

# دليل تجديد تغطيتكم الصحية في OHP

استخدموا هذا الدليل لمساعدتكم على استكمال الجزء الثاني من استمارة تجديد تغطيتكم OHP.

## جدول المحتويات

٢	الشروع في البدء
٦	الخطوة الأولى
١٣	الخطوة الثانية
١٥	الخطوة الثالثة
١٦	الخطوة الرابعة
٢٢	الخطوة الخامسة
٢٣	الخطوة السادسة
٢٤	الخطوة السابعة
٢٦	الاسترداد من التركات
٢٩	وضع الهجرة المؤهل
٣٢	أنواع وثائق الهجرة وأرقامها التعريفية
٣٥	إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بـ OHA



يمكنكم الحصول على هذا المستند في لغات أخرى، أو بخط كبير، أو بلغة البريل أو بصيغة تفضلونها. اتصلوا بنا على الرقم 1-800-699-9075 نقبل كافة مكالمات المرحلات أو يمكنكم الاتصال بـ 711.

### نصائح لاستكمال طلب تجديد تغطيتكم بشكل كامل

- احرصوا على توقيع التجديد قبل إرساله.
- اكتبوا بحروف كبيرة وواضحة.
- راجعوا أجوبتكم وتحققوا من صحتها.
- تأكدوا من الإجابة على كافة الأسئلة المطلوبة.
- اكتبوا كافة التواريخ بالصيغة الصحيحة. مثلاً، الشهر(خانتان)//اليوم(خانتان)//السنة (٤ خانات).
- لا تستخدموا أبداً "?" (علامة الاستفهام) كجواب على أي سؤال.

### هل تحتاجون إلى مساعدة في تعبئة طلب التجديد الخاص بكم؟

يتواجد شركاء مدربون من المجتمع المحلي عبر أرجاء الولاية قادرون على مساعدتكم في تعبئة طلب التجديد الخاص بكم. إنها خدمة مجانية.

يمكنكم إيجاد الشركاء من المجتمع المحلي القادرون على مساعدتكم في تقديم طلبكم على الموقع الإلكتروني [OregonHealthCare.gov](http://OregonHealthCare.gov).

اتصلوا بنا على الرقم 1-800-699-9075 (أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة [TTY]) للحصول على مساعدة أو للاستفسار عن قائمة بأسماء الشركاء من المجتمع المحلي في المنطقة التي تعيشون فيها. ويمكنكم أيضاً طلب المساعدة في لغة أخرى.

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف **1-800-699-9075** أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً

### مَنْ يكون في أسرتك؟

نطلب منك أن تخبرنا عن نفسك وعن كل واحد آخر في أسرتك. تتضمن أسرتك الأشخاص أدناه:

- أنت.
  - زوجك القانوني.
  - أولادك. أشمل الأولاد بكافة أعمارهم الذين تعتبرهم معالين في إقرارك الضريبي.
  - شريكك الذي يسكن معك إذا أنجبتم ولداً معاً.
  - أي شخص آخر تشمله في الإقرار الضريبي الفيدرالي الخاص بك؛ حتى لو لم يعيش ذلك الشخص معك.
- هام: هل يعيش معك أحد آخر لم يُذكر اسمهم أعلاه؟ إذا كانوا يريدون تأمين التغطية الصحية، فيجب عليهم ملء طلب منفصل عن هذا.

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف **1-800-699-9075** أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً

### الأشخاص المنفصلون عن أزواجهم

هل انفصلت عن زوجك ولا تعرف كيف سيقدّم زوجك إقرارهم الضريبي؟ حتى لو قمت سابقاً بتقديم إقرارك الضريبي بصفة "إقرار مشترك لزوجين"، فعليك الإجابة على هذه الأسئلة المتعلقة بالضريبة بشكل أنك ستقدّم إقرارك الضريبي في هذه السنة بنفسك. إذا كنت لن تقدّم إقرار ضريبي خاص بك، فقل لنا ذلك.

إذا كنت تعلم أن زوجك سيشملكم في إقرار ضريبة الدخل الفيدرالي الخاص بهم، إذن، أنتم وزوجكم تتشاركان في مجموعة تقديم الإقرار الضريبي. يجب عليك أن تشمل كل واحد يكون جزءاً من مجموعة تقديم الإقرار الضريبي على طلب التجديد الخاص بك.

نحتاج إلى معلومات الدخل لكل واحد في مجموعة تقديم الإقرار الضريبي الخاص بك. لن يكون للأشخاص سبل الوصول إلى المعلومات حول حالتك، الذين يكونوا جزءاً من مجموعة الإقرار الضريبي الخاص بك ولا يكونوا جزءاً من أسرتك.

### أين يمكنني أن أجد الرقم التعريفي الخاص بحالتي؟

الرقم التعريفي لحالتك مكتوب على الرسالة التي جاءت مع هذه الحزمة. ستجده في المربع على الصفحة الأولى:

**هام: هذا هو الرقم التعريفي لحالتك: XXXXXX**

يُرجى كتابة هذا الرقم على أي شيء ترسله إلينا. وبدون هذا الرقم قد يكون هناك تأخيرات.

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف **1-800-699-9075** أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً.

### متى سأعرف إذا كنت مؤهلاً/مؤهلة؟

سنعلمك إذا كنت مؤهلاً لتغطية OHP بمجرد أن نتخذ قراراً بذلك. إذا لم يكن طلب التجديد مقدماً بشكل كامل، فيجوز أن لا نكون قادرين على اتخاذ قرار بشأنه. سنرسل لك رسالة إذا كنا نحتاج إلى مزيد من المعلومات. يُرجى الإجابة على طلبنا في أقرب وقت ممكن.

إذا لم تسمع منا في غضون ٤٥ يوماً، فيمكنك أن تلتمس عقد جلسة استماع. لعمل ذلك، يجب استخدام نموذج التماس عقد جلسة استماع إدارية (MSC 0443). يمكنك إيجاد هذا النموذج على الرابط الإلكتروني التالي: <https://apps.state.or.us/Forms/Served/me0443.pdf>. كما يمكنك الاتصال بنا للحصول على نسخة من النموذج.

هل لديك حاجة طبية عاجلة أو هل أنت حامل؟ إذا كان الأمر كذلك، فيمكننا معالجة طلب التجديد الخاص بك بشكل أسرع. أحرص على استكمال السؤال 2 على الصفحة الأولى من طلب التجديد الخاص بك. إذا أرسلت فعلاً طلب التجديد الخاص بك، فيمكنك الاتصال بنا على رقم الهاتف 1-800-699-9075 (أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة ([TTY]).

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف 1-800-699-9075 أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً

الخطوة الأولى، يُرجى أن نخبرنا عن أي شخص:

- تقوم بإضافة اسمهم إلى أسرتك. قد يكون هذا أحداً لم يُدرج اسمهم على الرسالة التي أرسلت لك. مثلاً، تزوجت أو أنجبت طفلاً بعد أن قمت بتقديم طلب لـ OHP في العام الماضي؛ أو
- تقوم بإزالة اسمهم من أسرتك. هذا يعني أنك تريد أن تزيل أحداً من أسرتك مدرجاً اسمهم على الرسالة التي أرسلت لك. مثلاً، تطلّقت من أحد بعد أن قمت بتقديم طلب لـ OHP في العام الماضي؛ أو
- مَنْ يكون فرداً من أفراد أسرتك الآن، إلا أنهم لا يتلقّون المخصصات في الوقت الحالي. هذا يعني أن اسمهم مدرج على الرسالة التي أرسلت لك، إلا أنهم لا يتلقّون مخصصات OHP في الوقت الحالي. مثلاً، عندما قدمت طلباً لـ OHP في العام الماضي، قمت بتقديم طلب لتغطية أولادك فقط، وتودّ الآن أيضاً أن تتلقّى مخصصات OHP لنفسك أيضاً.

١. هل تقوم بإضافة أحد إلى أسرتك أو إزالتهم منها، أو هل تقوم بطلب مخصصات لأحد في أسرتك لا يتلقّى المخصصات في الوقت الحاضر؟

أنظر الصفحة 3 لمعلومات حول مَنْ يمكنك شمله في أسرتك.

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف **1-800-699-9075** أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً

٣. إذا كان هذا الشخص يقدم طلباً لتغطية OHP، فهل لديهم رقم ضمان اجتماعي (SSN)؟

إن تزويد رقم ضمان اجتماعي هو أمر اختياري إذا لم تكن تقدم طلباً، إلا أن تزويده قد يعجل عملية معالجة الطلب. إن رقم الضمان الاجتماعي مطلوب لكل من يقدم طلباً للتغطية الصحية ولكل من لديهم تغطية صحية.

إذا كنت تتطلب إلى مساعدة في الحصول على رقم ضمان اجتماعي، فيرجى الاتصال بنا على رقم الهاتف 1-800-699-9075 (أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة [TTY]).

٨. هل هذا الشخص حامل؟

إذا كنت لا تعرف موعد الولادة المتوقع لهذا الشخص الحامل، فيرجى إعطاء أفضل تخمين أو تقدير لموعد الولادة الخاص بها. إذا كنت تعرف عدد المواليد التي تتوقع هذه المرأة الحامل ولادتها، فأكتب العدد. إذا كنت لا تعرف ذلك، فأتركه فارغاً، وسنحدد أهليتهم بناءً على مولود "واحد" إذا تغير تاريخ موعد الولادة أو عدد المواليد، فاتصل بنا لتعلمنا بذلك. اتصلوا بنا على الرقم 1-800-699-9075 (أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة [TTY]).

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف 1-800-699-9075 أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً

## ١١. هل هذا الشخص هندي أمريكي أو من سكان الأسكا الأصليين؟

نعرف الهنود الأمريكيون أو سكان الأسكا الأصليين كواحد من التالي:

- عضو في قبيلة أو فرقة أو مجموعة هندية معترف بها فيدرالياً.
- الأسكيمو أو أليوت أو غيرهم من سكان الأسكا الأصليين المسجلين من قبل وزير الداخلية تحت قانون تسوية ادعاءات سكان أسكا الأصليين (Alaska Native Claims Settlement Act)، رقم 43 U.S.C. 1601.
- الأشخاص الذين يعتبرهم وزير الداخلية أنهم هنود لأي غرض.
- أنظر القواعد الخاصة الأخرى للهنود الأمريكيين وسكان الأسكا الأصليين.
- الخطوة الأولى، السؤال ١٦ على الصفحة ٩.
- الخطوة الرابعة، السؤال ٣ على الصفحة ١٩.

## ١٤. هل لدى هذا الشخص وضع هجرة يؤهلهم للتقديم؟

إذا لم يكن هذا الشخص مواطناً أمريكياً أو من رعايا الولايات المتحدة، فيجوز أن لا يزال مؤهلاً لتغطية OHP. تساعدنا إجابتك على هذا السؤال على تحديد ماهية الأشياء التي يكون هذا الشخص مؤهلاً لها.

استخدم القائمة على الصفحة ٢٩ من هذا الدليل للإجابة على السؤال حول وضع الهجرة المؤهل للتقديم. إذا تجد وضع الهجرة لهذا الشخص مدرجاً في القائمة، فضع "نعم."

**ملاحظة:** تُستخدم القائمة على الصفحة ٢٩ كدليل إرشادي فقط. قد يكون هذا الشخص مؤهلاً للخدمات الطارئة، حتى إذا لم يكن وضع هجرة الشخص مدرجاً على الصفحة ٢٩. إذا لم يكن لهذا الشخص وضع هجرة مؤهل أو غير موثق (بدون أوراق هجرة)، فيجوز أن يكون مؤهلاً للخدمات الطارئة. تتضمن الخدمات الطارئة التكاليف المتعلقة بالحمل والولادة.

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف **1-800-699-9075** أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً.

## ١٦. أخبرنا أي منظمة رعاية منسّقة (CCO) قام هذا الشخص باختيارها

منظمة الرعاية المنسّقة (CCO) هي شبكة من مقدّمي الرعاية الصحية كأطباء الصحة وأطباء الأسنان والمرشدين في المنطقة التي تعيش فيها. يعمل هؤلاء المقدمين مع بعضهم ليتأكدوا أن رعايتك تركز عليك. للعثور على قائمة بأسماء منظمات الرعاية المنسّقة (CCO) في منطقتك ولمعرفة المزيد عنها، قم بزيارة الموقع الإلكتروني [OHP.Oregon.gov](http://OHP.Oregon.gov).

إذا كان هذا الشخص أحد أفراد قبيلة ولم يختار منظمة رعاية منسّقة (CCO)، فسيتم تغطيتهم ببطاقة مفتوحة إلى أن يختاروا الانتساب في إحدى منظمات الرعاية المنسّقة. وإذا لم يكونوا من أفراد قبيلة، فسيتم اختيار منظمة رعاية منسّقة لهم بناءً على المكان الذين يعيشون فيه.

تعني البطاقة المفتوحة أو "الأجرة لقاء الخدمة" أنه يمكنهم الذهاب إلى أي مقدّم رعاية يقبل الأعضاء المشتركين في Oregon Health Plan.

## نصائح حول اختيار منظمة رعاية منسّقة (CCO)

- اتصل بالطبيب أو المستوصف الذي يستخدمه هذا الشخص الآن (إذا كان لديهم واحداً). استعلم عن أي منظمة رعاية منسّقة يأخذونها.
- استفسر إذا كان مكان مقدمي الرعاية في منظمة الرعاية المنسّقة قريباً لمكان سكن هذا الشخص.
- أجد منظمات الرعاية المنسّقة المدرجة في المنطقة التي يعيش فيها هذا الشخص. اتصل بمنظمات الرعاية المنسّقة أو اذهب إلى مواقعها الإلكترونية لمعرفة أيّ أطباء وممرضين ممارسين ومستوصفات ومستشفيات وصيديات وأطباء أسنان ومقدمي الرعاية العقلية فيها.
- أرقام الهواتف والعناوين الإلكترونية لكل منظمة رعاية منسّقة موجودة على الموقع الإلكتروني لـ [OHP.Oregon.gov](http://OHP.Oregon.gov).
- اتصل بقسم خدمات الأعضاء الخاص بمنظمة الرعاية المنسّقة لمعرفة قواعد الذهاب إلى اختصاصي.

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف **1-800-699-9075** أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً

## ١٦. أخبرنا أي منظمة رعاية منسّقة (CCO) قام هذا الشخص باختيارها، يتبع

## معلومات قبلية

يجوز للهنود الأمريكيين وسكان ألاسكا الأصليين والأشخاص الذين لهم سبل الوصول إلى الرعاية من خلال خدمات الصحة الهندية (Indian Health Services) أن يختاروا الانتساب بمنظمة رعاية منسّقة (حيثما يكون ذلك متاحاً). لا يزال يمكنهم في حال انتسابهم في منظمة رعاية منسّقة الوصول إلى الخدمات في خدمات الصحة الهندية أو البرامج الهندية الحضرية أو المستوصفات الصحية القبلية.

نعرف الهنود الأمريكيين أو سكان ألاسكا الأصليين كواحد من التالي:

- عضو في قبيلة أو فرقة أو مجموعة هندية معترف بها فيدرالياً.
- الأسكيمو أو أليوت أو غيرهم من سكان ألاسكا الأصليين المسجلين من قبل وزير الداخلية تحت قانون تسوية ادعاءات سكان ألاسكا الأصليين (Alaska Native Claims Settlement Act)، رقم 43 U.S.C. 1601.
- الأشخاص الذين يعتبرهم وزير الداخلية أنهم هنود لأي غرض.

إذا كان هذا الشخص يستوفي أحد التعاريف المدرجة أعلاه ويرغب أن يتسجل في إحدى منظمات الرعاية المنسّقة، فيتوجب عليهم أن يخبرونا عن منظمة الرعاية المنسّقة التي يودون التسجيل فيها.

## المديكير (Medicare)

إذا كان لدى هذا الشخص تغطية المديكير، فلا يحق لهم أن يكونوا في منظمة رعاية منسّقة. يمكنهم أن يطلبوا تغيير انتسابهم إلى بطاقة مفتوحة في أي وقت. ومع ذلك، احرصوا أن يقبل مقدم الرعاية تغطية المديكير أيضاً لأن المديكير ستكون الدافع الأولي قبل OHP. يُرجى الاتصال بنا على رقم الهاتف 1-800-699-9075 (أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة [TTY]) إذا كان لديك أي أسئلة حول هذا الأمر.

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف 1-800-699-9075 أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً

## ١٧. الراعي الأساسي

يجوز أن يكون هذا الشخص مؤهلاً لتغطية OHP إذا كانوا الراعي الأساسي لولد دون سن الـ ١٩ عاماً لا يكون ولدهم. يجب أن يعيش الولد معهم وأن يمتّ بصلة القرابة بهم. الراعي الأساسي هو الشخص الرئيسي المسؤول عن رعاية الولد.

## ١٨. الفواتير الطبية غير المسددة

هل يتطلب هذا الشخص إلى مساعدة في تسديد أي فواتير طبية من الأشهر الثلاثة الماضية؟ إذا كان الأمر كذلك، فيمكن أن يكونوا مؤهلين لـ OHP، للمساعدة في تسديد هذه الفواتير، لمدة تصل إلى ثلاثة أشهر قبل تقديمهم للطلب.

ونعني بالفواتير الطبية المبلغ الذي عليكم تسديده لأجل:

- زيارات أطباء الصحة أو أطباء الأسنان؛
- السمّاعات، أو النظارات، أو غيرها من المستلزمات الطبية المعمرّة؛
- الأدوية التي يصفها الأطباء؛
- زيارات المستشفيات؛
- أقساط التأمين الصحي، والرسوم، وحصّة المشاركة في الدفع، وحصّة التحمّل السنوي، وغيرها من المدفوعات.
- النقل إلى المواعيد الطبية.

**تنويه:** لا يمكن لـ OHP أن تدفع لمقدمي الرعاية إلاّ لقاء الخدمات الصحية فقط. لا يمكن لـ OHP أن تدفع لهذا الشخص لقاء أية فواتير سبق لهم تسديدها.

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف **1-800-699-9075** أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً

٢٣/٢٢/٢١ . الأسئلة المتعلقة بالإعاقة

يكون بعض الأشخاص ذوي إعاقة مؤهلين لتغطية صحية إضافية. إذا كان هذا الشخص يتلقى دخل الضمان التكميلي (SSI) أو المديكير، أو يتجاوز عمرهم ٦٥ عاماً، قد يرسل لك برنامج الشيخوخة والأشخاص ذوي إعاقة (Aging and People with Disabilities: APD) أو وكالة المنطقة المعنية بشؤون الشيخوخة (Area Agency on Aging: AAA) معلومات حول مخصصات أخرى.

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف **1-800-699-9075** أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً  
AR OHP 9325 LP (Rev 08/16)

يُرجى الإجابة على الأسئلة في الخطوة الثانية بشأن الأشخاص المدرجين في رسالة تجديد التغطية في OHP الجزء الأول المرسل لك.

### ١. هل تغيّر عنوان منزلك؟

إذا تغيّر عنوان منزلك، فيُرجى إعطاؤنا عنوانك الجديد، إذا كان لديك واحداً. احرص على كتابة الرمز البريدي الخاص بعنوانك. نحن بحاجة إلى الرمز البريدي لعنوان منزلك لكي نتأكد أنك تنتسب في خطة صحية تخدم المنطقة التي تعيش فيها. إذا لم يكن لديك عنوان منزل، فيُرجى أن تخبرنا اسم الولاية والرمز البريدي واسم المقاطعة التي تقضي معظم وقتك فيها.

### ٢. هل تغيّر عنوانك البريدي؟

إذا تغيّر عنوانك البريدي، فيُرجى إعطاؤنا عنوانك الجديد، إذا كان لديك واحداً.

أعطي عنوانك البريدي إذا:

- لا تستلم بريدك على عنوان منزلك؛ أو
- ليس لديك عنوان منزل؛ أو
- لديك مخاوف أمان وسلامة، بما فيها العنف الأسري.

**تنويه:** يمكن أن يكون عنوانك البريدي أي عنوان حيث يمكنك استلام البريد. يمكن أن يكون هذا عنوان صديق أو أحد أفراد الأسرة أو منظمة، إلى غير ذلك.

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف **1-800-699-9075** أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً

## ٥. هل أحد أفراد أسرتك حامل؟

إذا كنت لا تعرفين الموعد المتوقع لولادتك، فينبغي عليك إعطاء أفضل تخمين أو تقدير لمتى تتوقعين موعد ولادتك. إذا كنت تعرفين عدد المواليد التي تتوقعين ولادتها، فأكتبي ذلك العدد. إذا كنت لا تعرفين ذلك، فأتركيه فارغاً، وسنحدد أهليتك بناءً على مولود "واحد". إذا تغير تاريخ الموعد المرتقب للولادة أو عدد المواليد، فاتصلي بنا لتعلمينا بذلك.

## ١٠. هل تريد تغيير منظمة الرعاية المنسقة (CCO) المنتسب فيها؟

يمكنك تغيير منظمة الرعاية المنسقة التابع لها عندما تقوم بتجديد تغطيتك. للعثور على قائمة بأسماء منظمات الرعاية المنسقة (CCO) في منطقتك ولمعرفة المزيد عنها، قم بزيارة الموقع الإلكتروني [OHP.Oregon.gov](http://OHP.Oregon.gov).

## نصائح حول اختيار منظمة رعاية منسقة (CCO)

- اتصل بالطبيب أو المستوصف الذي تستخدمه الآن (إذا كان لديك واحداً). استعلم عن أي منظمة رعاية منسقة يأخذونها.
  - استفسر إذا كان مكان مقدمي الرعاية في منظمة الرعاية المنسقة قريباً لمكان سكنك.
  - اتصل بمنظمة الرعاية المنسقة أو اذهب إلى موقعها الإلكتروني لمعرفة أي أطباء وممرضين ممارسين ومستوصفات ومستشفيات وصيدليات وأطباء أسنان ومقدمي الرعاية العقلية فيها.
  - اتصل بقسم خدمات الأعضاء الخاص بمنظمة الرعاية المنسقة لمعرفة قواعد الذهاب إلى اختصاصي.
- تنويه:** إذا كنت من الهنود الأمريكيين أو سكان ألاسكا الأصليين أو لديك تغطية المديكير، فيمكنك الالتحاق بمنظمة رعاية منسقة أو تغييرها أو تركها في أي وقت.

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف **1-800-699-9075** أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً

١. هل يحتاج أي من المدرجين في طلبك لتجديد تغطية OHP التبليغ عن أي تغيير في وضعهم العائلي بشأن تقديم إقرارهم الضريبي أو هل تقوم بإضافة أحد إلى أسرتك؟

أنظر الصفحة ٣ من هذا الدليل لمعلومات حول مَنْ يمكنك شمله في أسرتك.

يتضمن التغيير أي شيء مختلف عما قلته لنا من قبل. مثلاً: تغيير بين "تقديم إقرار مشترك لزوجين" مقابل "تقديم إقرار بصفة عازب؛ ادعاء عدد أكثر أو أقل من المعالين مما كان من قبل؛ كان أحد معالاً من النواحي الضريبية إلا أنهم لن يكونوا كذلك بعد الآن.

لا نستطيع الإجابة على أسئلة محددة حول كيف ينبغي عليك تعبئة استمارات الضريبة الخاصة بك. لمناقشة الأسئلة حول كيفية تعبئة استمارات الضريبة، يُرجى زيارة [IRS.gov](http://IRS.gov) أو الاستفسار من مهني في شؤون الضريبة.

**هل أنت منفصل عن زوجك ولا تعرف كيف سيقدم زوجك إقرارهم الضريبي؟**

هل انفصلت عن زوجك ولا تعرف كيف سيقدم زوجك إقرارهم الضريبي؟ حتى لو قمت سابقاً بتقديم إقرارك الضريبي بصفة "إقرار مشترك لزوجين"، فعليك الإجابة على هذه الأسئلة المتعلقة بالضريبة بشكل أنك ستقدم إقرارك الضريبي في هذه السنة بنفسك. إذا كنت لن تقدم إقرار ضريبي خاص بك، فقل لنا ذلك.

إذا كنت تعلم أن زوجك سيشملكم في إقرار ضريبة الدخل الفيدرالي الخاص بهم، إذن، أنتم وزوجكم تتشاركان في مجموعة تقديم الإقرار الضريبي. يجب عليك أن تشمل كل مَنْ يكون جزءاً من مجموعة تقديم الإقرار الضريبي على طلبك.

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف **1-800-699-9075** أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً

في الخطوة الرابعة، نحتاج منك أن تخبرنا عن الدخل المكتسب من وظائف العمل، ودخل الأعمال الحرة، وغيره من الدخل القابل للضريبة وأنواع الاستقطاعات التي تدعيها على الإقرار الضريبي الفيدرالي الخاص بك.

نحتاج إلى معلومات الدخل لكل واحد في أسرتك. أنظر الصفحة ٣ من هذا الدليل لمعلومات حول مَنْ يمكنك شمله في أسرتك. إذا كنت لن تضيف أحداً إلى أسرتك ولم يحدث أي تغيير على دخلك/استقطاعاتك منذ تقديم طلبك في العام الماضي، فأجب "لا" على الأسئلة في الخطوة الرابعة.

### هام: إرسال الإثبات

قد يساعدنا إرسال إثبات الدخل مع طلب التجديد في معالجة معلوماتك بشكل أسرع. يُرجى إرسال الإثبات في الحالات التالية:

- إذا تغير دخلك في الشهرين الماضيين، أو إذا كنت تتوقع أن يتغير خلال الشهر القادم.
- إذا كنت تعمل في أعمال حرّة.

إذا لم ترسل إثباتاً نحتاج إليه، سنرسل إليك رسالة متابعة حول هذا الأمر.

إذا لم يتطابق الإثبات الذي أرسلته مع المبلغ الذي أدرجته في الخطوة الرابعة، فعليك أن تخبرنا أسباب ذلك. مثلاً، "أرومة دفع الراتب من الشهر الماضي وأنا أعمل الآن أقل من ذلك"، أو "أعمل أعمالاً حرّة وكان لديّ عملاً أكثر في الشهر الماضي."

لكل إثبات دخل ترسله إلينا، أدرج اسم وتاريخ ميلاد الشخص الذي كسب ذلك الدخل.

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف **1-800-699-9075** أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً

١. هل يحتاج أي من المدرجين في طلبك لتجديد تغطية OHP التبليغ عن تغيير في دخلهم الخاضع للضريبة من وظيفة عمل أو هل تقوم بإضافة أحد من أسرتك يكسب مالاً خاضعاً للضريبة من وظيفة عمل؟

يُرجى أن نخبرنا مقدار المال الذي تحصّله ويحصّله كل شخص آخر في أسرتك في الوقت الحاضر من عمل. أنظر الصفحة 3 من هذا الدليل لمعلومات حول مَنْ يمكنك شمله في أسرتك.

يُرجى إدراج دخلك "الإجمالي" - المبلغ المكتسب قبل حسم أية ضرائب أو استقطاعات. إذا كان مبلغ أجورك يتغير كل أسبوع، فأدخل كم تتوقع أن تكسبه لكل الشهر، أو أدخل المبلغ الذي ستكسبه استناداً على متوسط عدد الساعات التي تعملها الآن.

أمثلة عن الإثباتات التي يمكنك إرسالها: أحدث أرومات دفع الأجور أو رسالة من صاحب العمل الذي تعمل عنده.

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف **1-800-699-9075** أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً

٢. هل يحتاج أي من المدرجين في طلبك لتجديد تغطية OHP التبليغ عن أي تغيير بشأن أعمالهم الحرّة أو هل تقوم بإضافة أحد إلى أسرتك يكسب مالاً من أعمال حرّة؟

يُرجى أن نخبرنا مقدار المال الذي تحصّله ويحصّله كل شخص آخر في أسرتك في الوقت الحاضر من أعمال حرّة. أنظر الصفحة 3 من هذا الدليل لمعلومات حول مَنْ يمكنك شمله في أسرتك.

يُرجى إدراج المبلغ "الإجمالي - المبلغ المكتسب قبل حسم كافة تكاليف الأعمال. يمكنك أن تقرأ المزيد حول الأعمال الحرّة والربح وأي تكاليف قابلة للاستقطاع في الموقع الإلكتروني [IRS.gov/individuals/Self-Employed](https://www.irs.gov/individuals/self-employed). يُرجى إرسال الإثبات لأي تغييرات في الأعمال الحرّة.

أمثلة عن الإثباتات التي يمكنك إرسالها:

- استثمارات الضريبة. ليس هناك مانع إذا كانت استثمارات الضريبة من العام الماضي. مثلاً، إذا لم تقم بتقديم استثمارات الضريبة لعام ٢٠١٥، يمكنك أن ترسل استثمارات الضريبة لعام ٢٠١٤ (التي قمت بتقديمها في عام ٢٠١٥). إذا لم يكن دخل العام الماضي نفس الدخل لهذا العام، فأشمل ملاحظة تشرح فيها أسباب ذلك. مثلاً، "لم يكن لدي نفس عدد العملاء في هذه العام."
- نسخ من سجلات المحاسبة، والعقود، وترتيبات الأعمال وإيصالات البيع.
- الفواتير إذا كانت تبين تاريخ استلام عملك للمقبوضات.
- المفكرات عليها المبالغ المالية المكتوبة في تواريخ استلام العمل للمقبوضات.
- بيانات كتابية من عملائك تفيد كم تم دفعه كمبلغ أو في تواريخ محددة.

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف **1-800-699-9075** أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً

٣. هل يحتاج أي من المدرجين في طلبك لتجديد تغطية OHP التبليغ عن تغيير في دخلهم الخاضع للضريبة لا يكون مصدره من وظيفة عمل أو أعمال حرّة أو هل تقوم بإضافة أحد من أسرتك يقبض دخلاً خاضعاً للضريبة لا يكون مصدره من وظيفة عمل أو أعمال حرّة؟

يُرجى أن تخبرنا عن الدخل الذي تقبضه أو يقبضه أي شخص آخر في أسرتك في الوقت الحاضر من مصادر غير وظيفة عمل. أنظر الصفحة 3 من هذا الدليل لمعلومات حول مَنْ يمكنك شمله في أسرتك.

لا تشمل نفقة إعالة الأطفال، دخل من تربية الرعاية البديلة، مقبوضات الجندي القدي، الإعانة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) أو دخل الضمان التكميلي (SSI).

الدخل القبائلي الخاضع للضريبة - قد لا تحتسب أنواع الدخل القبائلي المدرجة أدناه لتحديد أحقية الاشتراك في تغطية Oregon Health Plan، إلا أنه ينبغي عليك شمل هذا الدخل في هذا القسم وإعلامنا عن ماهية نوع الدخل القبائلي. اشمل:

- مقبوضات نصيب الفرد من القبيلة الناجمة من موارد طبيعية، حقوق الاستخدام، عقود الإيجار، أو الإتاوات (ولا تشمل مقبوضات نصيب الفرد من الكازينوهات).
- مقبوضات من الموارد الطبيعية، المزارع، تربية المواشي، صيد الأسماك، عقود الإيجار أو الإتاوات من أراضي مخصصة كأراضي بأمانة هندية من قبل وزارة الداخلية (بما فيها المحميّات والمحميّات السابقة)
- المال من بيع الأشياء التي لها أهمية ثقافية

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف **1-800-699-9075** أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً

٣. هل يحتاج أي من المدرجين في طلبك لتجديد تغطية OHP التبليغ عن تغيير في دخلهم الخاضع للضريبة لا يكون مصدره من وظيفة عمل أو أعمال حرّة أو هل تقوم بإضافة أحد من أسرتك يقبض دخلاً خاضعاً للضريبة لا يكون مصدره من وظيفة عمل أو أعمال حرّة؟ يتبع

**ملاحظة:** إذا كنت تتلقّى دخلاً من قبيلة بصفة مقبوضات نصيب الفرد من كازينو، فأدخل الدخل وأكتب " Per capita payments from casinos (مقبوضات نصيب الفرد من الكازينوهات)" في خانة " Type of other income (نوع الدخل الأخر)".

أمثلة عن الإثبات الذي يمكنك إرساله: أرومات شيكات الأجور، خطابات المنح أو أي إثبات كتابي آخر.

٤. هل يتلقّى أي من المدرجين في طلبك لتجديد تغطية OHP أو من تقوم بإضافتهم إلى أسرتك دخلاً من مخصصات الضمان الاجتماعي (Social Security Benefits: SSB) أو مخصصات الضمان الاجتماعي لتأمين الإعاقة (Social Security Disability Insurance: SSDI)؟

يُرجى أن نخبرنا عن الدخل الذي تتلقاه أو يتلقاه أي شخص آخر في أسرتك في الوقت الحاضر من مخصصات الضمان الاجتماعي (SSB) أو مخصصات الضمان الاجتماعي لتأمين الإعاقة (SSDI). يُرجى إدراج المبالغ الخاضعة للضريبة والتي لا تكون خاضعة للضريبة. أنظر الصفحة 3 من هذا الدليل لمعلومات حول مَنْ يمكنك شمله في أسرتك.

أمثلة عن الإثبات الذي يمكنك إرساله: أرومات شيكات الأجور، خطابات المنح أو أي إثبات كتابي آخر.

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف **1-800-699-9075** أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً

٥. هل يحتاج أي من المدرجين في طلبك لتجديد تغطية OHP التبليغ عن أي تغيير في الاستقطاعات التي يدعونها على إقرار الضريبة الفيدرالي الخاص بهم أو الاستقطاعات المسموح به أو هل تقوم بإضافة أحد إلى أسرتك يدعى باستقطاع مسموح به؟

أخبرنا عن هذه الاستقطاعات التي ستدعيها أو سيدعيها أي شخص في أسرتك على إقرارك لضريبة الدخل الفيدرالية. أنظر الصفحة 3 من هذا الدليل لمعلومات حول مَنْ يمكنك شمله في أسرتك.

عموماً، إذا كنت تدعي استحقاقاً على إقرارك لضريبة الدخل الفيدرالية فلا يمكنك أن تستقطعه أيضاً كنفقة في نفس السنة الضريبة. قم بزيارة [www.IRS.gov](http://www.IRS.gov) لمعرفة المزيد.

تتضمن الاستقطاعات أشياءً كالتالي: نفقة المطلق(ة)؛ فائدة قروض الطلاب؛ نفقات المربين؛ الأقساط والرسوم المدرسية؛ ودخل الهنود الأمريكيين/سكان الأسكا الأصليين.

لا نستطيع الإجابة على أسئلة محددة حول كيف ينبغي عليك تعبئة استمارات الضريبة الخاصة بك. لأسئلتكم حول تعبئة الاستمارات الضريبية أو ماهية الاستقطاعات/النفقات المسموح بها، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني [www.IRS.gov](http://www.IRS.gov) أو التحدث مع مهني في شؤون الضرائب.

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف **1-800-699-9075** أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً

١. هل أي من المدرجين في طلبك لتجديد تغطية OHP حصل لديهم تغيير بشأن تأمين صحي (غير تغطية OHP) مشمولين بتغطيته، أو عرض عليهم، أو مؤهلين له أو هل تقوم بإضافة أحد إلى أسرتك مشمولين بتغطية أو عرض عليهم أو مؤهلين لتأمين صحي؟

تتضمن الأمثلة عن التغطيات الصحية الأخرى التالي:

- تأمين صحي من شركة خاصة تدفعه أو يدفعه أحد آخر، بما فيه التأمين بأمر من محكمة؛
- التأمين التي تحصل عليه أو يمكنك أن تحصل عليه من خلال صاحب العمل الذي تعمل عنده؛
- التأمين المقدم من قبل الوالد الغائب؛
- التأمين الذي يحصل عليه كمخصص تقاعد (كالتأمين العسكري)؛
- التأمين الذي تحصل عليه من خلال المدرسة؛
- أي تأمين تُغطى بموجبه حتى لو لم يكن بإمكانك الوصول إليه في المنطقة التي تعيش فيها؛
- مخصصات برنامج المديكيد (Medicaid) أو برنامج التأمين الصحي الخاص بالأطفال (CHIP) من ولاية أخرى.

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف **1-800-699-9075** أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً

إذا كنت صاحب عمل يقدم التغطية الصحية، فيُرجى تعبئة الخطوة السادسة. إذا كان لديك أسئلة حول تعبئة الاستمارة، فيُرجى الاتصال برب عملك.

إذا كان لأحد من أسرتك تغطية من رب العمل وتبين أنهم مؤهلين لتغطية OHP، فيجوز أن تكون ولاية أوريغون قادرة أن تدفع لك الجزء الذي تدفعه لقسط التأمين. يُرجى استكمال الخطوة السادسة لكي يمكننا تحديد ما إذا كنت مؤهلاً لاسترداد ما تدفعه سنتصل بك إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات.

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف **1-800-699-9075** أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً

عندما توقع التجديد، فإنك توافق على كافة البيانات في الخطوة السابعة:

يحق لك:

- أن تسأل أسئلة حول برامجنا ومدفوعاتنا وخدماتنا
- أن تتحدث مع شخص مسؤول
- أن تطلب إيصالاً عن الأوراق التي تقدمها لنا
- أن تستلم قراراً حول أحقيتك للاشتراك في غضون ٤٥ يوماً
- أن تطلب الطعن إذا كنت تعترض بقرار في إخطار أحقيتك للاشتراك
- أن يكون لديك مهلة ٩٠ يوماً من تاريخ إخطار أحقية الاشتراك لتطلب الطعن. لتفعل هذا، ينبغي عليك أن تستخدم نموذج طلب عقد جلسة استماع إدارية (MSC 0443). يمكنك أن تجد هذا النموذج على الإنترنت بزيارة الموقع: <https://apps.state.or.us/Forms/Served/me0443.pdf> أو تحصل على نسخة من هذا النموذج بالاتصال بنا.
- أخبر مقدمي الرعاية الصحية إذا كان لديك تأمين صحي آخر. ينبغي عليهم إرسال الفاتورة إلى التأمين الآخر قبل إرسالها إلى OHP بشأن رعايتك الصحية.
- قم بتقديم الطلبات للحصول على المخصصات والأموال الأخرى التي تكون مؤهلاً لها واستخدامها. وهذا يسري أيضاً على كافة الأشخاص الذين تريد الحصول على مساعدة لهم.
- إعطاء إذن إفشاء سجلات نفقة أولادك من إدارة العدل (Department of Justice) وشعبة شؤون نفقة الأولاد (Division of Child Support) إلى هيئة أوريغون الصحية (Oregon Health Authority: OHA) نيابة عن OHP.
- ستحفظ الأشياء التي تخبر OHA عنها بخصوصية وسرية. تتقيّد OHA بـ"إشعار ممارسات الخصوصية" المبين في نهاية هذا الدليل.

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف **1-800-699-9075** أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً

## التعاون مع النفقة الطبية

بقبولك الإعانة الطبية، فإنك تسمح لبرنامج شؤون نفقة الأولاد في أوريغون (Oregon Child Support Program) بتنفيذ النفقة الطبية من الوالد الغائب للطفل (الوالد الغائب الذي لا يعيش مع الطفل). وهذا يتضمن العمل مع برنامج شؤون نفقة الأولاد للحصول على نفقة طبية نقدية وتغطية صحية لأجل المساعدة في دفع النفقات الصحية الخاصة بولدك من الوالد الغائب.

يجب عليك أن تساعد برنامج نفقة الأولاد في إيجاد الوالد الغائب ما لم يكن لديك سبب وجيه لعدم القيام بذلك، كالعنف الأسري. يُسمّى هذا أنه لديك استثناء "سبب وجيه". إذا تقرر أنه يتحتم عليك العمل مع برنامج شؤون نفقة الأولاد لأغراض تأسيس نفقة الأولاد أو تنفيذها، وترفض ذلك، فيجوز أن تفقد الإعانة الطبية.

لتطلب "سبب وجيه" أو إذا كان لديك أسئلة حول "السبب الوجيه"، فعليك الاتصال بنا على رقم الهاتف 1-800-699-9075 (أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة [TTY]). وهذا يعني أن تعاملك مع برنامج شؤون نفقة الأولاد من شأنه أن يسبب خطراً على حياتك وحياة أولادك.

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف **1-800-699-9075** أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً

تم تصميم برنامج الاسترداد من التركات (Estate Recovery Program) للأعضاء الذين يتلقون خدمات الرعاية الطويلة الأجل. تحت هذا البرنامج، عندما يتوفى عضو مشترك في المديكيد (Medicaid)، في ظروف محدودة معينة ستسترد OHA من تركة العضو جزءاً أو كل الأموال التي صرفتها عليهم بشأن خدمات الرعاية الطويلة الأجل والنفقة والمخصصات الطبية. توضع الأموال التي يستردها برنامج الاسترداد من التركات في برامج OHA و DHS لأجل مساعدة الآخرين. **كيف يعمل البرنامج – ابتداءً من ١ أكتوبر، ٢٠١٣ - للرعاية المقدّمة قبل ١ أكتوبر، ٢٠١٣، يجب الاتصال بوحدة إدارة التركات في DHS (DHS Estate Administration Unit).**

إذا كان العضو في مرفق تمرضي أو مرفق رعاية متوسطة للأشخاص الذين يعانون من إعاقات ذهنية أو نمائية لفترة لا تقل عن ستة أشهر مباشرة قبل الوفاة:

سيسعى برنامج استرداد المستحقات من أموال التركات استرداد المخصصات التي تم دفعها إلى المنشأة التي عاش فيها العضو قبل بلوغهم سن الـ ٥٥ عاماً.

إذا كان العضو يتلقّى مخصصات المديكيد لدفع جزء من تكلفة الرعاية الطويلة الأجل أو كلها:\*

سيسعى برنامج الاسترداد من التركات استرداد كافة مخصصات الرعاية الصحية، بما في ذلك OHP وتكلفة الرعاية الطويلة الأجل التي تم دفعها خلال الفترة التي كان يتلقّى فيها العضو المخصصات لدفع بعض أو كل تكلفة الرعاية الطويلة الأجل المدرجة من سن الـ ٥٥ عاماً وما بعد ذلك. قد تتضمن مخصصات OHP الخدمات التي تم الحصول عليها على أساس الأجرة لقاء الخدمة أو الأجر المدفوعة إلى منظمة رعاية منسّقة (CCO).

\* تتضمن الرعاية الطويلة الأجل مرافق المساعدة في شؤون المعيشة، مرافق الرعاية الداخلية، دور الرعاية البديلة للبالغين، الرعاية المنزلية، مرافق تمرضية، مرافق رعاية متوسطة للأشخاص ذوي إعاقات ذهنية أو نمائية، وغيرها من المرافق الشبيهة لأجل الرعاية الطويلة الأجل.

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف **1-800-699-9075** أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً

الاسترداد من التركات، يتبع

### تغطية الأدوية الموصوفة الخاصة بالجزء D من المديكير

تحمل الحكومة الفيدرالية OHA دفع أجور شهرية لها لقاء تغطية الأدوية الموصوفة الخاصة بالجزء D من المديكير للعضو الذي يتلقى OHP والمديكير معاً. قد تسترد OHA هذا المبلغ من تركات هذا العضو. سيتم استرداد المدفوعات المدفوعة إلى الحكومة الفيدرالية في تاريخ ١ يناير، ٢٠١٤ أو بعد ذلك في الحالات فقط التي كان فيها عمر العضو ٥٥ عاماً أو أكثر عندما تم دفع تلك المدفوعات.

### الأزواج والأولاد الباقون بعد وفاة المتوفى

لن يتخذ برنامج الاسترداد من التركات أية مطالبة ضد أية تركة حتى وفاة الزوج(ة) الباقي(ة). وعند وفاة الزوج(ة) الباقي(ة)، فيجوز أن تقدم مطالبة إلى تركة الزوج(ة). لن يقوم برنامج الاسترداد من التركات باسترداد مستحقات من التركة في حال خلف العضو ولداً في سن أقل من ٢١ عاماً، أو ولداً أعمى أو معاق بشكل دائم وكامل بغض النظر عن عمر الولد. يجب أن تستوفي الإعاقة معيار مصلحة الضمان الاجتماعي لإعاقة دائمة وشاملة. يجب أن يكون الولد ولداً أنجبهه العضو المشترك في برنامج المديكير أو ولداً تبناه حسب القانون.

لمزيد من المعلومات حول تأثير الاسترداد من التركات على شراكات المساكنة المعيشية بين مثليي الجنس أو زواجات مثليي الجنس، فعليكم الاتصال بوحدة إدارة شؤون التركات (Estate Administration Unit).

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف **1-800-699-9075** أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً

الاسترداد من الشركات، يتبع

التنازل لأسباب المشقة الشديدة

يجوز لكل شخص يتلقى ممتلكات من شركة العضو أن يطلب من OHA أن تتنازل عن الاسترداد من الشركة شرط أن يستوفوا متطلبات التنازل لأسباب المشقة الشديدة. إن تعليمات كيفية التماس تنازل لأسباب مشقة شديدة مشمولة في المعلومات التي ترسلها وحدة الاسترداد من الشركات عند بدء عملية الاسترداد.

1-800-826-5675 (الاتصال مجاناً داخل أوريغون)

503-378-2884

فاكس: 503-378-3137 (سالم)

**DHS Estate Administration Unit**

PO Box 14021

Salem, OR 97301

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف **1-800-699-9075** أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً

AR OHP 9325 LP (Rev 08/16)

## وضع الهجرة المؤهل

• مقيم دائم قانوني (LPR/حامل الكرت الأخضر)

• لاجئ [الجوء من داخل الولايات المتحدة]

• لاجئ [الجوء من خارج الولايات المتحدة]

• داخل كوبي أو هايتي

• مُفرج عنهم بشروط إلى داخل الولايات المتحدة

• داخل ممنوح الدخول بشروط قبل ١٩٨٠

• زوج(ة) أو ولد، أو والد(ة) معنّف(ة)

• المجني عليهم في الاتجار بالأشخاص وزوج أو أولاد أو أخوة وأخوات أو والد(ة) المجني عليهم

• شخص بدون وضع هجرة (بما فيه حاملي تأشيرات العمال، وتأشيرات الطلاب، ومواطني ميكرونيزيا وجزر مارشال وبالاو)

• وضع الحماية المؤقتة (TPS)

• ترحيل مؤجل التنفيذ (DED)

• وضع إجراء مؤجل (لا يكون الإجراء المؤجل للوصول في مرحلة الطفولة [Deferred Action for Childhood

Arrivals: DACA] بوضع هجرة مؤهل لتقديم طلب للتغطية الصحية)

• أشخاص معينون بوثيقة تصريح العمل

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف **1-800-699-9075** أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة

الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً

## وضع الهجرة المؤهل، يتبع

- مقدمو طلب الإقامة حسب أحكام التسجيل
  - أمر تحت الرقابة
  - مقدم طلب لإلغاء الإبعاد أو توقيف الترحيل
  - مقدم طلب للتقنين بموجب IRCA
  - مقدم طلب لوضع الحماية المؤقتة (TPS)
  - التقنين بموجب قانون LIFE Act
- ممنوح إيقاف الترحيل أو إيقاف الإبعاد، بموجب قوانين الهجرة أو بموجب اتفاقية مناهضة التعذيب (Convention against Torture: CAT)
- مقدم طلب لأجل:
  - وضع خاص للمهاجرين الأحداث
  - تعديل لوضع مقيم دائم قانوني مع عريضة تأشيرة معتمدة
  - تأشيرة ضحايا اتجار الأشخاص
  - اللجوء إما لمن تم منحهم تصريح بالعمل، أو لمن دون سن الـ ١٤ عاماً وكان ولا يزال لديهم طلب لجوء قيد الاعتبار لمدة لا تقل عن ١٨٠ يوماً.
  - إيقاف الترحيل أو إيقاف الإبعاد، بموجب قوانين الهجرة أو بموجب اتفاقية مناهضة التعذيب (Convention against Torture: CAT) لمن إما تم منحهم تصريح بالعمل، أو دون سن الـ ١٤ عاماً وكان ولا يزال لديهم طلب إيقاف الترحيل أو إيقاف الإبعاد بموجب قوانين الهجرة أو بموجب اتفاقية مناهضة التعذيب (CAT).

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف **1-800-699-9075** أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً.

## وضع الهجرة المؤهل، يتبع

- مقيم قانوني مؤقت
- ممنوح أمر إداري بإيقاف الإبعاد من قبل وزارة الأمن الداخلي (Department of Homeland Security: DHS)
- عضو في قبيلة هندية معترف بها فيدرالياً أو هندي أمريكي مولود في كندا
- مقيم في ساموا الأمريكية

لمزيد من وثائق أو أوضاع الهجرة المؤهلة، انتقل إلى الصفحة التالية.

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف **1-800-699-9075** أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً

## أنواع وثائق الهجرة وأرقامها التعريفية

أنظر القائمة أدناه لبعض أنواع الوثائق الشائعة وأرقامها التعريفية. إذا لم تكن الوثيقة التي تحملها مدرجة، فلا يزال يمكنك كتابة اسمها على الطلب. إذا لم يكن لديك كافة المعلومات، يمكنك أن تترك الإجابة على المعنية بنوع الوثيقة أو رقم الوثيقة التعريفي.

أدرج هذا لرقم الوثيقة التعريفي:	إذا كان لديك نوع الوثيقة هذه:
رقم تسجيل الأجنبي رقم البطاقة	بطاقة المقيم إقامة دائمة، "الكرت الأخضر" (I-551)
رقم تسجيل الأجنبي	تصريح عودة الدخول (I-327)
رقم تسجيل الأجنبي	وثيقة سفر اللاجئين (I-571)
رقم تسجيل الأجنبي رقم البطاقة تاريخ انتهاء الصلاحية رمز الفئة	بطاقة تصريح بالعمل (I-766)
رقم تسجيل الأجنبي رقم جواز السفر	تأشيرة مهاجر مقروءة آلياً (مع عبارة I-551 بصفة مؤقتة)
رقم تسجيل الأجنبي	ختم I-551 بصفة مؤقتة (على جواز السفر أو I-94/I-94A)
رقم I-94	سجل الوصول/المغادرة (I-94/I-94A)

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف **1-800-699-9075** أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً

## أنواع وثائق الهجرة وأرقامها التعريفية، تتمة

رقم I-94 رقم جواز السفر تاريخ انتهاء الصلاحية بلد الإصدار	سجل الوصول/المغادرة في جواز سفر أجنبي (I-94)
رقم جواز السفر تاريخ انتهاء الصلاحية بلد الإصدار	جواز سفر أجنبي
الرقم التعريفي لـ SEVIS	شهادة الأهلية لوضع طالب غير مهاجر (I-20)
الرقم التعريفي لـ SEVIS	شهادة الأهلية لوضع تبادل الزائرين (DS2019)
رقم تسجيل الأجنبي أو رقم I-94	إخطار اتخاذ إجراء (I-797)
رقم تسجيل الأجنبي أو رقم I-94 وصف نوع أو اسم الوثيقة	أخرى

لمزيد من وثائق أو أوضاع الهجرة المؤهلة، انتقل إلى الصفحة التالية.

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف **1-800-699-9075** أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً

## أنواع وثائق الهجرة وأرقامها التعريفية، تتمة

يمكنك أيضاً إدراج هذه الوثائق أو الأوضاع:

- وثيقة تشير إلى عضو في قبيلة هندية معترف بها فيدرالياً أو هندي أمريكي مولود في كندا (ملاحظة: يعتبر هذا وضع هجرة مؤهل للمديكيد، وليس له خطة صحية مؤهلة [Qualified Health Plan: QHP]).
- خطاب الأهلية من مكتب إعادة توطين اللاجئين (Office of Refugee Resettlement: ORR) (إذا كان دون سن الـ ١٨)
- وثيقة تشير إلى إيقاف الإبعاد
- أمر إداري بإيقاف الإبعاد صادر من وزارة الأمن الداخلي (Department of Homeland Security: DHS)
- شهادة من مكتب إعادة توطين اللاجئين (ORR) في وزارة الصحة والخدمات البشرية الأمريكية (HHS)
- داخل كوبي أو هايتي
- مقيم في ساموا الأمريكية

هل تحتاجون إلى مساعدة؟ اتصلوا بنا على رقم الهاتف **1-800-699-9075** أو الرقم 711 للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة (TTY). أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٧ صباحاً حتى الساعة ٦ مساءً

500 Summer St. NE, E-24 Salem, OR 97301  
هاتف: 503-945-5780  
عنوان البريد الإلكتروني: dhs.privacyhelp@state.or.us  
www.oregon.gov/OHA/Pages/index.aspx

**Health**  
Oregon  
Authority  
برامج المساعدة الطبية  
والمساعدة الطبية الممتازة

يصف هذا الإخطار كيفية استخدام وكشف المعلومات الطبية عنكم، وكيفية إمكانكم التوصل إلى هذه المعلومات. الرجاء مراجعتها بتمعن.

**معلوماتكم -  
حقوقكم -  
مسؤولياتنا -**

### يحق لكم:

- أن تحصلوا على نسخة من السجلات الصحية وسجلات المطالبات الخاصة بكم
- أن تصحوا السجلات الصحية وسجلات المطالبات الخاصة بكم
- أن تطلبوا اتصالات سرية
- أن تطلبوا منا أن نحد من كمية المعلومات التي نشارك بها
- أن تحصلوا على قائمة بالذين تشاركنا معهم بمعلوماتكم
- أن نحصلوا على نسخة من إخطار الخصوصية هذا
- أن تختاروا شخصا ما ليتصرف بالنيابة عنكم
- أن ترفعوا شكوى إن كنتم ترون أن حقوقكم قد انتهكت

### حقوقكم

### « أنظروا الصفحة

2 و 3 للمزيد  
من المعلومات  
عن هذه الحقوق  
وكيفية ممارستها

### « أنظروا الصفحة 4

للمزيد من المعلومات  
عن هذه الاختيارات  
وكيفية ممارستها

**لديكم بعض الاختيارات في الطريقة التي نتبعها**

- لاستخدام ومشاركة المعلومات حينما نقوم بـ:  
الإجابة على أسئلة التغطية من عائلتكم وأصدقائكم
- توفير الإغاثة في حالات الكوارث
- ترويض خدماتنا وبيع معلوماتكم

### اختياراتكم

## استخداماتنا وإفصاحاتنا

قد نستخدم ونشارك بمعلوماتكم عندما نقوم بـ:

- المساعدة في تدبير علاج الرعاية الصحية التي تستلزمونها
- إدارة منظماتنا
- الدفع على الخدمات الصحية الخاصة بكم
- إدارة خطة الرعاية الصحية الخاصة بكم
- المساعدة في قضايا الصحة والسلامة العامة
- إجراء البحوث
- الإلمثال للقانون
- الرد على طلبات التبرع بالأعضاء البشرية والأنسجة والعمل مع الفاحص الطبي أو مدير الجنازة
- البت في طلبات تعويضات العمال، وفرض القانون، وطلبات حكومية أخرى
- الرد على الدعاوي القضائية والإجراءات القانونية

« أنظروا

الصفحة 4 و

5 للمزيد من

المعلومات

عن هذه

الاختيارات

وكيفية

ممارستها

## حقوقكم

عندما يتعلق الأمر بمعلوماتكم الصحية، لديكم بعض الحقوق. يشرح هذا القسم حقوقكم وبعض مسؤولياتنا لمساعدتكم.

- بإمكانكم طلب أو الحصول على نسخة من سجلاتكم الصحية ومطالباتكم والمعلومات الصحية الأخرى التي لدينا عنكم. إسألونا عن كيفية عمل ذلك.
- سوف نقدم نسخة أو خلاصة للسجلات الصحية والمطالبات الخاصة بكم، عادة في غضون 30 يوماً من تاريخ طلبكم. قد نضع رسوماً معقولة على أساس التكلفة.

- بإمكانكم الطلب منا أن نقوم بتصحيح السجلات الصحية وسجلات المطالبات إذا تعتقدون بأنها غير مضبوطة أو غير كاملة. إسألونا عن كيفية عمل ذلك.

- قد نجيب "كلا" على هذا الطلب، ولكننا سنبلغكم بالسبب كتابة في غضون 60 يوماً.

- بإمكانكم أن تطلبوا منا الاتصال بكم بطريقة معينة (مثل على ذلك، رقم البيت أو المكتب) أو بإرسال البريد إلى غير عنوان.
- سوف نأخذ بعين الاعتبار كل الطلبات المعقولة، وينبغي علينا أن نقول "نعم" إذا قلتم لنا بأنكم ستكثرون في خطر إذا لم نفعل ذلك
- بإمكانكم الطلب منا بعدم استخدام أو مشاركة بعض المعلومات الصحية للمعالجة، أو الدفع أو عملياتنا.
- نحن غير مطالبين بأن نوافق على طلبكم، وقد نجيب بـ "كلا" إذا كان له تأثير على رعايتكم.
- بإمكانكم طلب قائمة (احتساب) للمرات التي تشاركنا بها بمعلوماتكم الصحية لمدة ست سنوات قبل تاريخ سؤلكم، بما في ذلك مع من تشاركنا، ولماذا.
- سوف تشمل كل الإفصاحات ما عدا تلك التي تتعلق بالمعالجة، والدفع، وعمليات الرعاية الصحية، وبعض الإفصاحات الأخرى (مثل تلك التي طلبتم منا أن نقوم بها). سوف نوفر لكم احتساب واحد مجاني في السنة، ولكننا سوف نضع رسما معقولا على أساس التكلفة إذا طلبتم احتساب آخر في غضون 12 شهرا.
- بإمكانكم طلب نسخة ورقية لهذا الإشعار في أي وقت، حتى لو وافقتم على استلامه إلكترونيا. سنزودكم بنسخة ورقية في الحال.
- إذا اعطينم أحدا تفويضا طبيا أو إذا كان أحد وصي قانوني عليكم، يحق لذلك الشخص ممارسة حقوقكم واتخاذ الاختيارات عن معلوماتكم الطبية.
- سنتأكد بأن الشخص له الصلاحية ويستطيع التصرف نيابة عنكم قبل أن نتخذ أي إجراء.
- بإمكانكم أن ترفعوا شكوى إذا رأيتم بأننا قد انتهكنا حقوقكم وذلك عن طريق الاتصال بنا مستخدمين المعلومات على الصفحة (1).
- بإمكانكم رفع شكوى مع وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية وذلك بإرسال رسالة إلى:
 

20201 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C.

أو الاتصال هاتفيا بالرقم 1-877-696-6775، أو زيارة الموقع الإلكتروني [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- لن ننتقم منكم لرفعكم شكوى.

طلب الاتصالات  
السرية

اطلبوا منا أن نحد  
مما نستخدمه أو  
نتشارك به

اطلبوا قائمة لأولئك  
الذين تشاركنا معهم  
بمعلوماتكم

احصلوا على  
نسخة من إخطار  
الخصوصية هذا  
اطلبوا شخصا يتوب  
عنكم

ارفعوا شكوى  
إن كنتم ترون أن  
حقوقكم قد انتهكت

فيما يخص بعض المعلومات الصحية، بإمكانكم إعلامنا باختيار اتركم عما نتشارك به. إذا كان لديكم تفضيل واضح لكيفية مشاركة معلو ماتكم في الحالات المدرجة أدناه، تكلّموا معنا. قولوا لنا ما يجب أن نفعله، وسوف نتبع تعليماتكم.

## اختيار اتركم

في هذه الحالات، لكم الحق والاختيار للقول لنا أن نعمل ما يلي:

- المشاركة بالمعلومات مع عائلتكم، وأصدقائكم الحميمين، أو آخرين يقومون بالدفع مقابل رعايتكم
- المشاركة بالمعلومات عن حالة الإغاثة في حالات الكوارث

إذا كنتم لا تستطيعون الإفصاح لنا عن تفضيلكم، مثلا إذا كنتم غائبين عن الوعي، قد نباشر في المشاركة بمعلو ماتكم إذا نعتقد أن ذلك في مصلحتكم. بإمكاننا أيضا أن نشارك بمعلو ماتكم عند الحاجة للحد من تهديد خطير ووشيك للصحة والسلامة.

في هذه الحالات لن نشارك

- الأَسباب الترويجية
- بيع معلو ماتكم
- معظم الملاحظات المتعلقة بالعلاج النفسي
- أعطيتونا إذا خطيا منكم:

كيف نقوم عادة بالمشاركة بمعلو ماتكم الصحية؟  
نتشارك بمعلو ماتكم الصحية عادة بالطرق التالية.

## استخداماتنا وأفصاحتنا

- بإمكاننا استخدام معلو ماتكم الصحية والمشاركة بها مع المهنيين الذين يعالجونكم. ساعدوا في إدارة الرعاية الصحية التي تستلمونها

مثال: يرسل لنا طبيب معلو مات عن تشخيصكم وخطة المعالجة لكي تتمكن من ترتيب الخدمات الإضافية.

مثال: إننا نستخدم المعلو مات الصحية عنكم لتطوير خدمات أفضل لكم.

- بإمكاننا أن نستخدم ونصرح بمعلو ماتكم لإدارة منظمنا وأن نتصل بكم إذا دعت الحاجة.
- إنه غير مسموح لنا باستخدام معلو مات التريكية الوراثية لأخذ قرار بمنحكم تغطية وسعر تلك التغطية. إن هذا لا ينطبق على خطط الرعاية على المدى الطويل.

مَثَل: إننا نشارك بمعلوماًتكم مع خطة رعاية الأسنان الخاصة بكم لتنسيق الدفع لعمل الأسنان.	بإمكاننا أن نستخدم ونفصح بمعلوماًتكم الصحية عندما ندفع لخدماتكم الصحية.	الدفع لخدمات الرعاية الصحية
مَثَل: تتعاقد شركتكم معنا لتقديم خطة للرعاية الصحية، ونقوم بتقديم بعض الإحصائيات إلى شركتكم لشرح أقساط التأمين التي نستوفيها.	قد نفصح عن معلوماًتكم الصحية إلى كفيل الرعاية الصحية الخاص بكم من أجل إدارة الخطة.	إدارة خطتكم

أي طرق أخرى يمكننا بها المشاركة بمعلوماًتكم الصحية؟ يُسمح لنا أو يتطلب منا المشاركة بمعلوماًتكم في طرق أخرى – عادة بطرق تساهم بالمصلحة العامة، مثل الصحة العامة والبحث. يجب علينا أن نقي بالعديد من الشروط في إطار القانون قبل أن نشارك بمعلوماًتكم لهذه الأغراض. للمزيد من المعلوماًت، زوروا الموقع الإلكتروني:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

المساعدة في قضايا الصحة • بإمكاننا المشاركة بمعلوماًتكم الصحية لبعض الحالات، مثل: العامة والسلامة

- الوقاية من الأمراض
- المساهمة في سحب المنتجات من الأسواق
- التبليغ عن الأعراض السلبية للأدوية
- التبليغ عن اشتباه سوء المعاملة، أو الإهمال أو العنف المنزلي

- الوقاية من أو التخفيف من وطأة التهديد الخطير لصحة أو سلامة أي شخص

القيام بالأبحاث • بإمكاننا أن نستخدم أو نشارك بمعلوماًتكم من أجل البحث في مجال الصحة

الامتثال للقانون • سوف نشارك بالمعلوماًت عنكم إذا تطلبت ذلك قوانين

الولاية أو القوانين الفيدرالية، بما في ذلك وزارة الصحة والخدمات الإنسانية، إذا أرادت أن تتأكد من أننا نراعي قانون الخصوصية الفيدرالي.

- بإمكاننا المشاركة بالمعلومات الصحية عنكم مع تحصيل الأعضاء البشرية.
- بإمكاننا المشاركة بالمعلومات الصحية مع الطبيب الشرعي، أو الفاحص الطبي، أو مدير الجازة عند وفاة شخص. الجازة

- البت في طلبات تعويضات
- لمطالبات تعويضات العمال
- لاغراض فرض القانون أو لمسؤول عن فرض القانون
- مع وكالات الرقابة الصحية للأنشطة التي أذن بها القانون للأعمال الحكومية الخاصة مثل الأمور العسكرية، والأمن القومي، وخدمات الحماية لرئاسة الجمهورية
- بإمكاننا المشاركة بالمعلومات الصحية عنكم في الرد على أمر الإجراءات القانونية من المحكمة أو إداري، أو في الرد على أمر من المحكمة.

١ | قد تستخدم أو تفصح OHA المعلومات الصحية المحمية (PHI) من استمارات التسجيل للمساعدة في تحديد تأهيلك لأي برامج أو ماهية التغطية التي يجب أن تشملوها.

٢. | تتبع الـ OHA الشروط التابعة لقوانين الخصوصية الفيدرالية وللولايات، بما في ذلك القوانين المتعلقة بتعاطي المخدرات والإدمان على الكحول وعلاجهما والحالات النفسية وعلاجها.

٣. | قد تستخدم أو تفصح OHA عن سجلات تعاطي المخدرات إذا كان للشخص أو للشركة الذي تستلم السجلات اتفاقية متخصصة مع OHA.

٤. | إذا وفرت OHA معلوماتك لشخص آخر بإن منكم، قد لا تصبح هذه المعلومات تحت حماية أنظمة الخصوصية وإن الشخص الذي يستلم المعلومات قد لا يكون ملزماً بحماية هذه المعلومات. وقد يصدرها هذه المعلومات إلى شخص آخر دون إذن منك.

## مسؤولياتنا

- إننا ملزمون بمقتضى القانون للحفاظ على خصوصية وأمن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بكم.
- سنشعر بكم حالاً إذا حدث خرق يمكن أن يعرض خصوصية أو أمن المعلومات الخاصة بكم للخطر.
- يجب علينا أن نتبع الواجبات وممارسات الخصوصية الموضحة في هذا الإثتعار وأن نعطيك نسخة عنها.
- لن نستخدم أو نشارك بمعلوماتكم إلا كما هو مبين هنا، إلا إذا أخبرتمونا كتابياً بأنه يمكننا القيام بذلك. إذا أخبرتنا بأننا يمكننا القيام بذلك، قد تغيروا فكركم في أي وقت. أعلمونا كتابياً إذا غيرتم فكركم.

للمزيد من المعلومات زوروا الموقع الإلكتروني:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)

## تغييرات في شروط هذا الإخطار

بإمكاننا أن نغير شروط هذا الإخطار، وستطبق التغييرات على كل المعلومات عنكم. سيكون الإثتعار الجديد متوقفاً عند الطلب، وعلى موقعنا الإلكتروني، وسوف نرسل لكم بالبريد نسخة عنه.

واقفت عليه سوزان هوفمان (C00 2-14-2014)، (Suzanne Hoffman).

إن هذا الإخطار لممارسات التخصصية يطبق على هيئة الصحة بولاية أوريغون OHA وشركائها في العمل، بما في ذلك إدارة أوريغون للخدمات الإنسانية.

لاستخدام أي من حقوق التخصصية المدونة أعلاه بإمكانكم الاتصال بمكتب OHA المحلي الخاص بكم.

لطلب هذا الإخطار بلغة أخرى، أو بطبع أحرف كبيرة أو بطريقة بريال للمكفوفين أو أي تنسيق آخر اتصلوا هاتفيا على الرقم 503-378-3486، أو بالفاكس على الرقم 503-373-7690، أو 503-378-3523 (للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة TTY). إنه متوفر باللغة الإنجليزية و مترجم إلى اللغات الإسبانية، والروسية، والفينلاندية، والصومالية، والعربية، والبرمية، واليوسنية، والكمبودية، والكورية، واللاوية، والبرتغالية، والصينية، ويطبع أحرف كبيرة، وبطريقة بريال للمكفوفين.

## Oregon Health Authority

مسؤول التخصصية

500 Summer Street NE, E- 24

Salem, OR 97301

العنوان الإلكتروني: [dhs.privacyhelp@state.or.us](mailto:dhs.privacyhelp@state.or.us)

هاتف: 503-945-5780

فاكس: 503-947-5396