

# نموذج منح الإذن لمشاركة معلومات الأعضاء السرية (ASCFI): نموذج NON-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 "Non-AB 133" لمنح الإذن لمشاركة بيانات الأفراد المقيمين في كاليفورنيا الذين لا يستوفون المعايير الالزمة لاستخدام نموذج ASCMI: AB 133. يتضمن ذلك جميع الأفراد الذين هم:

- غير مسجل في برنامج الرعاية المدارية Medi-Cal.
- عدم تلقى خدمات الصحة السلوكية بموجب برنامج Medi-Cal.
- لا يشارك في النظام القانوني الجنائي الذي يؤهل للحصول على مخصصات Medi-Cal قبل الإفراج عنه.

يريد أن يساعدك في تنسيق خدماتك الصحية والاجتماعية حتى تتمكن من عيش حياة أكثر صحة. قد يطلب منك شريك الرعاية الخاص بك التوقيع على النموذج عندما يحتاج إلى موافقتك على مشاركة معلوماتك مع أشخاص أو مؤسسات أخرى تلقى 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> يشير إلى مشروع قانون جمعية كاليفورنيا رقم 133.

# نموذج منح الإذن لمشاركة معلومات الأعضاء السرية (ASCMI): نموذج NON-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 العميل	
اسم العميل:	تاريخ الميلاد (سنة/يوم/شهر):
العنوان البريدي، المدينة/الولاية، الرمز البريدي <sup>2</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 يتصل بك شريك الرعاية الخاص بك لمناقشة اختياراتك المتعلقة بالموافقة، وإبلاغك في حالة انتهاء صلاحية موافقتك. <sup>3</sup> يرجى وضع علامة في الخانة التي تعبّر عن اختيارك أدناه:	
نعم (يجب تقديم رقم الهاتف أعلاه)	
رسائل نصية ومكالمات هاتفية	رسائل نصية فقط
مكالمة هاتفية فقط	
لا	

معلومات شريك الرعاية	
يجب أن يتم إكمال هذه العملية من خلال حصول شريك الرعاية على موافقة من العميل المذكور أعلاه لكتف عن معلوماته.	
اسم شريك الرعاية:	اسم المنظمة:
رقم المعرف الوطني لمقدم الخدمة (NPI) (إذا كان الأمر ينطبق):	الرقم التعريفي لدفع الضرائب (TIN):
رقم الهاتف:	رقم الفاكس (اختياري):
العنوان البريدي، المدينة/الولاية، الرمز البريدي:	

<sup>2</sup> يمكن أن يكون هذا أي عنوان يمكنك تلقي البريد عليه، بما في ذلك عنوان صديق أو مأوى أو أحد أفراد العائلة.

<sup>3</sup> قد يؤدي هذا إلى فرض رسوم على هاتفك الخلوي.

# نموذج منح الإذن لمشاركة معلومات الأعضاء السرية (ASCMI): نموذج NON-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 مُعالج.
- « تزويدك بخدمات وعلاجات الرعاية الطبية ورعاية الأسنان والصحة النفسية واضطرابات تعاطي المواد المخدرة.
- « تحصيل المدفوعات من شركة التأمين التي سجلت معها، مقابل العلاج والخدمات المقدمة لك.
- « ربطك بالبرامج والخدمات والموارد التي يمكن أن تساعد في تحسين صحتك ورفاهك.
- « جمع المعلومات حتى \_\_\_\_\_ يمكن Medi-Cal من مساعدتك في تحسين مستوى الرعاية التي تتلقاها.

### 2-1 من يمكنه مشاركة معلوماتك وتلقيها

قد يقوم شركاء الرعاية بمشاركة معلوماتك. شركاء الرعاية هم يقدمون الخدمات والمنظمات التي تعاملت معها سابقاً، أو تتعامل معها حالياً، أو قد تتعامل معها في المستقبل. قد يشمل شركاء الرعاية هؤلاء ما يلي:

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

## نموذج منح الإذن لمشاركة معلومات الأعضاء السرية (ASCMI): نموذج NON-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)
-------------	--------------	--------------	---------------	--

### 3-1 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.
- « بعض المعلومات حول الصحة النفسية.
- « معلومات عن الإعاقة الذهنية والنمائية.
- « نتائج فحوصات فيروس HIV.
- « نتائج الفحوصات الوراثية.
- « معلومات الإسكان، بما في ذلك حالة الإسكان الخاصة بك، وتاريخها، والدعم.

يمكنك العثور على المزيد من المعلومات حول كل نوع من أنواع المعلومات المذكورة أعلاه في القسم 1-2 من هذا النموذج. يمكنك اختيار ما إذا كنت تريده موافقة على مشاركة هذه الأنواع من المعلومات أم لا. عندما تتوافق، فهذا يعني أنك تمنح الإذن لمشاركة هذه المعلومات.

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

- « تقديم العلاج لك.
- « تحصيل مدفوعات مالية مقابل الخدمات.
- « تشغيل منظمتهم وتنسيق رعايتك.

ما هي أنواع المعلومات التي يمكن مشاركتها بدون موافقتك؟

- « المعلومات الطبية والصحية النفسية (انظر الاستثناءات أدناه).
- « معلومات عن اضطراب تعاطي المواد المخدرة التي لا يحميها القانون الفدرالي C.F.R. 42 الجزء 2.
- « معلومات التأمين الصحي.

## نموذج منح الإذن لمشاركة معلومات الأعضاء السرية (ASCMI): نموذج NON-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 2: طلب الحصول على إذنك

#### 2-1 الأذونات الخاصة

هناك ستة أذونات خاصة مطلوبة منك:

1. معلومات عن اضطراب تعاطي المواد المخدرة
2. المعلومات الشخصية المتعلقة بالإسكان
3. معلومات عن الصحة النفسية
4. معلومات عن الإعاقة الذهنية والنمائية
5. نتائج فحوصات فيروس HIV
6. نتائج الفحوصات الوراثية

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

اختيار "نعم" أو "لا / لا ينطبق على حالي" هو اختيارك. حتى لو قمت باختيار "لا" 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 حالي" في النموذج، فلن يشارك شركاء الرعاية لديك المعلومات التي حددتها "لا أو "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. سيساعدون ذلك أيضًا على تيسير وصولك إلى الخدمات الأخرى بشكل أكبر.

# نموذج منح الإذن لمشاركة معلومات الأعضاء السرية (ASCMI): نموذج NON-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 رعايتك.

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 محمية بموجب الجزء 2.

نعم لا / لا ينطبق على حالي

# نموذج منح الإذن لمشاركة معلومات الأعضاء السرية (ASCMI): نموذج NON-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 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 عنني 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

## 3. معلومات عن الصحة النفسية

مطلوب موافقتك لمشاركة بعض معلوماتك المتعلقة بـ صحتك النفسية. يشمل ذلك معلومات حول الرعاية الصحية النفسية التي ربما تلقيتها من مقدمي الخدمات في مجتمعك، مثل سجلات العلاج أو تفاصيل الوصفات الطبية أو التقييمات. قد يشمل ذلك أيضًا معلومات تتعلق بالصحة النفسية إذا كنت قد تلقيت الرعاية في مستشفى تابع للولاية أو المقاطعة أو مؤسسة نفسية، أو أثناء احتجازك.

موافقتك: أمنح الإذن لشركاء الرعاية لدى لمشاركة معلوماتي المتعلقة بالصحة النفسية.

نعم      لا / لا ينطبق على حالي

## نموذج منح الإذن لمشاركة معلومات الأعضاء السرية (ASCMI): نموذج NON-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)
-------------	--------------	--------------	---------------	--

### 4. معلومات عن الإعاقة الذهنية والنمائية

مطلوب موافقتك لمشاركة معلومات معينة فيما يتعلق بإعاقاتك الذهنية والنمائية. هذه هي الحالات التي تؤثر على كيفية عمل دماغ الإنسان وجسمه. تبدأ عادة قبل سن 22 عاماً وتستمر طوال الحياة. يمكن للإعاقات الذهنية أن تجعل التعلم وحل المشكلات والمهام اليومية أكثر صعوبة. الإعاقة النمائية هي فئة أوسع يمكن أن تؤثر على القدرات الجسدية والتفكير واللغة والسلوك. تشمل أمثلة الإعاقة الذهنية والنمائية اضطراب طيف التوحد، ومتلازمة داون، والشلل الدماغي، والصرع.

قد يحتاج الأشخاص ذوو هذه الإعاقة في بعض الأحيان إلى المزيد من الدعم في حياتهم اليومية، ولكن هذا لا يغير من قيمة الشخص أو مهاراته أو إسهاماته في مجتمعه. كل شخص فريد بطبيعته ولديه مهارات واحتياجات مختلفة. إن مشاركة المعلومات حول إعاقاتك الذهنية والنمائية بين الوكالات المختلفة يمكن أن يعني أن جميع الأشخاص الداعمين لك يعرفون المزيد عن كيفية مساعدتك.

موافقتك: أمنح الإذن لشركاء الرعاية لدى بمشاركة معلوماتي المتعلقة بالإعاقة الذهنية والنمائية.

نعم لا / لا ينطبق على حالي

### 5. نتائج فحوصات فيروس HIV

مطلوب موافقتك لمشاركة أي نتائج فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) التي قد تكون تلقيتها مع شريك رعاية آخر لا يقدم لك رعاية مرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية بشكل مباشر.

موافقتك: أمنح الإذن لشركاء الرعاية لدى بمشاركة نتائج فحص فيروس نقص المناعة البشرية الخاص بي.

نعم لا / لا ينطبق على حالي

### 6. نتائج الفحوصات الوراثية

يجب الحصول على موافقتك حتى يمكن برنامج التأمين الصحي الخاصة بك، بما في ذلك Medi-Cal، من مشاركة نتائج أي فحوصات وراثية قد تكون أجريتها. نتائج الفحوصات الوراثية هي فحوصات معملية تستخدم لتحديد بعض الأمراض الوراثية أو الحالات الصحية التي قد تكون لديك.

موافقتك: أمنح الإذن لشركاء الرعاية لدى بمشاركة نتائج الفحص الوراثي الخاص بي.

نعم لا / لا ينطبق على حالي

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

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

### 2-2 حقوقك

#### ما هي حقوقك؟

لكل 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. يمكنك تعبئة نموذج ASCMI جديد يتضمن التغييرات التي ترغب في إجرائها.

- « سيتم إجراء أي تغييرات ترغب في إجرائها في اليوم الذي يتم فيه توقيع نموذج ASCMI الجديد الخاص بك.
- « لن يؤثر سحب موافقتك على المعلومات التي تمت مشاركتها سابقاً بناءً على موافقتك حينها.

## نموذج منح الإذن لمشاركة معلومات الأعضاء السرية (ASCMI) نموذج 133<sup>1</sup> NON-AB (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 2 من هذا النموذج، استخدام ومشاركة المعلومات الصحية والشخصية التي حدتها أعلاه للأغراض الموضحة في القسم 1 من هذا النموذج.

« وتدرك أيضاً 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 عاماً أو أكبر، فستكون هذه الموافقة سارية لمدة عام واحد من تاريخ توقيعك على النموذج.

« إذا كنت أقل من 18 عاماً، ستكون موافقتك سارية المفعول لمدة عام واحد من تاريخ توقيعك على النموذج. إذا بلغت سن 18 عاماً، أو إذا تغيرت الأمور المتعلقة بالوصاية، خلال هذه الفترة التي تبلغ عاماً واحداً، فسوف تحتاج إلى تقديم موافقة جديدة.

« بغض النظر عن عمرك، يمكنك تغيير رأيك وسحب موافقتك في أي وقت كتابياً باستخدام نموذج ASCMI Revocation الخاص بالإلغاء.

التاريخ (سنة/يوم/شهر)	توقيعك	اسمك
التاريخ (سنة/يوم/شهر)	توقيعولي الأمر/الوصي/الممثل القانوني	اسمولي الأمر/الوصي/الممثل القانوني