

يستخدم هذا النموذج لمنح الإذن بمشاركة معلوماتك الصحية المحمية ("PHI") إذا اقتضت الضرورة بموجب قوانين الخصوصية الفيدرالية أو الخاصة بالولاية.

تتطلب لوائح الخصوصية بموجب قانون HIPAA حماية المعلومات الصحية التي يمكن التعرف على هوية الأفراد من خلالها. تُعرف هذه اللوائح "المعلومات الصحية المحمية" على أنها معلومات تتعلق بما يلي:

- الحالة الصحية أو العقلية للفرد، سواء كانت سابقة أو حالية أو مستقبلية.
 - تقديم الرعاية الصحية للفرد.
 - دفع تكاليف الرعاية الصحية للفرد، سواء كانت سابقة أو حالية أو مستقبلية.
- تسري هذه الحماية على المعلومات التي يتم جمعها من الفرد أو التي يتلقاها أو يُنشئها مُقدم الرعاية الصحية أو خطة الرعاية الصحية أو مركز تبادل المعلومات الصحية أو جهة العمل، ويتم الاحتفاظ بها أو تناقلها بأي شكل أو وسيلة.

منحك للتصريح يسمح لـ PerformCare NJ بمشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) مع الأشخاص أو المؤسسات التي تختارها. يمكنك أيضاً السماح لهؤلاء الأشخاص أو المؤسسات بمشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) مع PerformCare NJ. بإمكانك إلغاء هذا التصريح في أي وقت عبر إرسال طلب بذلك إلى PerformCare NJ. للحصول على مزيد من التعليمات، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-877-652-7624 أو من خلال TTY 1-866-896-6975 (لضعاف السمع).

القسم أ. معلومات الشاب: (الفرد الذي ستم مشاركة معلوماته الصحية المحمية "PHI")

الاسم الأول للشاب:	الحرف الأول من اسم الأب:
اسم العائلة:	مُعرف CYBER:
عنوان الشارع:	
المدينة:	الولاية:
تاريخ ميلاد الشاب:	رقم الهاتف النهاري (متضمناً كود المنطقة):
عنوان البريد الإلكتروني:	
عنوان البريد الإلكتروني:	

القسم ب. المستلم (الشخص أو المؤسسة التي سوف تتلقى معلوماتك الصحية المحمية PHI)

الفرد أو المؤسسة المدرجة أدناه لديها الحق بتلقي معلوماتك الصحية المحمية (PHI):	
هل تريد من الفرد أو المؤسسة المدرجة أدناه مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) معنا أيضاً؟	نعم ☐ لا ☐
الاسم الأول:	اسم العائلة:
اسم المؤسسة (إن وجد):	
العنوان:	
المدينة:	الولاية:
رقم الهاتف (متضمناً كود المنطقة):	رقم الفاكس (متضمناً رمز المنطقة):
علاقته بالشاب المذكور في القسم أ:	البريد الإلكتروني للمستلم:

القسم ج. وصف المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي يمكن مشاركتها:

أخبرنا عن أنواع المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي يمكن مشاركتها. يمكنك وضع علامات على المربعات كما ترغب. يجب عليك اختيار مربع واحد على الأقل. ملاحظة: يُسمح بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية بمشاركة بعض المعلومات الصحية المحمية (PHI) دون الحصول على تصريح منك.

السجلات الطبية

☐ كافة المعلومات الصحية المحمية (PHI) المتعلقة بصحتي وتقديم خدمات الرعاية الصحية الخاصة بي ودفع تكاليفها، باستثناء حالات الصحة العقلية والسلوكية والحالات الطبية الموضحة في المربعات الاختيارية التالية. ملاحظة: يشترط القانون الفيدرالي تصريحاً منفصلاً لمشاركة ملاحظات العلاج النفسي.

☐ تسمح لك بعض القوانين بإعطاء إذن محدد لمشاركة المعلومات الصحية المحمية المتعلقة بحالات طبية محددة. يُرجى تحديد المربع أدناه إذا كنت توافق على مشاركتنا للمعلومات الصحية المحمية المتعلقة بهذه الحالات الطبية. بتحديد هذه المربعات، فإنك تمنح الإذن بمشاركة كافة سجلاتك المتعلقة بهذه الحالات الطبية. إذا كنت تريد أن تمنح فقط تصريحاً بمشاركة مجموعة فرعية من السجلات المتعلقة بحالة طبية معينة، مثل السجلات المتعلقة بتشخيص واحد فقط، فيرجى تعبئة خانة "معلومات محدودة فقط" بالقسم الوارد أدناه.

- ☐ الأمراض المنقولة جنسياً
- ☐ الإجهاض وتنظيم الأسرة
- ☐ الأمراض المعدية

- ☐ المعلومات الوراثية
- ☐ مرض نقص المناعة البشرية/الإيدز.
- ☐ تعاطي المخدرات أو الكحول

سجلات الصحة العقلية/السلوكية

☐ تسمح لك بعض القوانين بإعطاء إذن محدد لمشاركة المعلومات الصحية المحمية المتعلقة بالصحة العقلية/السلوكية. يُرجى تحديد المربع أدناه إذا كنت توافق على مشاركتنا للمعلومات الصحية المحمية المتعلقة بالصحة العقلية/السلوكية. بتحديد هذا المربع، فإنك تمنح الإذن بمشاركة كافة سجلاتك التي تحتوي على معلومات صحية محمية حول الصحة العقلية/السلوكية، بما في ذلك العلاج في المستشفيات.

☐ الصحة العقلية/السلوكية (بما في ذلك العلاج في المستشفيات)

☐ معلومات محدودة فقط. اذكر في المربع الوارد أدناه نوع المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي ترغب في مشاركتها. أمثلة:

• معلومات المتعلقة بالخدمة المقدمة إلي في [تاريخ]

•

معلومات الاستئناف المتعلق بمطالبتي في [تاريخ]

يرجى بيان المعلومات التي ترغب في مشاركتها:

القسم د. الغرض من هذا التصريح

هذا التصريح صالح لمشاركة المعلومات الصحية المحمية (PHI) للأغراض التالية. (يرجى تحديد مربع واحد أو الاثنين معاً).

- ☐ للمساعدة في تشخيص، علاج، إدارة و/أو الدفع لاحتياجاتي الصحية.
- أو
- ☐ للغرض التالي:

يعتبر هذا التصريح لاغياً في حال استخدامه لأي غرض آخر غير الأغراض المذكورة أعلاه.

التاريخ:

القسم هـ. تاريخ انتهاء هذا التصريح

تنتهي صلاحية هذا التصريح بشكل تلقائي بعد عام واحد (1) من توقيعه، إلا في حال قمت بتحديد تاريخ انتهاء أقرب من ذلك. إذا كنت ترغب بأن تنتهي صلاحية هذا التصريح في وقت أقرب، يرجى تحديد تاريخ الانتهاء في الأسفل.

☐ أود أن تنتهي صلاحية هذا التصريح بتاريخ _____.

أو

☐ عند اكتمال الحدث أو الحالة التالية: _____.

القسم و. الموافقة: (يجب عليك أو على ممثلك الشخصي التوقيع على هذا النموذج وتاريخه ليتم اعتماده.)

أتفهم بأن التوقيع على هذا التفويض لمشاركة المعلومات الصحية المحمية (PHI) أمرًا اختياريًا وليس شرطًا لأهلية الحصول على المزايا أو دفع المطالبات. أتفهم بأنه يجب إخطار PerformCare NJ بالحدث أو الموقف بغرض إنهاء أو إبطال هذا التصريح. تنتهي صلاحية هذا التصريح بشكل تلقائي بعد عام واحد من توقيعه، إلا في حال قمت بتحديد تاريخ انتهاء أقرب من ذلك. أتفهم أن بإمكانني إلغاء هذا التصريح في أي وقت أشاء عبر إرسال طلب بذلك إلى PerformCare، وبأن إلغاء هذا التصريح لن يؤثر على أي إجراء تم اتخاذه بالفعل وفقًا للتصريح قبل إرسال لي لطلب الإلغاء.

كما أتفهم أيضًا أنه في حال قمت بإلغاء هذا التصريح، فإنه يتوجب عليّ بشكل منفصل أن أبلغ الأفراد والمؤسسات المذكورة في قسم (ب) الوارد أعلاه في حال رغبت ألا يقوم هؤلاء الأفراد أو المؤسسات بعد الآن بمشاركة معلوماتي الصحية المحمية (PHI). كما أتفهم أيضًا أنه بإمكان الشخص أو المؤسسة المصرح لهم بتلقي معلوماتي الصحية المحمية (PHI) وفق الوصف الوارد أعلاه بمشاركتها أيضًا في حال عدم خضوعهم للقوانين الفيدرالية أو قوانين الولاية الخاصة بحماية خصوصية المعلومات الصحية، وبالتالي فإن معلوماتي الصحية المحمية (PHI) تصبح غير محمية بموجب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية لحماية الخصوصية. كما أتفهم أيضًا أن لديّ أو لممثلي الشخصي الحق بالحصول على نسخة من هذا النموذج ومراجعة معلوماتي الصحية المحمية (PHI) التي قد يتم مشاركتها بموجب هذا التصريح.

توقيع الشاب البالغ/الوالد: بالتوقيع أدناه، فإنني أوافق على مشاركة معلوماتي الصحية المحمية (PHI) كما هو موضح أعلاه.

توقيع الشاب البالغ/الوالد:

التاريخ:

معلومات الممثل الشخصي: بالتوقيع أدناه، فإنني أوافق على مشاركة المعلومات الصحية المحمية (PHI) للشباب البالغ المذكور أعلاه. (الممثل الشخصي هو الشخص الذي لديه الصلاحية القانونية لاتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية نيابة عن الشاب البالغ. يجب أن تكون نسخة من التوكيل أو الوثائق القانونية الأخرى المتعلقة بالرعاية الصحية مسجلة لدى PerformCare NJ أو يتم تقديمها مع هذا النموذج.)

اسم الممثل الشخصي أو الوصي القانوني مطبوعًا:

عنوان الممثل الشخصي:

وصف صلاحيات الممثل الشخصي:

توقيع الممثل الشخصي:

رقم الهاتف:

التاريخ:

ملحق بالتصريح لمشاركة المعلومات الصحية

الموافقة الشفهية

نحن الموقعون أدناه، نشهد أن الشاب البالغ المحدد في القسم (أ) أعلاه غير قادر بدنيًا على التوقيع على هذا التفويض. لا تغني الموافقة الشفهية عن الحاجة إلى وثائق تثبت أن الشخص الآخر هو ممثل الشاب الشخصي، ولا يمكن أن تحل محل هذه الوثائق لمجرد أنها غير ملائمة للشاب البالغ للتوقيع.

سبب عدم قدرة الشاب البالغ على التوقيع:

تشير التوقيعات أدناه إلى ما يلي:

- تم إبلاغ الشاب البالغ بالمعلومات الواردة في هذا النموذج.
- أشار الشاب البالغ إلى فهمه للمعلومات الواردة في هذا التصريح.
- أعطى الشاب البالغ موافقته بكامل حريته.

طريقة التواصل مع العضو:

☐ عبر الهاتف

☐ بشخصه

☐ أخرى (يرجى التحديد):

اسم الشاهد مطبوعًا:	اسم الشاهد مطبوعًا:
توقيع الشاهد:	توقيع الشاهد:
التاريخ: / /	التاريخ: / /

يُرجى إعادة إرسال النموذج المكتمل إلى:

PerformCare NJ, 300 Horizon Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691

أو من خلال رقم الفاكس: 1-877-736-9166 (رقم مجاني)

أو عبر البريد الإلكتروني: shared-pcnjhealthinfo@performcarenj.org