

ما به حریم خصوصی اطلاعات شما متعهدیم.
لطفاً این فرم را با دقت بخوانید.



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

Paul R. LePage, Governor

Ricker Hamilton, Commissioner

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

<input type="checkbox"/> دفتر خدمات MaineCare	<input type="checkbox"/> خدمات سوء استعمال مواد و سلامت روانی
<input type="checkbox"/> دفتر تیم استقلال خانواده و بازبینی پزشکی	<input type="checkbox"/> دفتر خدمات کودک و خانواده
<input type="checkbox"/> مرکز Maine برای کنترل و پیشگیری بیماری	<input type="checkbox"/> دفتر خدمات پیری و ناتوانی
<input type="checkbox"/> مرکز روانپزشکی Dorothea Dix	<input type="checkbox"/> دفتر رسیدگی اداری
<input type="checkbox"/> مرکز روانپزشکی بازبینی دوباره	<input type="checkbox"/> سایر:

اطلاعات چه کسی منتشر می شود؟ لطفاً به صورت خوانا چاپ کنید.

نام شخص	تاریخ تولد	شماره تامین اجتماعی
نشانی خانه	شهر/شهرستان	ایالت
تلفن () -	نشانی ایمیل @	کد پستی

DHHS چه اطلاعاتی را باید منتشر کند؟ لطفاً همه مواردی را که شامل می شوند علامت بزنید.

<p>اجازه کلی:</p> <p><input type="checkbox"/> همه اطلاعات مربوط به سلامت از دفتر(های) DHHS که در بالا علامت زده شده اند</p> <p><input type="checkbox"/> مطالبات یا داده های مواجهه (اطلاعات مربوط به مراجعه به ارائه کنندگان مراقبت سلامت)</p> <p><input type="checkbox"/> صورتحساب، پرداخت، درآمد، اطلاعات بانکی، مالیات، دارایی، یا داده هایی که برای تشخیص اینکه شما مشمول خدمات برنامه DHHS هستید یا نه، لازم هستند</p> <p><input type="checkbox"/> محدودیت های مربوط به تاریخ (ها) یا نوع/انواع اطلاعات زیر: (برای مثال «تست آزمایشگاه مورخ 2 ژوئن 2017» یا «مطالبات مربوط به 2015-2017»)</p> <p>سایر: _____</p>	<p>اجازه ویژه: ارجاع یا خدمات مواد مخدر/الکل</p> <p><input type="checkbox"/> شامل همه اطلاعات مربوط به مواد مخدر/الکل در انتشار</p> <p><input type="checkbox"/> تنها شامل اطلاعات ثبت شده ویژه مواد مخدر/الکل که علامت زده شده اند:</p> <p><input type="checkbox"/> تشخیص و درمان</p> <p><input type="checkbox"/> یادداشت های کلینیکی و خلاصه های مربوط به ترخیص</p> <p><input type="checkbox"/> تاریخچه یا خلاصه مربوط به مواد مخدر/الکل</p> <p><input type="checkbox"/> اطلاعات مربوط به پرداخت ها یا مطالبات</p> <p><input type="checkbox"/> گزارش های مربوط به وضعیت زندگی یا اجتماعی</p> <p><input type="checkbox"/> دارو، دوزها یا اقلام قابل ارائه</p> <p><input type="checkbox"/> نتایج آزمایشگاه</p> <p>سایر: _____</p>
<p>اجازه ویژه: خدمات سلامت روانی/رفتاری</p> <p><input type="checkbox"/> این اطلاعات را در انتشار بگنجانید</p> <p><input type="checkbox"/> می خواهم پیش از انتشار، اطلاعات ثبت شده مربوط به سلامت روانی/سلامت رفتاری خود را بازبینی کنم. می فهمم که بازبینی با نظارت همراه خواهد بود.</p> <p>لطفاً توجه کنید که: قانون Maine به ما اجازه می دهد تا این اطلاعات را با سایر ارائه کنندگان مراقبت سلامت و برنامه های سلامت به اشتراک بگذاریم تا مراقبت شما را هماهنگ کنیم (به مراقبت شما کمک کنیم)، در حالی که ما تلاش معقولی را برای مطلع کردن شما از انتشار اطلاعات انجام می دهیم.</p>	<p>اجازه ویژه: نتایج وضعیت/تست HIV/AIDS</p> <p><input type="checkbox"/> این اطلاعات را در انتشار بگنجانید</p> <p>لطفاً توجه کنید که: قانون Maine ما را ملزم می سازد که درباره آثار احتمالی انتشار اطلاعات مربوط به HIV/AIDS به شما اطلاع دهیم. برای مثال، اگر شما این اطلاعات را منتشر کنید ممکن است مراقبت کامل تری دریافت کنید، ولی اگر داده های شما مورد سوء استفاده قرار گیرند، ممکن است مورد تبعیض واقع شوید. DHHS از داده های HIV و همه اطلاعات شما که قانون ملزم می سازد، محافظت خواهد کرد.</p>

آیا از DHHS می خواهید که اطلاعات شما را از طریق ایمیل بفرستد؟ بله.

اگرچه DHHS شامل محافظت های حریم خصوصی و امنیت برای اطلاعات من است، من می فهمم که ایمیل و اینترنت خطراتی دارند که DHHS نمی تواند کنترل کند. ممکن است اطلاعات من که با ایمیل فرستاده شده اند، به وسیله یک طرف سوم خوانده شوند. من آن خطرات را می پذیرم و همچنان از DHHS می خواهم که اطلاعات من را از طریق ایمیل بفرستد. حروف کوچک در اینجا _____

DHHS اطلاعات شما را با ایمیل به کجا باید بفرستد؟ لطفا نشانی ایمیل را به صورت خوانا چاپ کنید:

هدف از انتشار چیست؟ لطفا علامت بزنید و یا پاسخی بنویسید.

- برای هماهنگ کردن یا مدیریت مراقبت من برای یک موضوع حقوقی، از جمله دادن شهادت
 یک درخواست شخصی برای مشخص شدن مشمول بودن من برای خدمات یا بیمه
 سایر _____

لطفا موارد زیر را علامت بزنید و به صورت خوانا چاپ کنید: اطلاعات من را به این نشانی بفرستید اطلاعات من را از اینجا بگیرد:

نام	نام
نشانی	نشانی
شهر، ایالت، کد پستی	شهر، ایالت، کد پستی
شماره تلفن	شماره تلفن
فاکس	فاکس

من می فهمم و موافقت می کنم که:

- «اطلاعات» ممکن است در قالب نوشتاری، گفتاری و/یا الکترونیک باشد.
- اعتبار این فرم یک سال پس از تاریخ زیر به پایان خواهد رسید، مگر آنکه من اجازه خودم را زودتر لغو کنم (پس بگیرم).
- برای پس گرفتن اجازه ام، من فرم لغو موجود در وبسایت <http://www.maine.gov/dhhs/privacy/index.shtml> را پر خواهم کرد و آن را به دفتری که خدمات را از آن دریافت می کنم خواهم فرستاد. آن، شامل اطلاعاتی که پیش از آن و با اجازه من به وسیله DHHS منتشر شده است نخواهد شد.
- اگر اجازه ام را پس بگیرم یا از انتشار برخی از اطلاعاتم یا همه آنها خودداری کنم، انتخاب من ممکن است به یک تشخیص یا درمان نادرست، یا لغو پوشش بیمه منجر شود.
- من به افراد و/یا دفاتر فهرست شده در این فرم اجازه می دهم تا با یکدیگر در راستای هدف(های) موجود در این فرم گفتگو کنند.
- اطلاعات مربوط به سلامت از سایر ارائه کنندگان خدمات (مانند پزشکان، بیمارستان ها و مشاوران) در پرونده DHHS من، جزو این انتشار می باشند.
- مبنای DHHS برای درمان، پرداخت هزینه های خدمات یا خدمات دریافتی من، امضای این فرم توسط من نخواهد بود، مگر آنکه خدمات قابل دریافت را درخواست کنم.
- دفاتر DHHS، از اطلاعات من به صورت محرمانه و آنگونه که قانون ملزم می دارد نگهداری خواهند کرد. اگر من انتخاب کنم که اطلاعات خودم را با دیگرانی که از نظر قانونی ملزم به نگهداری محرمانه آنها نیستند به اشتراک بگذارم، دیگر تحت محافظت قوانین رازداری فدرال نخواهند بود.

- اگر اطلاعات ثبت شده مربوط به درمان یا برنامه الکل یا مواد مخدر (اختلال سوء استعمال مواد) جزو این انتشار باشد، DHHS یادداشتی را ضمیمه خواهد کرد مبنی بر اینکه انتشار یا به اشتراک گذاری دوباره این اطلاعات، بدون اجازه کتبی من ممکن نیست.

من این فرم را به صورت داوطلبانه امضاء می کنم. من حق دارم در صورت درخواست، یک رونوشت امضاء شده از این فرم را دریافت کنم.

تاریخ: _____ امضاء _____

مجوز نماینده شخصی برای امضاء کردن: _____