

تفويض Authorization

لا أطلب الإفصاح عن السجلات في الوقت الحالي. يُرجى إدراج هذا التفويض في ملف العميل الخاص بي.

تفويض بالإفصاح عن سجلات وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) الخاصة بـ:

| | | | |
|---|---|---|------------------|
| تاريخ الميلاد | الأوسط | الأول | الاسم الأخير |
| الاسماء السابقة | | يمكن أن تساعد المعلومات الآتية في تحديد موقع السجلات: | |
| رقم تعريف العميل | رقم تعريف آخر | تواريخ تلقي الخدمة | مكان تلقي الخدمة |
| يُفصح عن السجلات لصالح: | | | |
| الاسم الأخير | الأول | الأوسط | المسمى الوظيفي |
| اسم المؤسسة أو الشركة، إن وجد | | | |
| العنوان | المدينة | الولاية | الرمز البريدي |
| رقم الهاتف (أدرج الرمز الهاتفي للمنطقة) | رقم الفاكس (أدرج الرمز الهاتفي للمنطقة) | عنوان البريد الإلكتروني | |
| سبب الإفصاح (لا يُشترط ذكره) | | | |

تفويض:

المصادر: أعطي التفويض لبرامج وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) الآتية بالإفصاح عن المعلومات السرية الخاصة بي أو منح حق الوصول إليها كما هو موضح أدناه. يمكن تقديم المعلومات شفهيًا، أو عن طريق نقل بيانات الحاسوب، أو البريد، أو الفاكس، أو التسليم باليد. حدّد جميع ما ينطبق:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> الصحة السلوكية (BHA) | <input type="checkbox"/> مؤسسات الصحة النفسية في الولاية (ESH، WSH، وCSTC) |
| <input type="checkbox"/> خدمات الشبوخة وخدمات الدعم طويل الأجل (AL TSA) | <input type="checkbox"/> مركز الالتزام الخاص (SCC) |
| <input type="checkbox"/> الخدمات المنزلية والمجتمعية (HCS) | <input type="checkbox"/> خدمات الطب الشرعي النفسي (OFMHS) |
| <input type="checkbox"/> خدمات الرعاية السكنية (RCS) | <input type="checkbox"/> غير ذلك (أي المقرات الرئيسية، ومنشآت المعالجة السكنية): |
| <input type="checkbox"/> خدمات حماية البالغين (APS) | <input type="checkbox"/> الخدمات الاقتصادية (ESA) |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك (أي المقرات الرئيسية): | <input type="checkbox"/> الخدمات الاجتماعية (CSD – المساعدة العامة) |
| <input type="checkbox"/> المرافق، والتمويل، والتحليلات (FFA) | <input type="checkbox"/> نفقة الأطفال (DCS) |
| <input type="checkbox"/> الوحدة المركزية لفحص الخلفية الجنائية (BCCU) | <input type="checkbox"/> خدمات تحديد الإعاقة (DDDS) |
| <input type="checkbox"/> مكافحة الاحتيال والمساءلة (OFA) | <input type="checkbox"/> غير ذلك (أي المقرات الرئيسية): |
| <input type="checkbox"/> الإجازات/كشوفات الرواتب (موظف لدى DSHS) | <input type="checkbox"/> مكتب الأمين (OOS) |
| <input type="checkbox"/> الإعاقات التنمائية (DDA) | <input type="checkbox"/> إدارة المخاطر الشاملة (ERMO) |
| <input type="checkbox"/> التأهيل المهني (DVR) | <input type="checkbox"/> الموارد البشرية (موظف لدى DSHS) |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك: | <input type="checkbox"/> جميع أقسام وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) |

السجلات: أعطي التفويض بالإفصاح عن سجلات وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) الآتية:

- السجلات التي تحتفظ بها أقسام وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) المشار إليها أعلاه
- السجلات الواردة في القائمة المرفقة
- السجلات التالية فقط:

يُرجى ملاحظة أنه: إذا كانت سجلات العميل أو السجلات السرية الأخرى الخاصة بك تتضمن أيًا من المعلومات الآتية، فيجب عليك أيضًا إكمال القسم الموضح أدناه للسماح بالإفصاح عن هذه السجلات.

السجلات الخاصة: أعطي الإذن للإفصاح عن المعلومات الآتية الموجودة في سجلات وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) (حدّد جميع ما ينطبق):

- نتائج اختبار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، أو التشخيص، أو سجلات العلاج (RCW 70.02.220)
- سجلات الصحة النفسية (RCW 70.02.230 أو 240)
- سجلات اضطراب تعاطي المواد المخدرة (CFR 42 القسم 2)

- هذا الإذن صالح لمدة 180 يومًا أو حتى _____ (إذا لم يتم تحديد التاريخ أو الحدث، فسيكون الإذن صالحًا لمدة 180 يومًا).
- يمكنني إلغاء الإذن أو سحبه كتابيًا في أي وقت، لكن ذلك لن يؤثر على الإفصاح عنها بالفعل.
- أدرك أن سجلاتي قد لا تكون محمية بعد الإفصاح عنها بموجب القوانين التي تنطبق على وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS).
- تصبح نسخة من هذا النموذج صالحة لمنح الإذن للإفصاح عن السجلات. يجوز أن تفرض وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) رسومًا على توفير نسخ من سجلاتها.

| | | |
|--|---------------|------------------------------------|
| أعطى التفويض (التوقيع) | تاريخ التوقيع | رقم الهاتف (الرمز الهاتفي للمنطقة) |
| الاسم بخط واضح | | |
| الشاهد/كاتب العدل (التوقيع والاسم بخط واضح، إذا كان ذلك ينطبق) | | |
| إذا لم أكن الشخص صاحب السجلات، فأنا مفوض للتوقيع لأنني: (أرفق إثبات التفويض) | | |
| <input type="checkbox"/> ولي أمر الطفل القاصر <input type="checkbox"/> الوصي القانوني <input type="checkbox"/> الممثل الشخصي <input type="checkbox"/> غير ذلك: | | |

تنبيه لمن يتلقى المعلومات: إذا كانت هذه السجلات تحتوي على معلومات حول فيروس نقص المناعة البشرية، أو الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، أو تعاطي الكحول أو المخدرات، فلا يجوز لك الإفصاح عن هذه المعلومات بموجب القانون الفيدرالي وقانون الولاية من دون الحصول على إذن مُحدّد من الشخص صاحب المعلومات واستيفاء متطلبات قانونية مُحدّدة.

تعليمات لاستكمال نموذج التصريح

الغرض: يجب عليك استخدام هذا النموذج عندما ترغب في أن تكون وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) قادرة على الإفصاح عن معلومات سرية عنك إلى شخص آخر (كحماء) أو مُشَرِّع، أو قريب). يجوز لك منح الإذن بالإفصاح عن جميع السجلات السرية التي تمتلكها وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) عنك أو يمكنك تقييد الإذن الخاص بك ليقصر على سجلات أو أقسام معينة من الوكالة. سيسمح هذا النموذج أيضاً لوزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) بمناقشة وضعك شفهيًا مع الشخص الذي تفوضه.

تنبيه للعلاء: تُعد معظم معلومات العملاء التي تمتلكها وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) سرية ولن يتم الإفصاح عنها للأخرين، ما لم تمنح أنت الإذن أو إذا كان القانون يسمح بالإفصاح عنها. بعد أن تفصح وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) عن معلوماتك السرية، يُرجى العلم بأن المستلم قد لا يحمي سجلاتك بموجب القوانين ذاتها التي تنطبق على وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS). لا يمكن لوزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) حرمانك من الحصول على مزايا معينة إذا لم توقع على هذا النموذج للسماح للوزارة بالإفصاح، ما لم يكن الإذن الخاص بك مطلوباً لتحديد الأهلية. للحصول على معلومات عن كيفية مشاركة برامج الرعاية الصحية التابعة لوزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) والمشمولة بنصوص قانون قابلية التأمين الصحي للنقل والمساءلة (HIPAA) للمعلومات الصحية المحمية وحقوق الخصوصية الخاصة بك، يُرجى الرجوع إلى إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بالوزارة والذي يتوفر على: www.dshs.wa.gov أو أسأل الشخص الذي قَدِّم لك هذا النموذج. يمكنك الحصول على نسخة من هذا النموذج.

طريقة الاستخدام: يمكنك ملء هذا النموذج إلكترونياً أو يدوياً. استخدم المفتاح "tab" في لوحة مفاتيح الكمبيوتر للتنقل بين الحقول المطلوب استكمالها. يجب استكمال نموذج منفصل لكل شخص يتم طلب سجلاته، بما في ذلك الأطفال. "أنت"، و"الخاصة بك"، و"كاف المخاطب" تشير جميعها إلى صاحب السجلات.

أقسام النموذج:

تعريف صاحب السجلات:

- **الإسم:** أدخل اسمك الكامل أو اسم الشخص المطلوب الحصول على سجلاته إذا كنت تمثل شخصاً آخر.
- **تاريخ الميلاد:** يُرجى إدخال هذه المعلومات اللازمة للتعرف عليك من بين الأشخاص الآخرين ذوي الأسماء المشابهة لاسمك.
- **معلومات اختيارية للمساعدة في تحديد موقع السجلات:**
- **الأسماء السابقة:** أدخل أي أسماء أخرى تم استخدامها عند تلقي المزايا أو الخدمات.
- **رقم تعريف العميل:** أدخل أي رقم يمكن أن تكون وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) قد خصصته لك.
- **رقم تعريف آخر:** أدخل أي رقم تعريف آخر يمكن أن يساعد في تحديد موقع سجلات وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS). لا تُقدِّم سوى رقم الضمان الاجتماعي، إذا لزم الأمر.
- **تاريخ ومكان تلقي الخدمات:** أدخل هذه المعلومات لمساعدة وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) في التعرف على السجلات التي تريد الإفصاح عنها وتحديد موقعها.

الشخص الذي يحصل على السجلات:

- **تحديد الهوية:** يُرجى ملء هذا القسم بالكامل قدر الإمكان حتى تتمكن من الاتصال بالشخص أو المؤسسة التي ستتمكن من الوصول إلى معلوماتك السرية.
- **سبب الإفصاح:** يتعين تقديم هذه المعلومات حتى تتمكن وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) من مشاركة السجلات المتعلقة بتعاطي المخدرات والكحول أو سجلات الصحة النفسية. إذا لم تقم بملء هذا الحقل، فستدرج وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) ملاحظة تفيد بأن سبب الإفصاح بناءً على طلبك.

تفويض:

- **أقسام وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS):** يُرجى إما تحديد أقسام وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) التي تريد بها أن تفصح عن السجلات أو تحديد المربع السفلي في هذا القسم إذا كنت تريد منح حق الوصول لأي سجلات تمتلكها الوزارة عنك. اكتب اسم البرنامج في "غير ذلك" إذا لم يكن مدرجاً في القائمة.
- **المعلومات التي يُفصح عنها:** حدّد السجلات التي تريد الإفصاح عنها. يجوز لك السماح بالإفصاح عن كل سجلات عميل وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) أو السجلات السرية الأخرى الخاصة بك أو جزء منها. يجوز لك أيضاً تقييد الإذن بالإفصاح وجعله يقتصر على سجلات العميل التي تحتفظ بها أقسام الوكالة المذكورة فقط في القسم الموضح أعلاه، أو على سجلات مُحدّدة درجة في هذا النموذج، أو في أحد المرفقات التي توقع عليها. إذا كانت هناك أي قيود على السجلات التي تريد الإفصاح عنها، فيرجى إدراج سجلات معينة أو توضيح تلك القيود، مثل تاريخ تلقي الخدمات أو نوع السجل.
- **السجلات ذات الوصول المُقيّد:** إذا كان أي من السجلات يمكن أن يتضمن معلومات حول فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، أو علاج، أو اختبارات متعلقة بالأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، أو علاج لأمراض الصحة النفسية، أو خدمات متعلقة باضطرابات تعاطي المخدرات، فيجب عليك تحديد كل عنصر للسماح لوزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) بالإفصاح عن هذه السجلات. استخدم تصريح العلاج النفسي، نموذج DSHS 17-270، للتصريح بالإفصاح عن ملاحظات العلاج النفسي (ii) (3) (b) 164.508 CFR 45.
- **الصلاحية:** هذا النموذج صالح لمنح حق الوصول إلى المعلومات التي تحتفظ بها وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) في الوقت الحالي. تنتهي صلاحية الإذن الخاص بك بعد 180 يوماً من التوقيع، أو حسب أي تاريخ أو حدث آخر تدرجه في النموذج. إذا لم تدرج تاريخاً مُحدّداً، فسيكون التفويض صالحاً لمدة 180 يوماً. يمكنك إلغاء صلاحية الكشف عن السجلات كتابياً في أي وقت، ولكن سيكون الوقت قد فات لاستعادة المعلومات التي تم الإفصاح عنها بالفعل.
- **التكلفة:** يسمح قانون السجلات العامة في RCW 42.56.120 و WAC 388-01-080 لوزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) بفرض رسوم على إصدار نسخ من السجلات بالإضافة إلى تكاليف الإرسال عن طريق البريد. يمكن للمستشفيات الحكومية ومنشآت الرعاية الصحية أن تفرض رسوماً على سجلات المرضى بموجب الفصل RCW 70.02.

التوقيعات:

- إذا كنت صاحب السجلات، فوقع وكتب اسمك بخط واضح أو اكتب اسمك أدناه. أدرج التاريخ الذي وقعت فيه بالإضافة إلى رقم الهاتف أو رقم جهة الاتصال الخاص بك.
- إذا كنت توقع نيابةً عن شخص آخر، فاذكر سبب قيامك بذلك في السطر الأخير وأرفق نسخة من أمر المحكمة أو أي وثيقة أخرى تمنحك الصلاحية القانونية. يجب على الأطفال أيضاً التوقيع لمنح الإذن بالكشف عن سجلاتهم السرية إذا كانوا فوق سن الرشد (13 عاماً للصحة النفسية وخدمات علاج تعاطي المخدرات والكحول؛ 14 عاماً للحصول على معلومات حول فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز أو الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي الأخرى؛ أي سن يصلح لتحديد النسل وإجراء عمليات الإجهاض؛ 18 عاماً للصحة أو السجلات الأخرى).
- **الشاهد أو كاتب العدل:** قد تكون هناك حاجة إلى وجود شاهد أو كاتب عدل للتحقق من هويتك إذا لم تقدم هذا النموذج شخصياً أو إذا طلب أحد البرامج التحقق من هويتك. يجب على هذا الشخص أن يُوقَّع ويكتب اسمه بخط واضح.

تنبيه لوزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS): إذا كانت هذه السجلات تحتوي على معلومات عن فيروس نقص المناعة البشرية أو الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، فيجب على وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) إخطار من يتلقى السجلات بأن المعلومات سرية وأنه لا يجوز لهم الإفصاح عن السجلات من دون الحصول على تصريح مُحدّد كما هو مطلوب بموجب قانون RCW 70.02.300. إذا أرسلت وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) نسخاً من السجلات المتعلقة بخدمات علاج اضطراب تعاطي المخدرات بموجب هذا الإذن، فيجب أن تدرج الوزارة البيان التالي عند الإفصاح عن المعلومات كما هو مطلوب بموجب قانون 42 CFR 2.32:

تم الإفصاح عن هذه المعلومات لكم من السجلات المحمية بقواعد السرية الفيدرالية (CFR 42 القسم 2). تحظر عليك القواعد الفيدرالية إجراء أي إفصاح إضافي عن هذه المعلومات ما لم يتم السماح صراحةً بمزيد من الإفصاح بموافقة كتابية من الشخص الذي تخصه هذه المعلومات أو على النحو الذي يسمح به CFR 42 الجزء 2. لا يُعد التفويض العام للإفصاح عن المعلومات الطبية أو غيرها كافياً لهذا الغرض. تُقيّد القواعد الفيدرالية أي استخدام للمعلومات من أجل التحقيق الجنائي أو مقاضاة أي مريض يتعاطى الكحول أو المخدرات.