



أي من مكاتب وزارة الصحة والخدمات البشرية يمكنه مساعدتك؟ يرجى المراجعة.

| | |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> مكتب MaineCare للخدمات | <input type="checkbox"/> خدمات المواد المخدرة والصحة العقلية |
| <input type="checkbox"/> مكتب استقلال الأسرة وفريق مراجعة الرعاية الطبية | <input type="checkbox"/> مكتب خدمات الطفل والأسرة |
| <input type="checkbox"/> مركز مين لمكافحة الأمراض والوقاية | <input type="checkbox"/> مكتب خدمات المسنين وذوي الإعاقة |
| <input type="checkbox"/> مركز Dorothea Dix للطب النفسي | <input type="checkbox"/> مكتب الجلسات الإدارية |
| <input type="checkbox"/> مركز Riverview للطب النفسي | <input type="checkbox"/> غير ذلك: |

من الذي سيتم التصريح عن معلوماته الرجاء؟ الكتابة بخط واضح.

| | | |
|--------------|-------------------------|------------------------|
| اسم الفرد | تاريخ الميلاد | # رقم الضمان الاجتماعي |
| عنوان المنزل | مركز/ مدينة | الولاية |
| الهاتف | عنوان البريد الإلكتروني | الرمز البريدي |
| () - | @ | |

ما هي المعلومات التي يجب على وزارة الصحة والخدمات البشرية ان تصرح بها؟ برجاء التأكد من تطابق كل شيء.

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>التصريح العام:</p> <p><input type="checkbox"/> جميع المعلومات الصحية من مكتب (مكاتب) وزارة الصحة والخدمات البشرية قد تم اختيارها</p> <p><input type="checkbox"/> مطالب او مواجهة البيانات (معلومات عن الزيارات إلى مقدمي الرعاية الصحية)</p> <p><input type="checkbox"/> اعداد الفواتير، السداد، الدخل، النظام المصرفي، الضرائب او الاصول او البيانات المطلوبة لرى اذا ما كنتم تستحقون الحصول على مزايا برنامج وزارة الصحة والخدمات البشرية</p> <p><input type="checkbox"/> مقصور على التاريخ التالي (التواريخ التالية) او نوع (أنواع) المعلومات: (على سبيل المثال "الاختبار المعلمي محدد في 2 يونيو 2017" او "المطالب من 2015-2017")</p> <p><input type="checkbox"/> غير ذلك:</p> | <p>التصريح خاص: عمليات التحويل إلى او خدمات علاج ادمان المخدرات/ الخمر</p> <p><input type="checkbox"/> إرفاق جميع انواع معلومات ادمان المخدرات/ الخمر في التصريح</p> <p><input type="checkbox"/> فقط إرفاق سجلات ادمان المخدرات/ الخمر المحددة التي تم مراجعتها.</p> <p><input type="checkbox"/> التشخيص والعلاج</p> <p><input type="checkbox"/> الملاحظات الاكلينيكية وملخص خروج المريض</p> <p><input type="checkbox"/> تاريخ او ملخص ادمان المخدرات/ الخمر</p> <p><input type="checkbox"/> معلومات السداد او المطالبات</p> <p><input type="checkbox"/> الموقف المعيشي والدعم الاجتماعي</p> <p><input type="checkbox"/> الادوية او الجرعات او الامدادات</p> <p><input type="checkbox"/> النتائج المعملية</p> <p><input type="checkbox"/> غير ذلك:</p> |
| <p>تصريح خاص: خدمات الصحة العقلية/السلوكية</p> <p><input type="checkbox"/> إرفاق هذه المعلومات في التصريح</p> <p><input type="checkbox"/> اريد مراجعة سجل صحي العقلية/ الصحة السلوكية قبل التصريح بها أدرك ان المراجعة ستكون تحت الاشراف</p> <p>برجاء تدوين الملاحظات: يسمح لنا قانون ولاية مين بان نشارك مقدمي الرعاية الصحية الاخرين والخطط الصحية هذه المعلومات لتنسيق رعايتكم (للمساعدة في الاعتناء بكم) طالما اننا نبذل كافة الجهود المعقولة لإخطاركم بهذا التصريح بالإعلان.</p> | <p>تصريح خاص: حالة فيروس HIV/ الإيدز/ نتائج الاختبارات</p> <p><input type="checkbox"/> إرفاق هذه المعلومات في التصريح</p> <p>برجاء تدوين الملاحظات: يشترط قانون مين ان نخبركم بالآثار المحتملة للتصريح بالإعلان عن فيروس HIV/ الإيدز. على سبيل المثال يحق لكم استلام المزيد من الرعاية الكاملة إذا ما صرحتم بهذه المعلومات ولكنكم قد تعانيون من التمييز في حالة اساءة استخدام بياناتكم. تحمي وزارة الصحة والخدمات البشرية معلوماتكم عن فيروس HIV وجميع معلوماتكم وفقا لما يشترطه القانون.</p> |

هل تطلبون من وزارة الصحة والخدمات البشرية بان ترسل لكم المعلومات عن طريق البريد الإلكتروني؟ نعم.

أدرك انه على الرغم ان وزارة الصحة والخدمات البشرية لديه وسائل حماية الخصوصية والامن لمعلوماتي فان البريد الإلكتروني والانترنت بهما مخاطر لا يمكن لوزارة الصحة والخدمات البشرية السيطرة عليها من الممكن ان يقرأ الغير معلوماتي المرسله بالبريد الإلكتروني قبل تلك المخاطر ولا زلت اطلب وزارة الصحة والخدمات البشرية ان ترسل معلوماتي بالبريد الإلكتروني. التوقيع هنا بالحروف الأولى: _____

إلى اين يجب ان ترسل وزارة الصحة والخدمات البشرية معلوماتكم بالبريد الإلكتروني؟ برجاء كتابة عنوان البريد الإلكتروني بوضوح:

ما هو الغرض من هذا الاعلان؟ برجاء الاختيار او كتابة رد.

- لتنسيق او ادارة رعايتي لأي من الشئون القانونية، بما في ذلك تقديم الشهادة
 طلب شخصي لنرى إذا ما كنت استحق الحصول على المزايا أو التأمين غير ذلك

برجاء لاختيار والكتابة بوضوح ادناه: ارسال معلوماتي إلى الحصول على معلوماتي من:

| | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| الاسم | الاسم |
| العنوان | العنوان |
| المدينة، الولاية، الرمز البريدي | المدينة، الولاية، الرمز البريدي |
| رقم الهاتف | رقم الهاتف |
| رقم الفاكس | رقم الفاكس |

أفهم وأوافق أن:

- قد تكون "المعلومات" بصيغة مكتوبة و/ او منطوقة و/ او اليكترونية.
 - تنتهي هذه الاستمارة بعد عام من التاريخ المحدد أدناه ما لم ألغي (أسترد) تصريحتي قريبا.
 - لاسترجاع تصريحتي، سأملأ استمارة الالغاء الموجودة على موقع <http://www.maine.gov/dhhs/privacy/index.shtml> وارسلها الى المكتب الذي استلم فيه الخدمات. لن اتقدم إلى المعلومات التي صرحت بها وزارة الصحة والخدمات البشرية بالفعل في تصريحتي.
 - سأسترد تصريحتي او ارفض التصريح ببعض او كل معلوماتي وسيؤدي اختياري إلى التشخيص او العلاج غير المناسبين او رفض التغطية التأمينية.
 - أسمح للأفراد و/ او المكاتب الوارد ذكرها في هذه الاستمارة بالتحدث إلى بعضهم البعض للغرض (الاعراض) المبينة في هذه الاستمارة.
 - تم ارفاق المعلومات الصحية من مقدمي الرعاية الاخرين (مثل الاطباء والمستشفيات والمرشدين) في هذا التصريح بالإعلان.
 - ما لم أتقدم بطلب للحصول على هذه المزايا لا يمكن لوزارة الصحة والخدمات البشرية ان تحدد علاجي او سداد ثمن الخدمات او المزايا على افتراض انني اوقع هذه الاستمارة.
 - تحافظ مكاتب وزارة الصحة والخدمات البشرية معلوماتي كمعلومات سرية وفقا للمدى الذي يحدده القانون. اذا ما اخترت ان اشرك معلوماتي مع الاخرين والذين لا يطالبهم القانون بالحفاظ على خصوصية هذه المعلومات فلن تكون هذه المعلومات محمية بقوانين السرية الفيدرالية.
 - اذا ما تم ارفاق سجلات علاج او برنامج علاج ادمان الخمر او المخدرات (اضطراب تعاطي المخدرات) في هذا التصريح بالإعلان، فيجب ان ترفق وزارة الصحة والخدمات البشرية اشعارا تقول فيه ان هذه المعلومات لا يجوز اعادة التصريح بها او مشاركتها بدون إذن خطي.
- أوقع هذه الاستمارة باختياري يحق لي ان اوقع على نسخة من هذه الاستمارة اذا ما طلبت الحصول على نسخة.

التاريخ: _____ التوقيع _____

سلطة المندوب الشخصي في التوقيع: _____