

:Social Security Number (Last four digits)	:Date of Birth	:Patient Name
:Disability ID Number(DIN)	:Client ID Number(CIN)	:Address

أطالب أنا، أو ممثلي المفوض، بالإفصاح عن المعلومات الصحية المتعلقة برعايتي وعلاجي كما هو موضح بهذا النموذج. بموجب قانون ولاية نيويورك وقاعدة الخصوصية في قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة لعام (HIPAA) 1996، فإنني أقر باستيعابي لما يلي:

1. قد يشتمل هذا التصريح على الإفصاح عن معلومات تتعلق بتعاطي الكحول والمواد المخدرة، والعلاج المتعلق بالصحة العقلية، ما عدا ملاحظات العلاج النفسي، والمعلومات السرية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، إلا إذا وضعت علامة على المربع المناسب (المربعات المناسبة) في القسم 9(ج). وبخلاف ذلك، وفي حال إذا كانت المعلومات الصحية الموصوفة أدناه، في القسم 9(أ)، تتضمن أيًا من هذه الأنواع من المعلومات، وقيامي بالتوقيع بالأحرف الأولى من اسمي على السطر الموجود بالمربع في الفقرة 9(ب)، فأنا أصرح -بصفة خاصة- بالإفصاح عن مثل هذه المعلومات إلى الشخص (الأشخاص) أو الكيان المشار إليه في الفقرة 8.
2. إذا قمت بالإفصاح عن معلومات متعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة (HIV) أو عن العلاج من إدمان الكحوليات أو العقاقير أو عن علاج الصحة العقلية، يُحظر على المتلقي إعادة الإفصاح عن مثل هذه المعلومات إلا إذا كان مسموحًا بذلك بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية. أعي أن لي الحق في طلب قائمة بالأشخاص الذين قد يتلقون أو يستخدمون المعلومات الخاصة بي المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) بدون تصريح مني. في حالة تعرضي للتمييز بسبب الكشف أو الإفصاح عن المعلومات الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، فيحق لي الاتصال بقسم حقوق الإنسان بولاية نيويورك على الرقم 392-3644 (888) أو الهاتف النصي للصم وضعاف السمع 8300-741 (718)
3. لدي الحق في إلغاء هذا التصريح في أي وقت من خلال إرسال خطاب مكتوب إلى مقدم الرعاية المذكور أدناه في القسم 7. أدرك أنه يمكنني إلغاء هذا التصريح طالما لم يتم بالفعل اتخاذ أي إجراء بناءً عليه. في حالة عدم إلغاء هذا التصريح مسبقاً، ستنتهي صلاحية هذا التصريح عند إكمال هذا القرار / المراجعة أو بعد عام واحد من تاريخ توقيع هذا النموذج، أيهما كان أولاً.
4. أدرك أن التوقيع على هذا التصريح هو أمر طوعي. أدرك أن وحدة مراجعة الإعاقة بالولاية تتطلب إكمال هذا النموذج من أجل جمع المعلومات اللازمة لتحديد القرار بشأن الإعاقة. أدرك أن أهليتي لمخصصات Medicaid قد تتأثر بدون هذا التصريح.
5. يمكن إعادة الإفصاح عن المعلومات التي تم الإفصاح عنها هنا من قبل إدارة الصحة (باستثناء ما هو مبين أعلاه في البند 2)، وقد لا تظل إعادة الإفصاح تلك خاضعة للحماية بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية.
6. إن هذا التصريح لا يمثل تصريحاً لكم بمناقشة معلوماتي الصحية أو رعايتي الطبية مع أي شخص غير الوكالة الحكومية المحددة في القسم 9(ب).

7. اسم وعنوان مقدم الرعاية الصحية أو الكيان المصرح له بالإفصاح عن هذه المعلومات:

8. اسم وعنوان الشخص (الأشخاص) أو الوكالة المقرر إرسال هذه المعلومات إليها:

State Disability Review Unit OCP-826, State of New York, Department of Health, Albany, NY 12237

9(أ). المعلومات المحددة التي سيتم الكشف عنها:

- السجلات الطبية من _____ (التاريخ) إلى _____ (التاريخ).
- السجلات الطبية كاملة، بما يتضمن سجلات تاريخ المريض والملاحظات المكتوبة (باستثناء ملاحظات العلاج النفسي) ونتائج الاختبارات ودراسات الأشعة والأفلام والإحالات والاستشارات وسجلات تحرير الفواتير وسجلات التأمين والسجلات المرسله إليك من قبل مقدمي الرعاية الصحية الآخرين.
- غير ذلك:

9(ب). تصريح بمناقشة المعلومات الصحية:

بالتوقيع بالأحرف الأولى هنا _____ فإنني أصرح -

(اسم الفرد/مقدم الرعاية الصحية)

بمناقشة معلوماتي الصحية مع وحدة مراجعة الإعاقة بالولاية State Disability Review Unit.

9(ج). لا أوافق على الإفصاح عن (ضع علامة على جميع المربعات المنطبقة): علاج تعاطي الكحوليات/المخدرات معلومات الصحة العقلية المعلومات المرتبطة بفيروس HIV

10. سبب الكشف عن المعلومات: بناءً على طلب الفرد غير ذلك:

Disability Determination and Review

11. الغرض من الاستخدام/ الإفصاح:

12. إذا لم يكن المريض بنفسه، فاكذب اسم الشخص الموقع على هذا النموذج (بأحرف واضحة):

13. نوع السلطة/ الصلاحية الممنوحة للتوقيع نيابةً عن المريض:

تم إكمال جميع الأقسام الواردة في هذا النموذج وتمت الإجابة عن أسئلتنا المتعلقة بهذا النموذج. أصرح للمنشأة/ الشخص المذكور بهذه الصفحة بالإفصاح عن المعلومات الصحية الخاصة بالشخص المذكور في هذه الصفحة إلى وحدة مراجعة الإعاقة بالولاية لدى إدارة الصحة في ولاية نيويورك.

إن "التصريح بالإفصاح عن المعلومات الصحية والمعلومات السرية المتعلقة بغير وس نقص المناعة البشرية (HIV)" يعطي الإذن إلى مقدمي رعايتك الصحية (المستشفيات والأطباء والمعالجين وغيرهم) بإرسال نسخ من سجلاتك الصحية إلى فريق مراجعة الإعاقة بالولاية. ومن شأن هذه السجلات الصحية أن تساعد فريق مراجعة الإعاقة على تحديد ما إذا كنت تعاني من إعاقة. ويجب عليك إكمال واحدًا من هذه النماذج وإرساله إلى كل جهة من الجهات المقدمة للرعاية الصحية الخاصة بك التي تحتاج إلى إرسال سجلاتك الطبية.

وسيتم إكمال المربع الموجود أعلى النموذج. إذا كانت المعلومات غير صحيحة، فيرجى وضع خط (شاطب) على ما هو غير صحيح وكتابة المعلومات الصحيحة.

اطلع على المعلومات الواردة في البنود من 1 إلى 6 الموجودة أسفل المربع العلوي، قبل إكمال باقي النموذج. تقدم إليك هذه الفقرات معلومات حول نوع المعلومات الصحية التي يمكنك اختبار إرسالها من قبل مقدمي رعايتك الصحية، وحقوقك في التصريح بالإفصاح عن سجلاتك الصحية وكيفية إيقاف التصريح، ومن هو المسموح له بالاطلاع على معلوماتك الصحية.

7) ضع اسم وعنوان مقدم الرعاية الصحية المقرر له أن يرسل سجلاتك الصحية إلى فريق مراجعة الإعاقة بالولاية. قم بإكمال نموذج واحد لكل جهة من الجهات المقدمة لرعايتك الصحية.

8) إبلاغ مقدم الرعاية الصحية بالجهة المقرر إرسال السجلات الصحية إليها. سنتم إكمال هذا المربع بالفعل بمعلومات حول فريق مراجعة الإعاقة بالولاية.

9) (أ) • إذا كنت ترغب في قيام مقدم الرعاية الصحية بإرسال سجلاتك الطبية عن فترة زمنية محددة، فضع علامة في المربع الأول وأدخل تواريخ الفترة الزمنية. لتحديد قرار بخصوص الإعاقة، فهناك حاجة إلى الحصول على سجلات صحية تغطي مدة لا تقل عن 12 شهرًا للفترة الزمنية التي يتم فيها تحديد وجود الإعاقة.

• إذا كنت ترغب في أن يقوم مقدم رعايتك الصحية بإرسال سجلك الطبي بالكامل، فضع علامة في المربع الثاني.

• إذا كنت ترغب في أن يقوم مقدم رعايتك الصحية بإرسال أي معلومات أخرى، فضع علامة في المربع الثالث (غير ذلك) واكتب المعلومات المقرر أن يرسلها مقدم الرعاية.

9) (ب) إذا كنت ترغب في السماح لمقدم رعايتك الصحية بالتحدث مع أحد أفراد فريق مراجعة الإعاقة بالولاية، فضع الأحرف الأولى من اسمك وضع اسم مقدم الرعاية الصحية في الأسطر المتاحة.

9) (ج) بموجب القسم 9(ج)، ضع علامة على المربعات المخصصة لنوع المعلومات الطبية التي لا يُسمح لمقدم الرعاية الصحية الخاص بك بإرسالها.

10) حدد المربع إذا طلب الفرد الكشف عن المعلومات، أو ضع علامة أمام "غير ذلك" واكتب سبب الطلب.

11) الغرض من هذا الطلب هو لتحديد القرار بخصوص الإعاقة ومراجعتها.

12) إذا لم تكن أنت المريض القائم بإكمال النموذج لطلب السجلات الطبية، فاكتب اسمك بأحرف واضحة.

13) إذا كنت الممثل القانوني للمريض، فضع العلاقة التي تربطك بالمريض. على سبيل المثال، إذا كان المريض طفلاً وكنت ولي أمره، فضع "ولي أمر". إذا كنت الوصي القانوني على المريض، فضع "الوصي القانوني".

إذا كنت ترغب في قيام مقدم رعايتك الصحية بإرسال سجلاتك الطبية، فيجب التوقيع على هذا النموذج وتأريخه من قبل المريض أو الممثل القانوني للمريض.