



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

Paul R. LePage, Governor

Ricker Hamilton, Commissioner

## Ruhusa ya Kupeana Taarifa

**Tumejitolea kulinda faragha ya taarifa yako.  
Tafadhali soma fomu hii kwa makini.**

**Je, ni ofisi gani ya (za) DHHS zinazopaswa kukusaidia? Tafadhali chagua/teua.**

<input type="checkbox"/> Ofisi ya Huduma za MaineCare	<input type="checkbox"/> Huduma za Afya ya Kiakili na Utumiaji wa Madawa za Kulevya
<input type="checkbox"/> Ofisi ya Kujitegemea kwa Familia na Timu ya Kupitia	<input type="checkbox"/> Ofisi ya Huduma kwa Watoto na Familia
<input type="checkbox"/> Kituo cha Maine cha Kudhibiti na Kuzuia Magonjwa	<input type="checkbox"/> Ofisi ya Huduma kwa Wakongwe na Walemavu
<input type="checkbox"/> Kituo cha Dorothea Dix cha Matibabu ya Magonjwa ya Akili	<input type="checkbox"/> Ofisi ya Kusuluhisha Migogoro Kikawaida
<input type="checkbox"/> Kituo cha Matibabu ya Magonjwa ya Akili cha Riverview	<input type="checkbox"/> Nyingine:

**Je, ni taarifa ya nani inayopeanwa? Tafadhali chapisha vizuri.**

Jina la Mtu binafsi	Tarehe ya Kuzaliwa	Usalama wa Kijamii #
Anwani ya Nyumbani	Mji/Jiji	Jimbo
		Msimbo wa Posta
Simu ( ) -	Barua pepe	@

**Je, ni taarifa gani ambazo DHHS inaweza kupeana? Tafadhali chagua zote zinazohusika.**

<p><b><u>Ruhusa ya kawaida:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Taarifa <b>zote</b> za afya kutoka kwa ofisi ya (za) DHHS zilizochaguliwa hapo juu</p> <p><input type="checkbox"/> Madai au data za ziara za afya (taarifa kuhusu ziara kwa wahudumu wa afya)</p> <p><input type="checkbox"/> Data ya bili, malipo, mapato, benki, kodi/ushuru, mali, au data inayohitajika ili kutambua ikiwa unastahili kupokea manufaa ya mpango wa DHHS</p> <p><input type="checkbox"/> Peana tu taarifa za aina fulani au kuanzia tarehe fulani hadi tarehe fulani: (kwa mfano “Kipimo cha maabarani chenye tarehe ya 2 Juni, 2017” au “Madai kuanzia 2015-2017”)</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Nyingine: _____</p>	<p><b><u>Ruhusa maalum:</u></b> Rufaa (Kutumwa Kwingine) au Huduma za <b>Madawa ya Kulevya/Pombe</b></p> <p><input type="checkbox"/> Jumuisha taarifa <b>zote</b> za madawa ya kulevya/pombe kwenye ruhusa</p> <p><input type="checkbox"/> Jumuisha taarifa <b>mahususi</b> za madawa ya kulevya/pombe zilizochaguliwa:</p> <p><input type="checkbox"/> Kutambua ugonjwa na matibabu</p> <p><input type="checkbox"/> Vidokezo vya matibabu na mambo mafupi unapotolewa hospitalini</p> <p><input type="checkbox"/> Historia au mambo mafupi kuhusu Madawa ya kulevya/pombe</p> <p><input type="checkbox"/> Taarifa kuhusu malipo au madai</p> <p><input type="checkbox"/> Jinsi unavyoishi na misaada ya kijamii unayopokea</p> <p><input type="checkbox"/> Dawa, dozi au vifaa mbalimbali</p> <p><input type="checkbox"/> Matokeo ya maabarani</p> <p><input type="checkbox"/> Nyingine: _____</p>
<p><b><u>Ruhusa maalum:</u></b> Huduma za Afya ya Kiakili/Kitabia</p> <p><input type="checkbox"/> Jumuisha taarifa hii kwenye ruhusa</p> <p><input type="checkbox"/> Ningependa kupitia rekodi zangu za afya ya kiakili/kitabia kabla zipeanwe. Ninaelewa kwamba nitakapokuwa nikipitia taarifa hizi kuna mtu atakayenisimamia.</p> <p><b>Tafadhali jua kwamba:</b> Sheria ya Maine inaturuhusu kushiriki taarifa hizi na wahudumu wengine wa afya na mipango ya afya ili kuweza kushughulikia utunzaji wako (kukuhudumia) bora tu tujitahidi kukujulisha kwamba tumewapatia taarifa hizi.</p>	<p><b><u>Ruhusa maalum:</u></b> Hali ya HIV/UKIMWI/Matokeo ya Kipimo</p> <p><input type="checkbox"/> Jumuisha taarifa hii kwenye ruhusa</p> <p><b>Tafadhali jua kwamba:</b> Sheria ya Maine inatuhitaji tukuambie yanayoweza kutokea tukipeana taarifa ya HIV/UKIMWI. Kwa mfano, huenda ukapokea utunzaji kamili zaidi ukipeana taarifa hii, lakini huenda ukabaguliwa iwapo data yako imetumiwa vibaya. <b>DHHS</b> italinda data yako ya HIV, na taarifa zako zote, jinsi inavyohitajika kisheria.</p>

**Je, unaiomba DHHS itume taarifa yako kupitia BARUA PEPE?  Ndiyo.**

Ingawa DHHS ina jukumu la kulinda faragha na usalama wa taarifa zangu, Ninaelewa kwamba barua pepe na intaneti zinahusisha hatari ambazo DHHS haiwezi kudhibiti/kuzuia. Kuna uwezekano kwamba taarifa yangu iliyotumwa kupitia barua pepe inaweza kusomwa na asiyehusika moja kwa moja. NINAKUBALI HATARI HIZO na bado ninaomba DHHS itume taarifa yangu kupita barua pepe. **WEKA HERUFI ZA KWANZA ZA MAJINA HAPA**

**Je, DHHS inapaswa kutuma taarifa yako wapi kupitia barua pepe? Tafadhali andika/chapisha anwani hiyo ya barua pepe vizuri:**

**Je, mbona unawapatia taarifa hiyo? Tafadhali chagua jibu au uandike jibu.**

Ili waweze kushughulikia utunzaji wangu  Kwa sababu za kisheria, ikiwemo kutoa ushuhuda

Ombi la kibinafsi  Ili nijue ikiwa ninafaa kupokea manufaa au bima  Nyingine \_\_\_\_\_

**Tafadhali chagua na uandike/uchapishe vizuri hapa chini:  Tuma taarifa yangu kwa  Pata taarifa yangu kutoka kwa:**

Jina _____	Jina _____
Anwani _____	Anwani _____
Jiji, Jimbo, Msimbo wa Posta _____	Jiji, Jimbo, Msimbo wa Posta _____
Simu _____	Simu _____
Faksi _____	Faksi _____

Ninaelewa na kukubali kwamba:

- “Taarifa” huenda ikawa imeandikwa, imesemwa na/au kwa mtindo wa kielektroniki.
- Fomu hii itakoma kutumika **mwaka mmoja** baada ya tarehe iliyoko hapa chini isipokuwa nikitangua (nikiiiondoa) ruhusa yangu mapema.
- Ili niiondoe ruhusa yangu, nitajaza Fomu ya Kuondoa Ruhusa kwenye <http://www.maine.gov/dhhs/privacy/index.shtml> kisha niitume kwenye ofisi ambapo mimi hupokea huduma. Haitaathiri taarifa ambayo DHHS ilishapeana kwa ruhusa yangu.
- Nikiiondoa ruhusa yangu au nikatae kupeana baadhi ya taarifa zangu au taarifa zangu zote, uamuzi huu unaweza kusababisha utambuzi usiofaa wa ugonjwa au kupewa matibabu yasiyofaa, au kunyimwa malipo ya bima.
- Ninawaruhusu watu na/au ofisi zilizotajwa kwenye fomu hii wawasiliane kwa ajili ya kusudi (makusudi) ya fomu hii.
- Taarifa za afya kutoka kwa watoa huduma wengine (kama vile madaktari, hospitali, na washauri nasaha) zilizoko kwenye faili yangu ya DHHS zimejumuishwa kwenye ruhusa hii.
- Isipokuwa kama ninaomba manufaa, DHHS itanipea matibabu, malipo ya huduma, au manufaa hata kama sijatia sahihi kwenye fomu hii.
- Ofisi za DHHS zitaweka taarifa zangu kuwa za siri kama inavyohitajika na sheria. Nikiamua kushiriki taarifa yangu na watu wengineambao hawahitajiki na sheria kuiweka siri/faraghani, huenda taarifa yangu isilindwe tena na sheria za usiri za kitaifa.

- Ikiwa rekodi/taarifa za matibabu ya pombe au madawa za kulevya au za mpango (ugonjwa wa madawa za kulevya) zimejumuishwa kwenye ruhusa hii, DHHS itajumuisha notisi inayosema kwamba taarifa kama hiyo haitapeanwa tena au wengine hawataambiwa kuihusu bila ruhusa yangu iliyoandikwa.

Ninatia sahihi kwenye fomu hii kwa hiari. Nina haki ya kupokea nakala ya fomu hii iliyotiwa sahihi nikiomba.

**Tarehe:** \_\_\_\_\_ **Sahihi** \_\_\_\_\_

**Sahihi ya Mwakilishi wa Mtu Binafsi:** \_\_\_\_\_