

## نموذج منح الإذن لمشاركة معلومات الأعضاء السرية<sup>1</sup> (ASCMI): AB 133<sup>1</sup> (النسخة 2.0)

الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الأخير	تاريخ الميلاد	الرقم المرجعي للعميل في Medi-Cal (إذا كان الأمر ينطبق)
-------------	--------------	--------------	---------------	--

"نموذج ASCMI: يمكن استخدام نموذج "AB 133" للسماح بمشاركة البيانات للأفراد التالي ذكرهم:

1. الأفراد المسجلين في برنامج الرعاية المدارة Medi-Cal.
2. الأفراد الذين يتلقون خدمات الصحة السلوكية بموجب برنامج Medi-Cal.
3. الأفراد المشاركون في النظام القانوني الجنائي الذي يؤهل للحصول على مخصصات Medi-Cal قبل الإفراج عنهم.

يريد برنامج Medi-Cal أن يساعدك في تنسيق خدماتك الصحية والاجتماعية حتى تتمكن من عيش حياة أكثر صحة. يتم توفير الرعاية والخدمات التي تحصل عليها من خلال Medi-Cal من قبل العديد من المنظمات. قد يطلب منك شريك الرعاية الخاص بك التوقيع على النموذج عندما يحتاج إلى موافقتك على مشاركة معلوماتك مع أشخاص أو مؤسسات أخرى تتلقى الرعاية أو الخدمات منها. لا يهدف النموذج إلى السماح بالإفصاح العام عن معلوماتك عندما لا تكون مطلوبة لتنسيق رعايتك. يرجى الاطلاع أدناه للحصول على المزيد من التفاصيل حول غرض مشاركة المعلومات ومن يمكنه مشاركة معلوماتك وتلقيها.

سيقوم نموذج ASCMI هذا بما يلي:

- « شرح ما هي المعلومات الخاصة بك التي يمكن مشاركتها للمساعدة في تنسيق الرعاية الخاصة بك.
- « شرح كيف يمكن مشاركة معلوماتك واستخدامها.
- « طلب الإذن منك لمشاركة أنواع معينة من معلوماتك. تم إدراج أنواع المعلومات في القسم 1-3 من نموذج ASCMI.

<sup>1</sup> AB 133 يشير إلى مشروع قانون جمعية كاليفورنيا رقم 133.

## نموذج منح الإذن لمشاركة معلومات الأعضاء السرية<sup>1</sup> (ASCMI): AB 133<sup>1</sup> (النسخة 2.0)

الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الأخير	تاريخ الميلاد
الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الأخير	الرقم المرجعي للعميل في Medi-Cal (إذا كان الأمر ينطبق)

### معلومات العضو

اسم العضو: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد (سنة/يوم/شهر): \_\_\_\_\_

الرقم المرجعي للعميل في Medi-Cal (إذا كان الأمر ينطبق):<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

العنوان البريدي، المدينة/الولاية، الرمز البريدي<sup>3</sup>: \_\_\_\_\_

عنوان السكن، المدينة/الولاية، الرمز البريدي (اختياري): \_\_\_\_\_

رقم الهاتف (اختياري): \_\_\_\_\_ عنوان البريد الإلكتروني (اختياري): \_\_\_\_\_

هل تسمح لشركاء الرعاية لديك بالتواصل معك عبر الرسائل النصية أو المكالمات الهاتفية؟ قد يتواصل معك شريك الرعاية لمناقشة اختياراتك المتعلقة بالموافقة، وإبلاغك في حالة انتهاء صلاحية موافقتك.<sup>4</sup> يرجى وضع علامة في الخانة التي تعبّر عن اختيارك أدناه:

نعم (يجب تقديم رقم الهاتف أعلاه)

مكالمة هاتفية فقط

نص فقط

رسائل نصية ومكالمات هاتفية

لا

### معلومات شريك الرعاية

يجب أن يتم إكمال هذه العملية من خلال حصول شريك الرعاية على موافقة من العضو المذكور أعلاه للكشف عن معلوماته.

اسم شريك الرعاية: \_\_\_\_\_

اسم المنظمة: \_\_\_\_\_

رقم المعرف الوطني لمقدم الخدمة (NPI) (إذا كان الأمر ينطبق): \_\_\_\_\_

الرقم التعريفي لدافع الضرائب (TIN): \_\_\_\_\_

رقم الفاكس (اختياري): \_\_\_\_\_

العنوان البريدي، المدينة/الولاية، الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> رقم فهرس العميل هو أول تسعه رموز من رقم التعريف الموجود على الجانب الأمامي من بطاقة هوية مخصصات عضو Medi-Cal.

<sup>3</sup> يمكن أن يكون المطلوب هو أي عنوان يمكن تلقي البريد عليه، بما في ذلك عنوان صديق أو مأوى أو أحد أفراد العائلة.

<sup>4</sup> قد يؤدي هذا إلى فرض رسوم على هاتفك الخلوي.

## نموذج منح الإذن لمشاركة معلومات الأعضاء السرية<sup>1</sup> (ASCMI): AB 133<sup>1</sup> (النسخة 2.0)

الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الأخير	تاريخ الميلاد	الرقم المرجعي للعميل في Medi-Cal (إذا كان الأمر ينطبق)
-------------	--------------	--------------	---------------	--

### القسم 1: نظرة عامة حول مشاركة معلوماتك الشخصية

#### 1-1 الغرض من مشاركة المعلومات

- قد تتم مشاركة معلوماتك الشخصية المدرجة في القسم 1-3 أدناه لأسباب عديدة، منها:
- « تنسيق رعايتك. على سبيل المثال، مساعدتك في تحديد موعد، أو في طلب دعم السكن، أو في العثور على مقدم خدمة.
  - « تزويديك بخدمات وعلاجات الرعاية الطبية ورعاية الأسنان والصحة النفسية واضطرابات تعاطي المواد المخدرة.
  - « تحصيل المدفوعات من شركة التأمين الصحي التي سجلت معها، مقابل العلاج والخدمات المقدمة لك.
  - « ربطك بالبرامج والخدمات والموارد التي يمكن أن تساعد في تحسين صحتك ورفاهك.
  - « جمع المعلومات حتى يتمكن Medi-Cal من مساعدتك في تحسين مستوى الرعاية التي تتلقاها.

#### 2-1 من يمكنه مشاركة معلوماتك وتلقيها

يجوز لشركاء الرعاية مشاركة معلوماتك وتلقيها. شركاء الرعاية هم مقدمو الخدمات والمنظمات التي تعاملت معها سابقاً، أو تتعامل معها حالياً، أو قد تتعامل معها في المستقبل. يشمل هؤلاء الشركاء ما يلي:

- « مقدمو الرعاية الصحية، بما في ذلك أطباء الرعاية الأولية والمتخصصون في الصحة النفسية.
- « مقدمي خدمات اضطراب تعاطي المواد المخدرة، مثل برامج علاج المواد الأفيونية وبرامج العلاج السكاني.
- « المنظمات المجتمعية ومقدمو خدمات المشردين.
- « مقدمو الرعاية في منشآت الإصلاح ومديرو الملفات فيها.
- « برامج التأمين الصحي، بما في ذلك برامج الرعاية المدارية Medi-Cal وبرامج الصحة السلوكية.
- « وكالات الخدمات الصحية والخدمات الإنسانية على مستوى المقاطعة.
- « منظمات المعلومات الصحية المعتمدة.
- « وكالات الخدمات الصحية والخدمات الإنسانية التابعة للولاية.

#### 3-1 أنواع المعلومات

ما هي أنواع المعلومات التي تتطلب موافقتك على مشاركتها؟

هناك بعض أنواع المعلومات التي يمكنك اختيار مشاركتها أو عدم مشاركتها:

- « معلومات عن اضطراب تعاطي المواد التي يحميها القانون الفدرالي C.F.R. 42 الجزء 2.

## نموذج منح الإذن لمشاركة معلومات الأعضاء السرية<sup>1</sup> (ASCMI): AB 133<sup>1</sup> (النسخة 2.0)

الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الأخير	تاريخ الميلاد	الرقم المرجعي للعميل في Medi-Cal (إذا كان الأمر ينطبق)
-------------	--------------	--------------	---------------	--

« معلومات الإسكان، بما في ذلك حالة الإسكان الخاصة بك، وتاريخها، ودعم الإسكان.

يمكنك العثور على المزيد من التفاصيل حول هذه الأنواع من المعلومات في القسم 1-2 من هذا النموذج. يمكنك اختيار ما إذا كنت تريد الموافقة على مشاركة هذه الأنواع من المعلومات أم لا. عندما توافق، فهذا يعني أنك تمنح الإذن لمشاركة هذه المعلومات.

يمكن لبعض شركاء الرعاية لديك استخدام ومشاركة بعض معلوماتك المتعلقة بالرعاية الصحية والاجتماعية مع شركاء رعاية آخرين، بدون موافقتك، من أجل ما يلي:

تقديم العلاج لك.

تحصيل مدفوّعات مالية مقابل الخدمات.

تشغيل منظمتهم وتنسيق رعايتك.

### ما هي أنواع المعلومات التي يمكن مشاركتها بدون موافقتك؟

معلومات طيبة وصحية نفسية.

معلومات عن اضطراب تعاطي المواد المخدرة التي لا يحميها القانون الفدرالي C.F.R. 42. الجزء 2.

معلومات التأمين الصحي.

معلومات قانونية جنائية محددة، بما في ذلك بيانات الحجز، وتاريخ وأماكن الاحتجاز، وحالة الإفراج المشروط.

إذا كنت قيد الاحتجاز، أو كنت محتجزاً مؤخراً، فيمكن لشركاء الرعاية لديك مشاركة بعض المعلومات القانونية الجنائية الموضحة أعلاه. يمكنهم مشاركة تلك المعلومات لمساعدتك في التقدم بطلب للحصول على تأمين صحي وتسهيل وصولك إلى خدمات الصحة النفسية وأضطرابات تعاطي المواد المخدرة. لا يجوز استخدام المعلومات في التحقيقات أو الإجراءات أو الملاحقات المدنية أو الإدارية أو الجنائية، أو في إصدار الأحكام أو إنفاذ قوانين الهجرة، أو في إجراءات ودعوى محاكم الأسرة.

## القسم 2: طلب الحصول على إذن 2-1 الأذونات الخاصة

هناك إذنان من الأذونات الخاصة المطلوب منك الموافقة عليهما:

1. معلومات عن اضطراب تعاطي المواد المخدرة
2. المعلومات الشخصية المتعلقة بالإسكان

## نموذج منح الإذن لمشاركة معلومات الأعضاء السرية<sup>1</sup> (ASCMI): AB 133<sup>1</sup> (النسخة 2.0)

الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الأخير	تاريخ الميلاد	الرقم المرجعي للعميل في Medi-Cal (إذا كان الأمر ينطبق)
-------------	--------------	--------------	---------------	--

### حدد "نعم" أو "لا / لا ينطبق على حالي" لكل إذن خاص

اختيار "نعم" أو "لا / لا ينطبق على حالي" هو اختيارك. حتى لو قمت بتحديد "لا / لا ينطبق على حالي" في النموذج، فلن يؤدي ذلك إلى تغيير أهليتك للحصول على المخصصات أو قدرتك على تلقي الرعاية الصحية أو الخدمات.

« إذا قمت بتحديد "لا / لا ينطبق على" في النموذج، فلن يشارك شركاء الرعاية لديك المعلومات التي حددتها "لا / لا ينطبق على حالي". »

○ إذا اخترت عدم توقيع النموذج، فلن يشارك شركاء الرعاية لديك المعلومات الموضحة في هذا القسم.

« إذا قمت بتحديد "نعم" في النموذج، يمكن لشركاء الرعاية لديك مشاركة معلومات مهمة عنك تساعدهم في تنسيق رعايتك. سيساعدهم ذلك أيضًا على تيسير وصولك إلى الخدمات الأخرى بشكل أكبر. »

## نموذج منح الإذن لمشاركة معلومات الأعضاء السرية<sup>1</sup> (ASCMI): AB 133<sup>1</sup> (النسخة 2.0)

الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الأخير	تاريخ الميلاد	الرقم المرجعي للعميل في Medi-Cal (إذا كان الأمر ينطبق)
-------------	--------------	--------------	---------------	--

### 1. معلومات عن اضطراب تعاطي المواد المخدرة

- » تُخضع بعض معلومات تعاطي المواد المخدرة للحماية بموجب القانون الفدرالي C.F.R. 42 الجزء 2، الذي يشار إليه عادةً باسم "الجزء 2". يمكن لشريك الرعاية لديك الذي يعالج اضطراب تعاطي المواد المخدرة أن يخبرك ما إذا كانت معلومات اضطراب تعاطي المواد لديك محمية بموجب C.F.R. 42 الجزء 2 أم لا.
- » يمكنك منح الإذن بمشاركة معلومات تشخيص تعاطي المواد المخدرة أو علاجها في الجزء 2 حتى يتمكن مقدمو الخدمة من علاجك، أو الحصول على الدفع مقابل الخدمات، أو تشغيل مؤسستهم، أو تنسيق رعيتك.
- » عندما تمنح الإذن بمشاركة معلومات تعاطي المواد المخدرة بموجب الجزء 2 مع Medi-Cal أو برنامج التأمين الصحي الخاصة بك أو أي مقدم رعاية صحية آخر، فإنه يُسمح لهم بمشاركة تلك المعلومات مع شركاء الرعاية الآخرين لنفس الأغراض المذكورة في النقطة أعلاه. يجوز لهم أيضًا مشاركة معلوماتك دون الحصول على موافقتك لأغراض أخرى مسموح بها بموجب القانون الفدرالي وقانون الولاية. لا يجوز لهم مشاركة هذه المعلومات في الدعاوى المدنية والجنائية والإدارية والتشريعية المرفوعة ضدك.
- » بمجرد استخدام معلومات تعاطي المواد المخدرة بموجب الجزء 2 أو مشاركتها، فقد لا تكون محمية بموجب الجزء 2 أو محمية بنفس الطريقة التي كانت عليها قبل استخدامها أو مشاركتها. قد تكون معلوماتك المتعلقة باستخدام المواد المخدرة في الجزء 2 محمية بموجب قوانين أخرى تحمي معلوماتك الصحية.
- » يمكنك الحصول على قائمة بشركاء الرعاية الذين شارك مقدم الرعاية الخاص باضطراب تعاطي المواد المخدرة، الجزء 2 معلوماتك معهم عن طريق الاتصال بمندوب الرعاية الخاصين باضطراب تعاطي المواد المخدرة.
- » موافقتك: أمنح الإذن لمقدمي علاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة بمشاركة معلوماتي المتعلقة باضطراب تعاطي المواد المخدرة في الماضي والحاضر والمستقبل، بما في ذلك المعلومات المحمية بموجب الجزء 2.
- نعم      لا / لا ينطبق على حالي

## نموذج منح الإذن لمشاركة معلومات الأعضاء السرية (ASCMI): AB 133<sup>1</sup> (النسخة 2.0)

الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الأخير	تاريخ الميلاد	الرقم المرجعي للعميل في Medi-Cal (إذا كان الأمر ينطبق)
-------------	--------------	--------------	---------------	--

### 2. المعلومات الشخصية المتعلقة بالإسكان

إذا كنت بحاجة إلى خدمات الإسكان، فقد تتمكن من الحصول على المساعدة من خلال، فقد تتمكن من الحصول على المساعدة من خلال نظام الدخول المنسق. نظام التنسيق الموحد للدخول عبارة عن منظمات محلية تساعد في تنسيق خدمات الإسكان للأشخاص الذين يحتاجون إليها. قد تحتاج هذه المنظمات إلى إذنك لمشاركة معلوماتك المتعلقة بالإسكان مع أنظمة معلومات إدارة المشردين وشركاء الرعاية الآخرين، مثل مقدم الرعاية الصحية الخاص بك. تستخدم منظمات الإسكان هذه الأنظمة لتوفير خدمات الإسكان ودعم الإسكان وتنسيقها.

موافقتك: أمنح الإذن لمقدم خدمات الإسكان المحلي الخاص بي بمشاركة معلومات شخصية عنى تتعلق بالإسكان بما في ذلك حالة الإسكان الخاصة بي وتاريخها والدعم مع نظام معلومات إدارة المشردين وشركاء الرعاية الآخرين، مثل مقدم الرعاية الصحية الخاص بي.

نعم      لا / لا ينطبق على حالي

## 2-2 حقوقك

### ما هي حقوقك؟

لك الحق في:

- « التوقيع على هذا النموذج.
- « عدم التوقيع على هذا النموذج.
- « الحصول على نسخة من هذا النموذج.
- « تغيير رأيك والتراجع عن منح الإذن.

### إذا قمت بالتوقيع على هذا النموذج، هل يمكنك تغيير رأيك لاحقاً؟

نعم، لديك الحق في تغيير رأيك بشأن مشاركة معلوماتك، ويمكنك تغيير هذه الموافقة أو التراجع عنها في أي وقت. لتغيير موافقتك أو التراجع عنها، تحدث مع شركاء الرعاية لديك. سيعين عليك إكمال نموذج ASCMI جديد بالتغييرات التي تريد إجراؤها.

- « سيتم إجراء أي تغييرات ترغب في إجرائها في اليوم الذي يتم فيه توقيع نموذج ASCMI الجديد الخاص بك.
- « لن ينطبق التراجع عن موافقتك على المعلومات التي تمت مشاركتها مسبقاً بموافقتك.

## نموذج منح الإذن لمشاركة معلومات الأعضاء السرية<sup>1</sup> (ASCMI): AB 133<sup>1</sup> (النسخة 2.0)

الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الأخير	تاريخ الميلاد	الرقم المرجعي للعميل في Medi-Cal (إذا كان الأمر ينطبق)
-------------	--------------	--------------	---------------	--

### 3-2 توقيع

بالتوقيع على هذا النموذج، فإنك تدرك وتوافق على ما يلي:

« يجوز لشركاء الرعاية الخاصين بك، المدرجين في القسم 1-2 من هذا النموذج، استخدام ومشاركة المعلومات الصحية والشخصية التي حدتها أعلاه للأغراض الموضحة في القسم 1-1 من هذا النموذج.

« وتدرك أيضًا أنه عندما تتم مشاركة معلوماتك، فإن القانون الفدرالي أو قانون الولاية قد لا يحمي إعادة مشاركة تلك المعلومات.

ما هي مدة سريان موافقتك على مشاركة معلوماتك؟

« إذا كان عمرك 18 عامًا أو أكبر، فستكون هذه الموافقة سارية لمدة عام واحد من تاريخ توقيعك على النموذج.

« إذا كنت أقل من 18 عامًا، ستكون موافقتك سارية المفعول لمدة عام واحد من تاريخ توقيعك على النموذج. إذا بلغت سن 18 عامًا، أو

إذا تغيرت الأمور المتعلقة بالوصاية، خلال هذه الفترة التي تبلغ عامًا واحدًا، فسوف تحتاج إلى تقديم موافقة جديدة.

« بغض النظر عن عمرك، سوف تحتاج إلى تقديم موافقة جديدة باستخدام نموذج ASCMI: نموذج Non-AB 133 إذا لم تعد تستوفي

المعايير الازمة لاستخدام نموذج AB 133 ASCMI: يمكن أيضًا تغيير رأيك وسحب موافقتك في أي وقت كتابيًّا باستخدام نموذج ASCMI Revocation الخاص بالإلغاء.

اسم العضو	توقيع العضو	التاريخ (سنة/يوم/شهر)
اسمولي الأمر/الوصي/الممثل القانوني	توقيعولي الأمر/الوصي/الممثل القانوني	التاريخ (سنة/يوم/شهر)