

جواز نشر معلومات



Department of Health
and Human Services
Maine People Living
Safe, Healthy and Productive Lives

Paul R. LePage, Governor

Ricker Hamilton, Commissioner

ما خود را متعهد به حفظ محرمانه بودن معلومات شما می‌دانیم.
این فورمه را به دقت بخوانید.

کدام دفتر(های) DHHS باید به شما کمک کند؟ چلیپا بزنید.

<input type="checkbox"/> دفتر خدمات MaineCare	<input type="checkbox"/> خدمات سوء مصرف مواد و صحت روانی
<input type="checkbox"/> دفتر گروه استقلال فامیل و بازبینی طبی	<input type="checkbox"/> دفتر خدمات طفل و فامیل
<input type="checkbox"/> مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری Maine	<input type="checkbox"/> دفتر خدمات سالخوردگان و معلولین
<input type="checkbox"/> مرکز روان پزشکی دوروتا دیکس	<input type="checkbox"/> دفتر محکمه اداری
<input type="checkbox"/> مرکز روان پزشکی Riverview	<input type="checkbox"/> دیگر:

معلومات چی کسی قرار است منتشر شود؟ خوانا و با حروف کلان و غیر شکسته بنویسید.

نام شخص	تاریخ تولد	نمبر تامین اجتماعی
آدرس خانه	شهر/شهرک	ایالت
تلفون () -	آدرس ایمیل @	زیپ کد

DHHS چی معلوماتی را باید نشر کند؟ همه موارد مرتبط را علامت بزنید.

<p>جواز عمومی:</p> <p><input type="checkbox"/> همه معلومات طبی از دفتر(های) DHHS که در بالا مشخص شده است</p> <p><input type="checkbox"/> دیتاهای مطالبات یا دیدارها (معلومات مربوط به مراجعه به ارائه دهندگان خدمات معالجوی)</p> <p><input type="checkbox"/> صدور بیل، پرداخت، عواید، بانکداری، مالیات، دارایی یا دیتاهای مورد ضرورت برای بررسی شرایط بهره‌مندی از امتیازات پروگرام DHHS</p> <p><input type="checkbox"/> محدودیت شامل تاریخ(ها) یا نوع(انواع) معلومات زیر: (مثلاً «آزمایش مورخ 2 جون 2017» یا «مطالبات مربوط به دوره زمانی 2015-2017»)</p> <p>_____</p> <p>دیگر: _____</p>	<p>جواز خاص: ارجاع یا خدمات مربوط به سوء مصرف مواد مخدر/الکول</p> <p><input type="checkbox"/> شامل همه معلومات مربوط به مواد مخدر/الکول ذکر شده در اجاز نامه</p> <p><input type="checkbox"/> شامل فقط اسناد خاص چلیپا خورده مربوط به مواد مخدر/الکول:</p> <p><input type="checkbox"/> تشخیص و تداوی</p> <p><input type="checkbox"/> نوت های بالینی و اسناد خلاصه ترخیص</p> <p><input type="checkbox"/> سابقه یا خلص راپور سوء مصرف مواد مخدر/الکول</p> <p><input type="checkbox"/> معلومات پرداخت یا مطالبات</p> <p><input type="checkbox"/> وضعیت زندگی و کمک های اجتماعی</p> <p><input type="checkbox"/> دارو، مقدار مصرف یا موجودی</p> <p><input type="checkbox"/> نتایج لابراتوار</p> <p><input type="checkbox"/> دیگر:</p>
<p>جواز خاص: خدمات صحت روانی/رفتاری</p> <p><input type="checkbox"/> شامل این معلومات ذکر شده در جواز نامه</p> <p><input type="checkbox"/> می‌خواهم دوسیه صحت روانی/رفتاری را قبل از نشر بازبینی کنم. من می‌دانم که این بازبینی تحت نظارت خواهد بود.</p> <p>توجه: طبق معلومات Maine ما اجازه داریم این معلومات را در صورتی که بتوانیم با کوشش معقول درباره نشر آنها اطلاع رسانی کنیم، با هدف هماهنگ کردن خدمات مراقبت (کمک رسانی به پروسه مراقبت) در اختیار دیگر ارائه دهندگان خدمات معالجوی و پلان های بیمه قرار دهیم.</p>	<p>جواز خاص: وضعیت/نتایج آزمایش HIV/ایدز</p> <p><input type="checkbox"/> شامل این معلومات ذکر شده در جواز نامه</p> <p>توجه: طبق قانون Maine، ما وظیفه داریم پیامدهای احتمالی نشر معلومات ایدز/HIV را به اطلاع شما برسانیم. مثلاً، با نشر معلومات ممکن است مراقبت کامل تری دریافت کنید ولی در صورت سوء استفاده از معلومات شما ممکن است شامل تبعیض شوید.</p> <p>DHHS از دیتاهای HIV و همه معلومات شما، طبق قانون، محافظت می‌کند.</p>

آیا از DHHS می‌خواهید که معلومات شما را با ایمیل ارسال کند؟ بله.

با این که DHHS از محرمانه و امنیت معلومات من محافظت می‌کند، من می‌دانم که استفاده از ایمیل و اینترنت شامل خطرهایی است که DHHS نمی‌تواند آنها را کنترل کند. در پروسه ارسال معلومات ذریعه ایمیل، این امکان وجود دارد که اشخاص ناشناس محتوای ایمیل را بخوانند. من این خطرها را می‌پذیرم و با این وجود از DHHS می‌خواهم که معلومات من را با ایمیل بفرستد. **حروف اول نام و تخلص را در اینجا بنویسید** _____

DHHS کدام معلومات شما را باید با ایمیل بفرستد؟ آدرس ایمیل را با حروف کلان غیرشکسته و خوانا بنویسید:

هدف از نشر معلومات چیست؟ جواب خود را با چلیپا زدن گزینه‌ها یا نوشتن ارائه کنید.

برای هماهنگی یا مدیریت کردن خدمات معالجوی برای امور حقوقی، شامل ارائه تصدیق

درخواست شخصی برای بررسی صلاحیت بهره‌مندی از امتیازات یا پوشش بیمه دیگر _____

علامت بزنید و خوانا در قسمت زیر بنویسید: فرستادن معلومات به دریافت معلومات از:

نام	نام
آدرس	آدرس
شهر، ایالت، زیپ کد	شهر، ایالت، زیپ کد
تلیفون	تلیفون
نمبر فکس.	نمبر فکس.

من می‌دانم و می‌پذیرم که:

• «معلومات» ممکن است در قالب مکتوب، شفاهی و/یا الکترونیکی باشد.

• این فرمه یک سال بعد از تاریخ زیر منقضی می‌شود، مگر این که جواز خود را زودتر باطل کنم (پس بگیرم).

• برای پس گرفتن جواز، باید «فرمه ابطال» را از آدرس <http://www.maine.gov/dhhs/privacy/index.shtml> دریافت کنم و بعد از خانه پوری کردن به دفتری که از آنجا خدمات دریافت می‌کنم، بفرستم. درخواست من شامل معلوماتی که DHHS قبلاً با جواز من منتشر کرده است، نخواهد شد.

• اگر جواز خود را پس بگیرم یا با نشر همه معلومات خود یا بخشی از آنها مخالفت کنم، ممکن است پروسه تشخیص یا تداوی بیماری مختل شود یا پوشش بیمه من از بین برود.

• من به اشخاص حقیقی و/یا حقوقی مذکور در این فرمه اجازه می‌دهم که برای محقق کردن هدف(اهداف) مندرج در این فرمه با یکدیگر به تبادل معلومات بپردازند.

• معلومات صحی دریافتی از ارائه‌دهندگان دیگر (مثل داکتران، شفاخانه‌ها و مشاوران) که در دوسیه DHHS من درج شده است، شامل این جواز می‌شود.

• DHHS در صورتی امور تداوی، پرداخت هزینه خدمات یا امتیازات من را مبتنی بر امضا شدن یا نشدن این فرمه خواهد کرد که درخواست بهره‌مندی از امتیازات را ارائه کنم.

• DHHS معلومات من را بر بنیاد قانون محرم نگه خواهد داشت. اگر بخواهم معلومات خود را در اختیار افرادی قرار دهم که تعهد قانونی برای محرم نگه داشتن آن ندارند، معلومات من ممکن است دیگر شامل قوانین حرمانیت فدرال نشود.

• اگر دوسیه معالجوی یا پروگرام سوء مصرف مواد مخدر یا الکل (تکلیف سوء مصرف) شامل این جواز انتشار شود، DHHS ممکن است با صدور اطلاعیه‌ای اعلام کند که انتشار دوباره یا انتقال این معلومات بدون کسب جواز مکتوب از من مجاز نخواهد بود.

این فرمه را داوطلبانه امضا می‌کنم. من حق دارم که کاپی امضا شده این فرمه را، بنا به درخواست، در اختیار داشته باشم.

تاریخ: _____ امضا _____

حق امضای نماینده شخصی: _____