

طلب عضوية You First

يرجى إكمال هذا الطلب وإعادته:

البريد: Vermont Department of Health, PO Box 70 Drawer 38 (YF), Burlington, VT 05402-0070
الفاكس: 802-657-4208

بالنسبة للأفراد الصم وضعاف السمع، يرجى استخدام خدمة فيرمونت للتواصل النصي على الرقم 711 وإدخال رقمنا: 1-800-508-2222. إذا كانت لديك أسئلة أو تحتاج إلى خدمات ترجمة فورية، فاتصل على الرقم 1-800-508-2222. يرجى ذكر لغتك وسنتواصل مع مترجم فوري.

القسم 1: معلومات عنك

الاسم الأول:

اسم العائلة:

الاسم الذي تريد أن يستخدمه موظفي You First:

تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة):

ليس لدي رقم ضمان اجتماعي

رقم الضمان الاجتماعي (XXX-XX-XXXX):

الضمان: هي/ها هو/ه هم/هم غير ذلك (يرجى التحديد):

ليس لدي عنوان دائم حاليًا

عنوان الشارع:

الرمز البريدي:

الولاية:

المدينة/البلدة:

العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا عن أعلاه):

عنوان البريد الإلكتروني:

رقم الهاتف:

□ المنزل □ العمل □ الهاتف الخليوي

() - ()

هل من المقبول ترك رسالة؟ □ نعم □ لا

كيف تفضل أن يتم الاتصال بك؟

□ هاتف □ بريد إلكتروني □ بريد

هل أنت من أصل لاتيني أو إسباني؟

□ نعم □ لا □ أفضل عدم الإجابة

ما العرق أو الأعراق التي تُعرف بها؟
(يرجى التحقق من كل ما ينطبق)

□ السكان الأصليون أو الهنود الأمريكيون أو سكان ألاسكا الأصليون
□ لا أعلم/لست متأكدًا
□ أفضل عدم الإجابة
□ غير ذلك (يرجى التحديد):

□ أبيض
□ أسود أو أمريكي من أصل أفريقي
□ آسيوي أو أمريكي آسيوي
□ سكان هاواي الأصليون أو جزر المحيط الهادئ

ما هي لغتك المفضلة للتواصل الكتابي والشفهي؟

□ النيبالية
□ الصومالية
□ الكيرونديّة
□ غير ذلك (يرجى التحديد):

□ الإنجليزية
□ الإسبانية
□ العربية
□ الفرنسية

هل تريد منا الاتصال بك مع وجود مترجم فوري؟

□ نعم □ لا

ما هو أعلى مستوى تعليمي أكملته؟

□ جزء من التعليم الجامعي
□ خريج كلية
□ لا أعلم/لست متأكدًا مما يعادله
□ أفضل عدم الإجابة

□ أقل من الصف التاسع
□ جزء من التعليم الثانوي
□ خريج الثانوية العامة أو ما يعادلها

هل تُعرف كشخص منتمي لمجتمع الميم؟

□ نعم □ لا □ أفضل عدم الإجابة
(المثليات، المثليين، مزدوجي الميل الجنسي، مغايري الهوية
الجنسانية، الشواذ)

هل لديك حالة صحية أو إعاقة جسدية أو عقلية أو تعليمية أو عاطفية؟

□ نعم □ لا
□ أفضل عدم الإجابة

يطلب برنامج You First الحصول على معلومات شخصية حول العرق، والأصل، والتعليم، والهوية الجنسية، والجنس، والإعاقة، واللغة لضمان وصولنا إلى جميع ساكني فيرمونت المؤهلين للبرنامج. إجاباتك مفيدة للغاية لفرقنا في عملنا لتقليل الاختلافات التي يمكن تجنبها في النتائج الصحية، ولكن يمكنك اختيار خيار الرد "أفضل عدم الإجابة".

القسم 2: الدخل

إجمالي دخل الأسرة قبل الضرائب: دولار

□ كل عام □ كل شهر □ كل أسبوع □ مرة كل أسبوعين

إجمالي عدد الأشخاص الذين يعيشون على هذا الدخل:

(بما في ذلك أنت، أو الزوج/الشريك، أو الأطفال، أو غيرهم ممن يعيشون على هذا الدخل)

القسم 3: التأمين الصحي

هل لديك تأمين صحي؟

□ نعم لدي تأمين صحي.
□ لا، ليس لدي تأمين صحي في الوقت الحالي.

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ملء ما يلي:

اسم شركة التأمين:	تاريخ بدء التغطية:
اسم صاحب البوليصة:	رقم البوليصة أو المعرف:
رقم المجموعة أو الحساب:	

القسم 4: التاريخ الصحي

هل لديك، أو كان لديك، ثدي أو عنق رحم؟

□ نعم □ لا

هل لديك طبيب أو مقدم رعاية صحية؟

□ نعم □ لا

اسم المكتب:

إذا كانت الإجابة بنعم:

موقع المكتب (البلدة / المدينة):

إذا كانت الإجابة لا، هل تحتاج إلى مساعدة في العثور على طبيب؟

□ نعم □ لا

متى كان آخر اختبار مسحة لعنق الرحم أو فيروس الورم الحليمي البشري؟
□ لم يكن لديك اختبار فحص لكشف السرطان في الرحم (Pap)/فيروس الورم الحليمي البشري □ لقد أجريت عملية استئصال الرحم

التاريخ:	<input type="checkbox"/> غير متأكد من التاريخ
الموقع:	
هل لديك أي مخاوف تتعلق بعنق الرحم أو اختبارات غير طبيعية لعنق الرحم أو فيروس الورم الحليمي البشري مؤخراً؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
متى كانت آخر صورة شعاعية للثدي؟	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراء صورة شعاعية للثدي <input type="checkbox"/> لقد أجريت عملية استئصال للثدي
التاريخ:	<input type="checkbox"/> غير متأكد من التاريخ
اسم المستشفى:	
هل تعاني من أي تغيرات في الثدي، أو مخاوف، أو صورة شعاعية غير طبيعية للثدي مؤخراً؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل تستخدم أي نوع من منتجات التبغ (مثل السجائر أو السيجار أو منتجات التدخين الإلكتروني)؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا أفضل الإجابة
إذا كانت الإجابة بنعم، فهل يمكننا القيام بالإحالة إلى 802Quits من أجلك؟ ستصل بك 802Quits عبر الهاتف وتترك رسالة إذا لم تصل إليك.	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
كيف عرفت عن برنامج You First؟	<input type="checkbox"/> كنت عضوة من قبل <input type="checkbox"/> صديق أو قريب <input type="checkbox"/> البحث عبر الإنترنت <input type="checkbox"/> إعلانات الإنترنت <input type="checkbox"/> Pride Center of Vermont
<input type="checkbox"/> طبيب، ممرض، عيادة (يرجى التحديد): <input type="checkbox"/> ملصق أو كتيب <input type="checkbox"/> الفيسبوك أو وسائل التواصل الاجتماعي <input type="checkbox"/> التلفزيون أو الراديو <input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى التحديد):	

القسم 5: موافقة العضو - الحقوق والمسؤوليات

بتوقيبي على هذا الطلب، أوافق على التسجيل في برنامج You First. أوافق على إكمال الطلب بمعلومات صحيحة على حد علمي. أمنح برنامج You First تصريحاً بالوصول إلى معلوماتي الصحية ومشاركتها.

أفوض طبيبي، والعيادة، والمستشفى، والمختبر، وبرامج أسلوب الحياة الخاصة بي لمشاركة معلوماتي مع برنامج You First، حتى يتمكنوا من التأكد من حصولي على رعاية جيدة ومن ثم يمكن لبرنامج You First دفع فواتير العلاج الطبية المؤهلة.

أصرح لبرنامج You First بمشاركة المعلومات الصحية الشخصية حول فحوصات سرطان الثدي وعنق الرحم، وفحص عوامل خطر الإصابة بأمراض القلب، والتشخيص والرعاية العلاجية مع طبيبي، وممرضتي، والمستشفى، والعيادات، ومقدمي الرعاية الصحية المشاركين في اختباراتي وعلاجي.

يتم تمويل برنامج You First من قبل مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC) التي تجمع معلومات من You First حول كيفية استخدام هذا التمويل. أفوض You First لمشاركة معلوماتي غير المحددة للهوية مع مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC). تعني كلمة "مجهولة الهوية" أننا سنحمي خصوصيتك عن طريق إخفاء أو إزالة المعلومات التي من شأنها أن تخبر الناس عن هويتك.

أدرك أنني عندما أسجل في برنامج You First التابع لوزارة الصحة في فيرمونت، أُمح الإذن للبرنامج لمشاركة المعلومات حول أهليتي مع برامج أخرى تابعة لوكالة ولاية فيرمونت للخدمات الإنسانية (AHS) لتنسيق الخدمات.

ستظل معلوماتي الصحية الشخصية آمنة وفقاً لممارسات الخصوصية الخاصة بوكالة AHS وجميع القوانين المعمول بها. لقد تلقيت نسخة من إشعار AHS لممارسات الخصوصية.

أدرك أن لدي الحق في الانسحاب من برنامج You First. إذا لم أعد أرغب في أن أظل مسجلاً بالبرنامج، فسأرسل خطاباً أو أتصل ببرنامج You First حتى أتمكن من الانسحاب. يرجى إرسال خطاب إلى: Vermont Department of Health, P.O. Box 70, Drawer 38, Burlington, VT 05402-0070 أو اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 800-508-2222.

التوقيع: _____ التاريخ: _____

يُرجى التوقيع وتقديم إشعار وكالة الخدمات الإنسانية المرفق لممارسات الخصوصية.

التوقيعات الرقمية غير مقبولة. يرجى الاتصال ببرنامج You First لطرح أي أسئلة على الرقم 1-800-508-2222.

تتوفر خدمات الترجمة المجانية

يرجى إخبارنا إذا كنت بحاجة إلى مترجم شفوي أو ترتيبات أخرى لقراءة هذا الإشعار وفهمه.

ممارسات خصوصية
المعلومات الصحية:

الصفحات 3-1

الممارسات العامة المتعلقة
بالمعلومات المحددة للهوية
الفردية:

صفحة 4

يوضح هذا الإشعار كيف يمكن استخدام المعلومات الطبية وغيرها من المعلومات المحددة بشكل فردي عنك والكشف عنها وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. يرجى المراجعة بعناية.

"نحن" وكالة الخدمات الإنسانية (AHS). تشمل AHS قسم الأطفال والأسر؛ قسم الإعاقة والشيخوخة والعيش المستقل؛ وزارة الصحة؛ قسم الصحة العقلية؛ إدارة التصحيحات؛ وقسم الوصول إلى الصحة في فيرمونت. يشمل المتعاقدون والجهات المستفيدة من المنح لدينا مقدمي الخدمة في جميع أنحاء ولاية فيرمونت، مثل مراكز الآباء والأطفال والمراكز النهارية للبالغين ومراكز الصحة العقلية المجتمعية.

عندما نقدم لك خدمات صحية واجتماعية، سنحصل على معلومات تعريف شخصية (معلومات تعريفية) وأحياناً معلومات صحية عنك. تلتزمنا القوانين الفيدرالية وقوانين الولايات بحماية هذه المعلومات بما في ذلك القانون الفيدرالي لنقل التأمين الصحي والمسألة لعام 1996 والمعروف باسم HIPAA ("قاعدة الخصوصية").

يخبرك هذا الإشعار بكيفية استخدامنا أو مشاركتنا لمعلوماتك الشخصية و/أو الصحية ومتى يجب ألا نقوم بذلك. يطلعك أيضاً على حقوقك. يشترط القانون أن نقدم لك هذا الإشعار. يتطلب القانون منا اتباع شروط الإشعار الساري حالياً.

ممارسات الخصوصية بشأن: المعلومات الصحية

1. ما هي المعلومات الصحية عنى لدى AHS؟

قد تعطينا أنت والآخرين معلومات حول صحتك ورعايتك الصحية عند التقدم بطلب للحصول على خدماتنا أو تلقيها. قد يشمل ذلك معلومات حول التشخيص أو الإعاقة أو العلاج. قد يشمل هذا أيضاً المعلومات المالية والفواتير.

2. ما هي المعلومات الصحية التي تستخدمها AHS وتشاركها؟

لا نستخدم ونشارك إلا الحد الأدنى من المعلومات الصحية الضرورية التي يحتاجها موظفونا أو متعاقدونا لأداء وظائفهم.

3. متى تستخدم AHS أو تشارك معلوماتي الصحية؟

يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية ومشاركتها لأغراض العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية التي تتضمن تخطيط الخدمة وإدارة AHS.

على سبيل المثال، قد نستخدم معلوماتك للأسباب التالية:

- لتحديد أهليتك للحصول على الخدمات أو المزايا
- لإنشاء وتقديم خدمة فردية أو خطط علاجية.
- على سبيل المثال، قد نشارك معلوماتك لوضع خطة لعلاجك مع الممرضات والأطباء وغيرهم من العاملين في مجال الرعاية الصحية الذين يعالجونك.
- لتذكيرك بالمواعيد.
- لإخبارك بخدمات الدعم أو العلاجات الأخرى التي قد تكون مفيدة لك أو لأسرتك.
- لسداد الرسوم لخدماتك.
- على سبيل المثال، قد يرسل لنا طبيبك معلوماتك الصحية حتى تتمكن من الدفع لها. قد نشارك أيضاً معلوماتك الصحية مع المتعاقدين حتى يتمكنوا من الدفع لطبيبك نيابة عنا.
- لتنفيذ عملياتنا وإدارة برامجنا. على سبيل المثال، قد نستخدم معلوماتك الصحية ونشاركها للتأكد من أن الأشخاص الذين يعتنون بك يقدمون لك خدمات عالية الجودة ويتم دفع أجورهم على الفور وبشكل صحيح. قد نستخدم معلوماتك ونشاركها للتأكد من أنك

تحصل على الخدمات الصحيحة ولتحسين الخدمات التي تحصل عليها.

4. هل هناك أوقات أخرى تستخدم فيها AHS معلوماتي الصحية وتشاركها دون إذن مني؟

هناك أوقات محدودة عندما نستخدم المعلومات ونشاركها دون إذن منك. في بعض الأحيان يسمح لنا القانون أو يطلب منا القيام بذلك.

يجوز لنا مشاركة معلوماتك دون إذنك للأسباب الشخصية التالية:

- مع أحد أفراد الأسرة أو أي شخص آخر تختاره، فيما يتعلق بمشاركته في رعايتك أو الدفع مقابل رعايتك.
- لإخطار أسرتك أو أي شخص آخر مسؤول عن رعايتك بموقعك أو الحالة أو الوفاة.
- إلى مدير الجنازة أو الفاحص الطبي الذي يحتاج إلى المعلومات لأداء واجباته عند وفاة الفرد.
- لتعويض العاملين أو برامج أخرى مماثلة.

قد نشارك معلوماتك دون الحصول على إذن منك للأسباب الخاصة التالية:

- لأنشطة الصحة العامة مثل الوقاية من الأمراض أو السيطرة عليها، والمساعدة في سحب المنتجات، والإبلاغ عن ردود الفعل السلبية للأدوية أو الإصابة أو العجز، وللاحتفاظ بسجلات حيوية لأشياء مثل الولادات والوفيات.
- لأغراض البحث، تخضع لقيود قانونية صارمة.
- مع المنظمات التي تقدم التبوع بالأعضاء وزرعها.
- ردًا على أمر محكمة أو أمر إداري، أو أمر استدعاء، أو طلب اكتشاف، أو أي عملية أخرى.
- إلى الشرطة عندما يقتضي القانون ذلك.
- للإبلاغ عن جريمة ارتكبت في مقرنا أو ضد موظفينا.
- إبلاغ السلطات المختصة عن سوء معاملة أو إهمال أو عنف منزلي.
- إلى وكالة مراقبة صحية للأنشطة عندما يصرح بها القانون مثل عمليات التدقيق والتحقيقات.
- إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة من أجل مراجعة الامتثال أو التحقيق في الشكوى ما لم تكن مقدم طلب أو مشارك في خطة التأمين الصحي للمهاجرين التي تكون معلوماتها محمية من الكشف بموجب 33 VSA § 2092(c).
- لتجنب تهديد خطير لصحة أو سلامة شخص أو الجمهور، أو لضابط إنفاذ القانون لأغراض إنفاذ القانون.

- القيام بوظائف حكومية متخصصة، مثل حماية الموظفين العموميين، والأمن القومي، والشؤون العسكرية، والمؤسسات الإصلاحية لأغراض معينة.

- مع وكالات الرقابة الصحية للأنشطة التي يصرح بها القانون.
- مع وكالة أخرى تدير برنامجًا حكوميًا يقدم مزايا عامة، فيما يتعلق بمعلومات الأهلية أو التسجيل، ولتحسين تنسيق ومعالجة وإدارة البرامج الحكومية ذات الصلة.

باستثناء الأسباب المذكورة في هذا الإشعار، أو التي يسمح بها القانون بخلاف ذلك، لن نستخدم معلوماتك الصحية أو نشاركها دون إذن كتابي منك.

5. ماذا لو احتاج شخص آخر إلى معلوماتي الصحية؟

يمكنك أن تطلب أن نفضح عن معلوماتك للآخرين، أو قد نطلب إذنك للقيام بذلك. قبل أن نشارك أي معلومات، سيطلب منك التوقيع على نموذج تفويض. يخبرنا نموذج التفويض بالمعلومات التي يجب مشاركتها وأغراض المشاركة وهوية الأشخاص الذي سنشاركهم. يمكنك إلغاء التفويض الخاص بك في أي وقت.

6. هل يمكنني اختيار شخص ما للتصرف بالنيابة عني؟

إذا كنت قد أعطيت شخصًا توكيلًا طبيًا أو إذا كان هناك شخص ما هو الوصي القانوني عليك، فيمكن لهذا الشخص ممارسة حقوقك واتخاذ قرارات بشأن معلوماتك الصحية. سوف نتأكد من أن الشخص لديه هذه السلطة ويمكنه التصرف نيابة عنك قبل اتخاذ أي إجراء.

7. هل يمكنني رؤية معلوماتي الصحية؟

في معظم الحالات، قد ترى معلوماتك الصحية. يجب أن تطلب من مسؤول الخصوصية، كتابيًا، رويته أو الحصول على نسخة منه (انظر معلومات الاتصال في الصفحة 3). سنقدم نسخة أو ملخصًا عن صحتك وسجلات المطالبات، عادةً في غضون 30 يومًا من طلبك. يمكنك أيضًا طلب نسخ إلكترونية من المعلومات التي نحفظها إلكترونيًا. قد تؤدي السلامة أو الأسباب القانونية الأخرى إلى تقييد المعلومات التي تراها. قد نفرض مبلغًا معقولًا مقابل النسخ.

8. هل يمكنني تغيير معلوماتي الصحية؟

إذا كنت تعتقد أن بعض معلوماتك الصحية في سجلك غير صحيحة، فيمكنك أن تطلب كتابيًا أن نصححها أو نضيف معلومات جديدة. يمكنك أن تطلب أن نرسل المعلومات المصححة أو الجديدة إلى الآخرين الذين تلقوا معلوماتك الصحية منا.

13. ما هي القوانين التي تتبعها AHS والتي تنطبق على خصوصية معلوماتي الصحية؟

تتبع القانون الفيدرالي لنقل التأمين الصحي والمساءلة لعام 1996، والمعروف باختصار HIPAA. HIPAA. تتبع أيضًا أي قوانين فيدرالية أو قوانين خاصة بالولاية تمنحك حماية أكبر للخصوصية مقارنة بقانون HIPAA، متى كانت سارية. على سبيل المثال، تتبع قانون السرية الفيدرالي فيما يتعلق ببرامج علاج تعاطي المخدرات، CFR 42 الجزء 2، قوانين سرية الولاية المتعلقة بسجلات الصحة العقلية، VSA § 7103 و VSA § 2092(c) 33.

14. هل يمكنني الحصول على نسخة من هذا الإشعار؟

نعم، يحق لك الحصول على نسخة من هذا الإشعار. يمكنك أن تطلب منا نسخة ورقية في أي وقت. توجد نسخة إلكترونية على موقعنا الإلكتروني، www.humanservices.vermont.gov

15. هل تستطيع AHS تغيير ممارسات الخصوصية الخاصة بها؟

نحتفظ بالحق في تغيير ممارسات الخصوصية وهذا الإشعار. سنتطبق أي تغييرات في ممارساتنا على المعلومات الخاصة بك التي لدينا بالفعل وعلى المعلومات التي نتلقاها في المستقبل. سوف ننشر نسخة من أي إشعار جديد على موقعنا الإلكتروني، www.humanservices.vermont.gov، ونقدمها لك عن طريق البريد.

16. بمن أتصل إذا كانت لدي أسئلة حول هذا الإشعار؟

يرجى الاتصال بمسؤول الخصوصية عبر الهاتف على الرقم 802-241-0225، أو عبر البريد الإلكتروني على: AHS.PrivacyAndSecurity@vermont.gov، أو عن طريق البريد على:

مسؤول الخصوصية لدى AHS
عناية وكالة مكتب الخدمات الإنسانية للأمين
280 State Drive – Center Building
Waterbury VT 05671-1000

17. كيف يمكنني تقديم شكوى إذا اعتقدت أن حقوق الخصوصية الخاصة بي قد تم انتهاكها؟

يمكنك تقديم شكوى إلى مسؤول الخصوصية لدينا كتابيًا أو عبر الهاتف. يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى مكتب الحقوق المدنية، DHHS, JFK Federal Building، Room 1875, Boston, MA 02203، عن طريق الاتصال على الرقم 1-800-537-7697، أو زيارة:

<https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>

لا يجوز لنا إجراء التغييرات أو الإضافات إذا كانت المعلومات في رأينا دقيقة وكاملة بالفعل أو لأسباب أخرى. إذا لم نوافق على تغيير معلوماتك، فسنخبرك، كتابةً في غضون 60 يومًا، بسبب رفضنا. سنذكر أيضًا في سجلك أنك طلبت منا تغيير معلوماتك وأنا لم نوافق على تغييرها.

9. هل يحق لي أن أطلب من AHS تقييد كيفية استخدامها ومشاركتها لمعلوماتي الصحية؟

يمكنك أن تطلب تقييد كيفية استخدام معلوماتك الصحية ومشاركتها. يجب أن يكون طلبك كتابيًا ويخبرنا بالقيود التي تريدها. سننظر في طلبك ولكن لسنا مطالبين بالموافقة عليه.

10. هل يمكنني أن أطلب من AHS التواصل معي بطريقة سرية؟

قد تطلب أن نتواصل معك بوسائل بديلة معقولة أو في مكان بديل. يجب أن يكون طلبك كتابيًا ويخبرنا بمكان وكيفية الاتصال بك. سنحاول تلبية طلبك.

إذا أخبرتنا أنك بحاجة إلى الاتصال البديل لمنع إفشاء المعلومات التي قد تعرضك للخطر، فسنحترم طلبك.

11. هل يمكنني الحصول على قائمة بالمرات التي قامت فيها AHS بمشاركة معلوماتي الصحية مع أحد الأشخاص؟

يمكنك أن تطلب احتساب عمليات الكشف عن معلوماتك الصحية من قبلنا لمدة ست سنوات قبل التاريخ الذي تطلبه، ومع من شاركناها، ولماذا. يجب عليك تقديم طلبك كتابيًا إلى مسؤول الخصوصية. لا يتطلب القانون منا سرد كل موقف شاركنا فيه معلوماتك. على سبيل المثال، لا يتعين علينا سرد تلك الأوقات التي شاركنا فيها معلوماتك من أجل علاج AHS أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية أو عندما شاركنا معلوماتك وفقًا لتفويض موقع بواسطتك.

12. هل سيتم إخباري إذا كان هناك خرق لخصوصية أو أمان معلوماتي الصحية؟

سنقوم بإخطارك كتابيًا إذا كان هناك خرق لمعلوماتك الصحية. يحدث الانتهاك عندما يرى شخص ما المعلومات الصحية المحمية أو يستخدمها أو يكشف عنها بشكل غير مسموح به بطريقة تهدد خصوصية أو أمان المعلومات الصحية. تستخدم AHS عوامل تقييم المخاطر المنصوص عليها في قاعدة الخصوصية لتحديد ما إذا كانت المعلومات قد تعرضت للاختراق.

ممارسات الخصوصية بشأن: المعلومات المحددة للهوية

بالإضافة إلى ممارسات خصوصية المعلومات الصحية، لدى AHS إرشادات تتعلق بسرية المعلومات التي تحدد هوية الأفراد الذين نقدم لهم المزايا والخدمات.

ما هي المعلومات المحددة للهوية؟

هذه هي المعلومات التي أنشأتها أو تتلقاها AHS أو جهات الاتصال التابعة لها أو المستفيدون منها والتي تحدد، أو يمكن أن تحدد بشكل معقول، هوية الفرد الذي يتلقى خدمات أو مزايا من AHS. في ما يلي أمثلة على معلومات التعريف:

- الاسم
- رقم الضمان الاجتماعي
- تاريخ الميلاد
- العنوان
- رقم الهاتف

متى تقوم AHS بمشاركة معلومات التعريف الخاصة بي أو الكشف عنها بدون إذني؟

يجوز لنا مشاركة معلومات التعريف الخاصة بك أو الكشف عنها لإدارة برنامجنا دون إذنك. إدارة البرنامج تعني الأنشطة اللازمة لتنفيذ عمليات AHS وتتكون مما يلي:

- تحديد الأهلية ونطاق الخدمات والمساعدات التي تقدمت بطلب للحصول عليها، بما في ذلك تحديد وتنسيق هذه الخدمات داخل AHS ومع المتعاقدين والجهات المستفيدة من المنح.
- التخطيط أو توفير أو الترتيب أو التمويل أو الدفع مقابل الخدمات والمساعدة للأفراد والأسر.
- تنسيق المزايا.
- كشف الاحتيال وسوء المعاملة.
- الانخراط في أنشطة مراقبة الجودة والتحسين.
- الاستجابة للطوارئ والإغاثة في حالات الكوارث.
- الامتثال للمتطلبات القانونية الفيدرالية والمتطلبات الخاصة بإعداد التقارير والتمويل باستثناء أن AHS محظورة من مشاركة أي معلومات تتعلق بالمتقدمين أو المسجلين في خطة التأمين الصحي للمهاجرين مع حكومة الولايات المتحدة.

متى تحتاج AHS إلى الحصول على إذن مني قبل مشاركة أو الكشف عن معلومات التعريف الخاصة بي؟

نحتاج إلى إذن كتابي منك لمشاركة معلومات التعريف الخاصة بك أو الكشف عنها من أجل:

- تحديد مدى أهليتك للحصول على خدمات أخرى غير تلك التي تقدمت بطلبها بالفعل.
- تنسيق خدماتك مع مقدمي الخدمة الذين ليس لديهم عقد أو منحة معنا.
- التشاور مع الاختصاصيين خارج AHS من أجل الاستفادة من خبراتهم.
- المشاركة مع الأشخاص الذين تختارهم.

إذا لم تمنح الإذن في الظروف المذكورة أعلاه، فقد لا تتمكن من توفير الكمية والنوعية الكاملة للخدمات التي قد تكون متاحة لك.

الإقرار*

*يبدل مقدمو العلاج المباشر جهدًا حسن النية للحصول على الإقرار الكتابي للفرد باستلام هذا الإشعار. إذا تعذر الحصول على إقرار، يجب على مقدم الرعاية توثيق جهوده للحصول على الإقرار وسبب عدم الحصول عليه.

أقر بموجبه أنني تلقيت نسخة من هذا الإشعار.

بتاريخ: _____

(توقيع الفرد أو الممثل الشخصي)

(كتابة اسم الممثل الفردي أو الشخصي بأحرف واضحة)