

**التفويض بالكشف عن المعلومات الفردية ومشاركتها واستخدامها**

الحفظ بصيغة إعادة التعيين طباعة

إظهار صفحات التعليمات إخفاء صفحات التعليمات

# **هذا النموذج** يسمح بإحالة خدمات مزود الخدمة وتنسيقها والإشراف عليها.

حدد هنا لإضافة ممثل قانوني

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **الاسم الأخير القانوني:** | **الاسم الأول:** | الحرف الأول من الاسم الأوسط: | تاريخ الميلاد: |
| اسماء اخرى: | | | |
| العنوان: | المدينة: | الولاية: | الرمز البريدي: |
| هاتف رقم: | عنوان البريد الالكتروني: | | |
| نوع التعريف: اختر واحدة |  | | |

**بتوقيعي على هذا النموذج، فأنني أفوض الذين أذكر أسمائهم لتقديم معلومات شخصية محددة عني،** **وفي حالة إجابتي بـ "نعم" على "التبادل المشترك للمعلومات"، فأنني أرخص للوكالات التي أذكر أسمائها بتبادل المعلومات سواء عند الإرسال أو الاستقبال** **حتى يتسنى لهذه الوكالات تقديم خدمات أفضل لي.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **إفصاح إلى:** | | | | | | |
| الغرض من الكشف والمشاركة والاستخدام: | | | | | | |
| اسم الجهة: اختر واحدًا | | | | | | |
| تاريخ السجلات: اختر واحدًا | | | | | | |
| الشخص الذي يمكن الاتصال به: | | | العنوان: | | | |
| المدينة، الولاية، الرمز البريدي: | | | | | | |
| رقم الهاتف: | | | عنوان البريد الالكتروني: | | | |
| رقم الفاكس: | | | هل توافق على التبادل المشترك: | نعم |  | لا |
| تاريخ الانتهاء أو الفعالية \*: | | | | | | |
| هل تطلب الإفصاح عن معلومات صحية خاصة؟ نعم لا  **المعلومات المحمية بشكل خاص:** (قد تنطبق قوانين إضافية على استخدام المعلومات والكشف عنها إذا وجد مثل هذا النوع من السجلات أو المعلومات مدرجًا في هذا المربع. أتفهم أنه **لن يُكشف عن أي معلومات** **إلا** إذا وقعتأناأووكيلي **بالأحرف الأولى بجوار أنواع المعلومات الواردة أدناه.**)  **فيروس نقص المناعة البشرية أو الإيدز:** **الصحة العقلية:** **الاختبارات الجينية:**  **تشخيص إدمان الكحوليات أو تعاطي المخدرات والعلاج والإحالة:** | | | | | | |
| هل هناك أي معلومات محددة لا يجب الإفصاح عنها؟ | نعم لا | | |  |  |  |
| **أفصح عن النموذج للجهات التالية:** | | | | | | |
| **الغرض من الكشف والمشاركة والاستخدام:** | | | | | | |
| اسم الجهة: اختر واحدًا | | | | | | |
| تاريخ السجلات: اختر واحدًا | | | | | | |
| الشخص الذي يمكن الاتصال به: | | العنوان: | | | | |
| المدينة، الولاية، الرمز البريدي: | | | | | | |
| رقم الهاتف: | | عنوان البريد الالكتروني: | | | | |
| رقم الفاكس: | | هل توافق على التبادل المشترك: | | نعم | لا |  |
| تاريخ الانتهاء أو الفعالية \*: | | | | | | |
| هل هناك أي معلومات محددة لا يجب الإفصاح عنها؟ | نعم لا | | |  |  |  |
| **أضف** جهة الإفصاح | | **أحذف** جهة الإفصاح هذه (الواردة أعلاه) | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **إقرارك** | |
| * لقد أتيحت لي الفرصة لطرح أسئلة حول هذا النموذج والغرض منه. * أتفهم ما يعنيه هذا النموذج وأوافق على الكشف عن المعلومات أو الإفصاحات الواردة به. * أتفهم أن قانون الولاية والقانون الفيدرالي يحمي المعلومات المتعلقة بالخدمات التي أتلقاها من أي من الجهات المدرجة أدناه:   » الوكالة » الشركة » المؤسسة » الشخص   * يسري هذا التفويض لمدة عام واحد من تاريخ توقيعي عليه ما لم يُذكر خلاف ذلك\*. * أتفهم أنه بوسعي أو بوسع وكيلي إلغاء هذا التفويض، وعلى الرغم من ذلك، فلا يمكن استرجاع المعلومات التي تمت مشاركتها قبل الإلغاء، ويمكنني إلغاء التفويض شفويًا بالحصول على معلومات تتعلق بتعاطي المخدرات والكحول. يجب أن تكون جميع طلبات الإلغاء الأخرى طلبات كتابية، ويجب أن أقدم أي طلب لإلغاء بيانات الوكالة أو الشركة أو المؤسسة أو الشخص الذي يقدم المعلومات. * أتفهم أن القانون الفيدرالي أو قانون الولاية يحظر إعادة الإفصاح عما يلي، دون تفويض مني أو من وكيلي:   »تشخيص تعاطي المخدرات والكحول » معلومات عن فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز » الصحة العقلية  »معلومات الإحالة » سجلات العلاج » سجلات إعادة التأهيل المهني   * أتفهم أن المعلومات التي لا تخضع لقيود على إعادة الكشف عنها قد يُعاد الكشف عنها، وقد لا تكون المعلومات التي تم إعادة الكشف عنها محمية بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية. * أتفهم أن أي شخص قد يحتاج إلى الاتصال بي بشأن هذا النموذج لتأكيد هويتي، وقد يحتاج هذا الشخص أيضًا إلى الحصول على مزيد من المعلومات. * أتفهم أن قرار عدم التوقيع على هذا النموذج قد يؤدي لما يلي:   » منع الوكالات من تحديد ما إذا كنت مؤهلاً لبرامج معينة.  » منعي من الحصول على إحالات، وقد يجعل أيضا عملية تنسيق مع مزود خدمات أكثر صعوبة.  » التأثير على قدرتي على الحصول على الخدمات الصحية إذا كان من الضروري مشاركة المعلومات.  » منع القائمين على خطة أوريغون الصحية (OHP) أو برنامج المعونات الطبية Medicaid من سداد تكلفة الخدمة لأنهم لا يمتلكون تفويضًا بذلك.   * **أنا أوقع هذا التفويض بمحض إرادتي.** | |
| **التوقيع:** | |
| الاسم مكتوبًا بأحرف واضحة: | التاريخ: |

**سياسة الأمن**

# قد يحتوي هذا النموذج على معلوماتك الشخصية، فإذا قمت بإعادة النموذج عن طريق البريد الإلكتروني، فقد تنجم بعض المخاطر التي تتمثل في أن النموذج قد يذهب إلى شخص لا ترغب أن يحصل على هذه المعلومات، فإذا لم تكن متأكدًا من كيفية إرسال بريد إلكتروني آمن، ففكر في استخدام البريد العادي أو الفاكس.

للأسئلة أو للمساعدة في إكمال هذا النموذج، يرجى الاتصال بالوكالة التي تعمل معها.

* هيئة الصحة في ولاية أوريغون: على رقم الهاتف: 503-947-2340
* إدارة الخدمات الإنسانية بولاية أوريغون: على رقم الهاتف: 503-945-5600
* لجنة أوريغون للمكفوفين: على رقم الهاتف: 971-673-1588
* وزارة التوظيف في ولاية أوريغون: على رقم الهاتف: 800-237-3710
* وزارة التعليم بولاية أوريغون: على رقم الهاتف: 503-947-5600
* إدارة الإسكان والخدمات المجتمعية بولاية أوريغون: على رقم الهاتف: 503-986-2000
* وزارة العدل في ولاية أوريغون: على رقم الهاتف: 503-378-4400
* دائرة الإصلاح في ولاية أوريغون: على رقم الهاتف: 503-945-9090
* هيئة شباب أوريغون: على رقم الهاتف: 503-373-7205
* شرطة ولاية أوريغون: على رقم الهاتف: 503-378-3720

\* يسري هذا التفويض لمدة عام واحد من تاريخ توقيعي عليه ما لم يُذكر خلاف ذلك.

**تعليمات حسب القسم**

# لا تحتاج عند إرسال النموذج إلى تضمين صفحات التعليمات،

وتوفيرًا للوقت، يمكنك تحديد عدد الأقسام ونوعها مسبقًا. يمكنك أيضًا ملء معلومات مؤسستك مسبقًا، ثم حفظ إصدارات القوالب من هذا النموذج للطباعة السريعة. استخدم حقل "القالب" غير القابل للطباعة الموجود في الركن الأيمن العلوي من النموذج وقم بتسمية القالب للرجوع إليه مستقبلاً.

**إنشاء قوالب محددة مسبقًا**

|  |  |
| --- | --- |
| **قسما الإفصاح إلى والإفصاح من** | |
| الغرض من الكشف والمشاركة والاستخدام: | * اذكر أسبابًا محددة لضرورة الكشف عن المعلومات ومشاركتها واستخدامها. * إذا لم يرغب الشخص في تقديم سبب في هذا الحقل، فيجوز للجهة الطالبة للمعلومات تضمين عبارة "بناءً على طلب الشخص" باعتباره الغرض الذي يذكره الشخص في التفويض. |
| اسم الجهة (قائمة منسدلة) | * اختر جهة من بين الجهات المدرجة بالقائمة المنسدلة. * إذا لم تكن الجهة مدرجة، فاختر "جهة أخرى (الرجاء الكتابة هنا):" ثم اكتب اسم الجهة. يجب أن يكون اسم الجهة محددًا، فعلى سبيل المثال، لا يكفي إدراج عبارات مثل "طبية" أو مزود خدمة"، ويرجى ذكر اسم الطبيب أو اسم مزود الخدمة. بالنسبة لشخص أو نوع آخر من المؤسسات، مثل مدرسة أو صاحب عمل، أدرج اسم الشخص أو أي نوع آخر من المؤسسات. |
| معلومات محددة يتعين الكشف عنها (تظهر بعد تحديد الجهة) | * اختر نوع الوثيقة من القائمة المنسدلة. * إذا لم يكن نوع المعلومة مدرجًا، فاختر "معلومات أخرى (الرجاء الكتابة هنا):" ثم اكتب وصفًا لها. تشمل بعض الأمثلة على المعلومات المُحددة ما يلي:   » التقويمات » خطط الحالات » معلومات مالية  » ملخصات معلومات الفوترة الخاصة ببرنامج المعونات الطبية Medicaid » تقارير نفسية  » نتائج تحليل البول » الخطط العلاجية |
|  | * لا تحدد "السجل بأكمله" إلا إذا كان ذلك ضروريًا لتحقيق الغرض |
|  | (راجع بند "الغرض من الكشف والمشاركة والاستخدام" أعلاه).   * استخدم الأزرار لإضافة أنواع المعلومات المطلوبة الإضافية أو حذفها، إن احتجت إلى ذلك. |
| تاريخ السجلات | * وضح النطاق الزمني المحدد للسجلات المطلوبة. |
| تاريخ الانتهاء أو الفعالية | * يسري هذا التفويض لمدة عام واحد من تاريخ توقيعي عليه ما لم يُذكر خلاف ذلك، مثل عندما تتم الإشارة إلى "الخروج من المستشفى أو "انتهاء التقاضي". |
| التبادل المشترك | * الإجابة بـ "نعم" تسمح بتبادل المعلومات المحددة المدرجة في النموذج بين صاحب السجل والأشخاص أو البرامج المدرجة في هذا التفويض حيث يمكن التبادل المشترك من فتح جميع السجلات المطلوبة للمناقشة بين طالب التسجيل وأصحاب السجلات المحددين. |
| هل طلبت | * اختيار الإجابة بـ"نعم" سيؤدي لعرض قسم يمكن من خلاله ذكر أنواع المعلومات الصحية الخاصة. * لا يكفي وضع علامة اختيار في المساحة المجاورة لنوع المعلومات الصحية، يجب على الشخص وضع علامة على المساحة المجاورة للمعلومات إذا وافق على الإفصاح عن هذه المعلومات. * إذا كنت تريد رؤية هذا القسم في نسخة مطبوعة، يرجى التأكد من اختيار "نعم" قبل الطباعة. |
| الإفصاح عن |
| معلومات |
| الصحة العامة؟ |
| هل هناك أي معلومات محددة لا يجب الإفصاح عنها؟ | * خيار "نعم" سيعرض مربع نص يمكنك إدراج معلومات خاصة به. * إذا كان لا ينبغي تضمين أي معلومات محددة عند إصدار السجلات، فيرجى إدراجها هنا. * إذا كنت تريد رؤية هذا القسم في نسخة مطبوعة، يرجى التأكد من اختيار "نعم" قبل الطباعة. |

|  |  |
| --- | --- |
| إعادة الكشف عن المعلومات | * إعادة الكشف هي كشف المعلومات من قبل الشخص المُدرج في هذا النموذج. * قد تكون هناك قيود على إعادة الكشف عن المعلومات الصادرة بموجب هذا النموذج. * تحظر اللوائح الفيدرالية والولائية إعادة الكشف عن معلومات حول الكحول والمخدرات وفيروس نقص المناعة البشرية أو الإيدز دون إصدار تفويض محدد. |
| إضافة الجهات الطالبة للمعلومات والجهات المُفصحة عن المعلومات | * إذا كانت هناك حاجة لإدراج العديد من الجهات الطالبة المعلومات أو الجهات المُفصحة عن المعلومات، فاستخدم زري "إضافة" أو "إزالة"; لإضافة أو إزالة "وكالة أو شركة أو مؤسسة إضافية أو شخص إضافي" قبل طباعة النموذج. |

|  |  |
| --- | --- |
| **قسم إقرار العميل** | |
| توقيع الشخص على هذا النموذج أو شخص مخول قانونًا بالتصرف نيابة عنه. | * لا ينبغي أبدًا مطالبة أي شخص مُخول قانونًا بالتصرف نيابة عن الشخص الوارد في هذا النموذج بالتوقيع على نموذج تفويض فارغ أو غير مكتمل. |

* يجب على الجهة ما يلي:

» الاحتفاظ بنسخة من استمارة التفويض مكتملة، إما إلكترونيًا أو في ملف ورقي، و

» إتباع جداول استبقاء الوكالة.

* إذا حُفظت نماذج التفويض المكتملة إلكترونيًا، فيجب أن تكون هناك عملية لإلغاء الحفظ، وإذا ما تم (إلغاء) تفويض مُوقع لاحقًا، فيجب الإشارة لهذا الإلغاء إلكترونيًا.
* لا تستخدم الملصقات الموجودة في نموذج التفويض.
* عند إكمال النموذج بشكل صحيح، يكون النموذج هو الشيء الوحيد المطلوب لمعالجة الكشف عن المعلومات.

**الجهة المُفصحة عن المعلومات: يجب توثيق وقت مشاركة السجلات.**