст и статус пациента при госпитализации.

Добровольные пациенты младше 18 лет, госпитализированные по их личным заявлениям, могут переводиться только с их предварительного согласия, кроме случая, когда письменное уведомление о предлагаемом переводе направлено в Юридическую службу психической гигиены за три дня до этого и у Службы имеется возможность увидеться с пациентом и проанализировать предлагаемый перевод.

Добровольные пациенты младше 18 лет, госпитализированные по заявлению другого лица, могут переводиться только с предварительного согласия пациента или его родителей или официальных опекунов (в надлежащих случаях), кроме случая, когда письменное уведомление о предлагаемом переводе направлено в Юридическую службу психической гигиены за три дня до этого и у Службы имеется возможность увидеться с пациентом и проанализировать предлагаемый перевод.

Юридическая служба психической гигиены немедленно получает письменные уведомления о выписке или переводе пациентов младше 18 лет.

V. ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

A. ЮРИДИЧЕСКИЕ УСЛУГИ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ ГИГИЕНЫ

Юридическая служба психической гигиены является органом Управления судебной администрации штата Нью-Йорк, который предлагает услуги правовой защиты, консультации и помощь, включая представительство всех пациентов, поступающих в психиатрические учреждения. Пациенты имеют право на получение информации об их правах в отношении госпитализации и лечения, а также на судебное слушание, представительство адвокатов и запрос независимых медицинских заключений.

Отделения Юридической службы психической гигиены имеются во многих психиатрических больницах. Те больницы, в которых нет такого отделения, представитель Службы посещает периодически и часто. Любой пациент или иное лицо от его имени может увидеться или пообщаться с представителем Службы, позвонив или написав непосредственно в отделение Службы или попросив об этом кого-либо из персонала палаты пациента. С представителем Юридической службы психической гигиены этой больницы можно связаться по адресу

B. КОМПЕНСАЦИЯ

Пациент несёт юридическую ответственность за оплату стоимости лечения. Дополнительную ответственность несут супруг (супруга) пациента, а в некоторых случаях — родители пациента, которому менее 21 года. Кроме того, юридическую ответственность несут комитет, опекун или попечитель целевого фонда, созданного для поддержки пациента, а также фидуциарий или получатель средств для пациента. При невозможности оплаты сборы могут отменяться или уменьшаться. Лицо, подавшее заявление об освобождении от оплаты или уменьшении её размера, обязано сотрудничать при проведении финансового расследования с целью определения платёжеспособности.

<p>ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ (Закон о психической гигиене §§9.13 и 9.23)</p> <p><i>Перед заполнением ознакомьтесь с инструкциями на предыдущих страницах</i></p> <p>Форма ОМН 472</p>	<p>ФИО (фамилия, имя, средний инициал) _____</p> <p>Пол _____ Дата рождения _____</p> <p>MRN _____</p> <p>Местонахождение/учреждение _____</p>
--	--

ЧАСТЬ А – ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИСВОЕНИИ ДОБРОВОЛЬНОГО СТАТУСА

Настоящая часть должна подписываться лицом, подавшим заявление о присвоении добровольного статуса или изменении статуса на добровольный

Мне была предоставлена информация, и я понимаю характер добровольного статуса и положения, регулирующие вопросы выписки или изменения статуса на добровольный.

Госпитализация

Я, _____, настоящим обращаюсь с заявлением о госпитализации в _____, стационаре для душевнобольных.

Изменение статуса на добровольный

Я, _____, настоящим обращаюсь с заявлением об изменении статуса на добровольный в _____, стационаре для душевнобольных.

Для подачи заявления о госпитализации или изменении статуса на добровольный у меня имеются следующие причины:

Подпись лица, ходатайствующего о присвоении добровольного статуса или изменении статуса на добровольный	Дата	Время (утра/вечера)
---	------	---------------------

ЧАСТЬ В - ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ВРАЧА ИЛИ МЕДСЕСТРЫ О НЕОБХОДИМОСТИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРИСВОЕНИЯ ДОБРОВОЛЬНОГО СТАТУСА

Я осмотрел(а) вышеуказанного пациента перед госпитализацией или изменением статуса и подтверждаю, что:

- У данного пациента имеется психическое заболевание, для лечения которого целесообразны уход и помощь в психиатрической больнице;
- Данный пациент отвечает критериям добровольного статуса; а также
- Можно обоснованно ожидать, что госпитализация улучшит состояние пациента или, по крайней мере, предотвратит ухудшение состояния пациента.

Подпись врача или медсестры	Дата	Время (утра/вечера)
-----------------------------	------	---------------------

<p>ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ (Закон о психической гигиене §§9.13 и 9.23)</p> <p><i>Перед заполнением ознакомьтесь с инструкциями на предыдущих страницах</i></p> <p>Форма ОМН 472</p>	<p>ФИО (фамилия, имя, средний инициал) _____</p> <p>Пол _____ Дата рождения _____</p> <p>MRN _____</p> <p>Местонахождение/учреждение _____</p>
--	--

ЧАСТЬ С – ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО

Настоящая часть должна подписываться лицом, подающим заявление о добровольной госпитализации или изменении статуса несовершеннолетнего лица на добровольный.

Мне была предоставлена информация, и я понимаю характер добровольного статуса и положения, регулирующие вопросы выписки или изменения статуса на добровольный.

Госпитализация

Настоящим я подаю заявление о госпитализации _____, возраст _____, в _____, стационаре для душевнобольных.

Изменение статуса на добровольный

Настоящим я обращаюсь с заявлением об изменении статуса _____, _____, возраст __, на добровольный в _____, стационаре для душевнобольных.

Для подачи заявления о госпитализации или изменении статуса на добровольный у меня имеются следующие причины:

Подпись лица, ходатайствующего о присвоении добровольного статуса или изменении статуса на добровольный	Отношение к пациенту	Дата	Время (утра/вечера)
---	----------------------	------	---------------------

ЧАСТЬ D - ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ВРАЧА ИЛИ МЕДСЕСТРЫ О НЕОБХОДИМОСТИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРИСВОЕНИЯ ДОБРОВОЛЬНОГО СТАТУСА

Я осмотрел(а) вышеуказанного пациента перед госпитализацией или изменением статуса и подтверждаю, что:

- У данного пациента имеется психическое заболевание, для лечения которого целесообразны уход и помощь в психиатрической больнице;
- Данный пациент отвечает критериям добровольного статуса; а также
- Можно обоснованно ожидать, что госпитализация улучшит состояние пациента или, по крайней мере, предотвратит ухудшение состояния пациента.

Подпись врача или медсестры	Дата	Время (утра/вечера)
-----------------------------	------	---------------------

<p>УВЕДОМЛЕНИЕ О СТАТУСЕ И ПРАВАХ ПРИ ДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ (Закон о психической гигиене §9.13)</p> <p><i>Выдаётся пациенту при поступлении в стационар)</i></p> <p>Форма ОМН 472-SR1</p>	ФИО (фамилия, имя, средний инициал)
	Пол _____ Дата рождения _____
	MRN _____
	Местонахождение/учреждение _____

КОМУ: _____ Дата поступления _____

После получения вашего заявления установлено, что вы отвечаете условиям добровольной госпитализации, и вы приняты в качестве пациента с добровольным статусом в эту больницу, которая обеспечивает обслуживание и лечение лиц с психическими заболеваниями.

-ИЛИ-

(Только для добровольной госпитализации несовершеннолетних) После получения заявления лица, выступающего от вашего имени в соответствии с Законом о психической гигиене, установлено, что вы отвечаете условиям добровольной госпитализации, и вы приняты в качестве пациента с добровольным статусом в эту больницу, которая обеспечивает обслуживание и лечение лиц с психическими заболеваниями.

С этого момента вы можете быть оставлены в качестве добровольного пациента или выписаны, если вам больше не требуется госпитализация. Кроме того, ваш статус может быть изменён на принудительный, но только в том случае, если будет установлено, что вы отвечаете критериям принудительной госпитализации и не желаете добровольно пребывать в больнице или более не отвечаете требованиям к такому пребыванию.

Будучи в добровольном статусе, вы можете в любое время письменно уведомить персонал больницы о своём желании выписаться из больницы. После того как персонал получит такое уведомление, вы будете немедленно выписаны, если директор не сочтёт, что вы отвечаете критериям принудительной госпитализации и что поэтому вас необходимо оставить в больнице — в этом случае администрация обязана в течение 72 часов обратиться в суд за постановлением об оставлении вас в больнице.

Вам и лицам, действующим от вашего имени, предоставляется возможность расспрашивать персонал больницы о вашем состоянии, статусе и правах в соответствии с Законом о психической гигиене, а также правилами и положениями этой больницы.

ЮРИДИЧЕСКИЕ УСЛУГИ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ ГИГИЕНЫ

Юридическая служба психической гигиены — судебная организация, не зависящая от этой больницы — может предоставлять вам и вашей семье услуги правовой защиты, консультации и помощь, включая представительство, в вопросах вашей госпитализации. Вы имеете право на получение информации о ваших правах в отношении госпитализации и лечения, а также на судебное слушание, представительство адвокатов и запрос независимых медицинских заключений.

Пациент или иное лицо от его имени может увидеться или пообщаться с представителем Юридической службы психической гигиены, позвонив или написав непосредственно в отделение Службы или попросив об этом кого-либо из персонала палаты пациента.

С представителем Юридической службы психической гигиены этой больницы можно связаться по адресу:

СОДЕРЖАНИЕ НАСТОЯЩЕГО УВЕДОМЛЕНИЯ МНОЙ (ИЛИ МНЕ) ПРОЧИТАНО И ПОНЯТО

Подпись пациента	Дата	Время (утра/вечера)
(Если это применимо) Подпись лица, подписавшего заявление о добровольной госпитализации	Дата	Время (утра/вечера)

КОПИЯ НАСТОЯЩЕГО УВЕДОМЛЕНИЯ ПЕРЕДАНА ВЫШЕУКАЗАННОМУ ПАЦИЕНТУ Копия настоящего «Уведомления о статусе и правах» также направляется в Юридическую службу психической гигиены.

Подпись специалиста по вопросам психического здоровья	Дата	Время (утра/вечера)
---	------	---------------------

<p>УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ИЗМЕНЕНИИ СТАТУСА НА ДОБРОВОЛЬНЫЙ С СООТВЕТСТВУЮЩИМИ ПРАВАМИ (Закон о психической гигиене §9.13) <i>Выдаётся пациенту при поступлении в стационар</i></p> <p>Форма ОМН 472 SR2</p>	ФИО (фамилия, имя, средний инициал) _____
	Пол _____ Дата рождения _____
	MRN _____
	Местонахождение/учреждение _____

КОМУ: _____

Дата поступления _____

Дата изменения статуса _____

После получения вашего заявления установлено, что вы отвечаете условиям добровольной госпитализации, и ваш статус изменён на статус добровольного пациента этой больницы, которая обеспечивает обслуживание и лечение лиц с психическими заболеваниями.

-ИЛИ-

(Только для добровольной госпитализации несовершеннолетних) После получения заявления лица, выступающего от вашего имени в соответствии с Законом о психической гигиене, установлено, что вы отвечаете условиям добровольной госпитализации, и ваш статус изменён на статус добровольного пациента этой больницы, которая обеспечивает обслуживание и лечение лиц с психическими заболеваниями.

С этого момента вы можете быть оставлены в качестве добровольного пациента или выписаны, если вам больше не требуется госпитализация. Кроме того, ваш статус может быть изменён на принудительный, но только в том случае, если будет установлено, что вы отвечаете критериям принудительной госпитализации и не желаете добровольно пребывать в больнице или более не отвечаете требованиям к такому пребыванию.

Будучи в добровольном статусе, вы можете в любое время письменно уведомить персонал больницы о своём желании выписаться из больницы. После того как персонал получит такое уведомление, вы будете немедленно выписаны, если директор не сочтёт, что вы отвечаете критериям принудительной госпитализации и что поэтому вас необходимо оставить в больнице — в этом случае администрация обязана в течение 72 часов обратиться в суд за постановлением об оставлении вас в больнице.

Вам и лицам, действующим от вашего имени, предоставляется возможность расспрашивать персонал больницы о вашем состоянии, статусе и правах в соответствии с Законом о психической гигиене, а также правилами и положениями этой больницы.

ЮРИДИЧЕСКИЕ УСЛУГИ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ ГИГИЕНЫ

Юридическая служба психической гигиены — судебная организация, не зависящая от этой больницы — может предоставлять вам и вашей семье услуги правовой защиты, консультации и помощь, включая представительство, в вопросах вашей госпитализации. Вы имеете право на получение информации о ваших правах в отношении госпитализации и лечения, а также на судебное слушание, представительство адвокатов и запрос независимых медицинских заключений.

Пациент или иное лицо от его имени может увидеться или пообщаться с представителем Юридической службы психической гигиены, позвонив или написав непосредственно в отделение Службы или попросив об этом кого-либо из персонала палаты пациента.

С представителем Юридической службы психической гигиены этой больницы можно связаться по адресу:

СОДЕРЖАНИЕ НАСТОЯЩЕГО УВЕДОМЛЕНИЯ МНОЙ (ИЛИ МНЕ) ПРОЧИТАНО И ПОНЯТО

Подпись пациента	Дата	Время (утра/вечера)
(Если это применимо) Подпись лица, подписавшего заявление о добровольной госпитализации	Дата	Время (утра/вечера)

КОПИЯ НАСТОЯЩЕГО УВЕДОМЛЕНИЯ ПЕРЕДАНА ВЫШЕУКАЗАННОМУ ПАЦИЕНТУ Копия настоящего «Уведомления о статусе и правах» также направляется в Юридическую службу психической гигиены.

Подпись специалиста по вопросам психического здоровья	Дата	Время (утра/вечера)
---	------	---------------------