

## تصريح بمشاركة المعلومات خدمات الاحتياجات الاجتماعية المتعلقة بالصحة التابعة لخطة أوريغون الصحية

الاسم الأول:		اسم أو أسماء العائلة:		تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة):	
عنوان المراسلات البريادية:		المدينة:		الولاية:	
رقم الهاتف:		البريد الإلكتروني:		مُعرّف Medicaid بخطة أوريغون الصحية:	

تغطي خطة أوريغون الصحية (OHP) خدمات الاحتياجات الاجتماعية المتعلقة بالصحة (HRSN) بالمجان لك. خدمات HRSN عبارة عن عناصر وأشكال دعم مثل:

- مكيف هواء.
  - ثلاجة صغيرة للأدوية
  - وجبات خاصة لحالتك الصحية
  - دعم سكني
- مقدمو خدمات HRSN هم كيانات أو أشخاص يقدمون خدمات HRSN. إذا أكملت هذا النموذج ووقعت أدناه، فإنك تصرح (تسمح) بما يلي:
- مشاركة معلوماتك الصحية وغيرها من المعلومات السرية فقط للأغراض الواردة في الجزء الأول أدناه.
  - مشاركة معلوماتك من قبل كيانات معينة وأشخاص معينين. يجب تلك الكيانات وهؤلاء الأشخاص مشاركة أقل معلومات مطلوبة لاتخاذ الترتيبات اللازمة لتقديم خدمات HRSN.
- لا يعني التوقيع على هذا النموذج:
- السماح لأي شخص بمشاركة معلوماتك مع الشرطة أو وكالات الهجرة.
  - موافقتك على الدفع مقابل أي من إعانات HRSN.

## الجزء الأول. أغراض مشاركة المعلومات.

بالتوقيع على هذا النموذج، فإنك تصرّح (تسمح) بمشاركة معلوماتك الصحية ومعلوماتك السرية الأخرى من أجل:

- (أ) تحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على خدمات HRSN، و
- (ب) إحالتك إلى خدمات HRSN أو مساعدتك في الوصول إليها أو الحصول عليها، و
- (ج) تحديد خدمات HRSN ودعمها وتنسيقها وتغييرها ودفع تكاليفها لك.

## الجزء الثاني. أنواع المعلومات التي تتم مشاركتها.

بالتوقيع على هذا النموذج، فإنك تصرّح (تسمح) بمشاركة الأنواع التالية من معلوماتك حسب الحاجة للأغراض المذكورة في الجزء الأول. تتم مشاركة هذه المعلومات فقط عند الضرورة.

- (أ) المعلومات الديموغرافية. وهذا يشمل:
  - الاسم.
  - العمر.
  - تاريخ الميلاد.
  - العنوان.
  - معلومات الاتصال.
  - أي احتياجات لازمة للحصول على الخدمات، مثل المساعدة بلغة مختلفة أو تنسيق مختلف. قد يساعد ذلك في التوصل إلى مقدم خدمات تابع لـ HRSN يفهم لغتك أو ثقافتك.

(ب) بعض المعلومات الصحية المحمية (PHI). قد يشمل ذلك:

- أهلك للاشترار في برنامج Medicaid (خطة أوريغون الصحية)
- تاريخك الطبي:
  - نتائج الاختبارات المعملية.
  - استخدام الأدوية.
  - الحالات الصحية.
  - العلاجات.

(ج) معلومات خاصة بـ HRSN. وهذا يشمل:

- الأسباب التي تجعلك مؤهلاً للحصول على خدمات HRSN، مثل الحالات الصحية أو ظروف الحياة.
- خدمات HRSN التي يمكنك الحصول عليها.
- مقدمو خدمات HRSN الذين عملوا معك.

(د) معلومات الصحة النفسية. قد يشمل ذلك:

- التشخيصات المتعلقة بصحتك النفسية والعلاجات ذات الصلة. لن تتم مشاركتها إلا عند

الضرورة. لا يشمل ذلك سجلات العلاج النفسي. يجب أن تعطي موافقة إضافية لمشاركة مثل هذه السجلات.

(ه) معلومات عن اضطرابات تعاطي المخدرات. قد يشمل ذلك:

- تعاطيك الحالي والسابق للكحول أو المخدرات.
  - التشخيصات.
  - الأدوية.
  - برامج العلاجات الداخلية وعلاجات العيادات الخارجية.
  - معلومات حول الصدمة التي تعرضت لها ودفعتك أو تدفحك إلى تعاطي الكحول أو المخدرات.
- يمكن مشاركة معلوماتك الخاصة باضطرابات تعاطي المخدرات أو الكحول المستمدة من مقدمي الخدمات والذين يجب عليهم اتباع لوائح السرية الفيدرالية الخاصة بتعاطي المخدرات (الجزء الثاني من قانون اللوائح الفيدرالية 42) فقط إذا قمت بتحديد المربع الموجود في نهاية هذا النموذج.

(و) معلومات السكن. يشمل هذا سكنك من حيث:

- الحالة.
- السجل.
- أشكال الدعم المقدم.

الجزء الثالث. شركاء الرعاية الذين يشاركون معلوماتك أو يحصلون عليها.

بالتوقيع، فإنك تصرّح (تسمح) لشركاء الرعاية التاليين بمشاركة معلوماتك والحصول عليها:

- الأشخاص والكيانات المشاركة في:
  - الرعاية الصحية.
  - خدمات HRSN.
  - تنسيق الرعاية.

يجوز لهم مشاركة معلوماتك فقط للأغراض الموضحة في الجزء الأول من هذا النموذج. يوافق شركاء الرعاية ومقاولوهم على الامتثال إلى جميع القوانين المتعلقة بحماية معلوماتك ومشاركتها. قد يتضمن شركاء الرعاية ما يلي:

(أ) مقدمو الرعاية الصحية. قد يشمل ذلك ما يلي:

- المستشفيات.
- العيادات.
- الأطباء.
- الصيدليات.
- أطباء الأسنان.
- مقدمو الرعاية الصحية السلوكية.

(ب) هيئة صحة أوريغون (OHA).

(ج) مسؤول هيئة صحة أوريغون و Acentra Health من أجل إعانات ودفعات "Open Card" (الرسوم مقابل الخدمات) التابعة لخطة أوريغون الصحية.

(د) مقدمو خدمات HRSN والموردون الذين قد يقدمون خدمات HRSN أو يسلمون عناصر HRSN، مثل وحدات تكييف الهواء، بموجب إعانة HRSN. يوضّح المُرفق أ مقدمي الخدمات هؤلاء.

الجزء الرابع. مدة التصريح. بمجرد توقيعك على هذا النموذج، يصبح ساري المفعول حتى يحدث أحد ما يلي:

(أ) مرور 12 شهرًا على تاريخ توقيعك على هذا النموذج.

(ب) إلغاء هذا النموذج من جانبك. يمكنك القيام بذلك بأي من الطرق التالية:

- الاتصال على الرقم 1-888-834-4304، أو
- إرسال بريد إلكتروني إلى [ORHRSN@kepro.com](mailto:ORHRSN@kepro.com)، أو
- إرسال فاكس إلى الرقم 1-833-551-2607.

(ج) يمكنك إجراء أي تغيير على هذا النموذج. يصبح النموذج الجديد ساري المفعول اعتبارًا من التاريخ الذي ترسل فيه التغييرات. يمكنك القيام بذلك بأي من الطرق التالية:

- الاتصال على الرقم 1-888-834-4304، أو
- إرسال بريد إلكتروني إلى [ORHRSN@kepro.com](mailto:ORHRSN@kepro.com)، أو
- إرسال فاكس إلى الرقم 1-833-551-2607.

## الجزء الخامس. حقوقك. بالتوقيع، فإنني أفهم وأوافق على ما يلي:

- (أ) يمكنك إلغاء هذا النموذج أو تغييره في أي وقت بأي من الطرق التالية:
- الاتصال على الرقم 1-888-834-4304، أو
  - إرسال بريد إلكتروني إلى [ORHRSN@kepro.com](mailto:ORHRSN@kepro.com)، أو
  - إرسال فاكس إلى الرقم 1-833-551-2607.
- (ب) إذا ألغيت هذا النموذج، فلن يتمكن شركاء الرعاية من إيقاف أو حذف أي معلومات تم بالفعل مشاركتها أو إعادة مشاركتها أو استلامها.
- (ج) يحق لك الحصول على نسخة من هذا النموذج.
- (د) يمكن لشركاء الرعاية المتابعين لك مشاركة معلوماتك وإعادة مشاركتها مع أشخاص آخرين أو كيانات أخرى. ومع ذلك، لا يمكنهم القيام بذلك إلا وفقاً لما يسمح به القانون أو وفقاً لما هو منصوص عليه في هذا النموذج.
- (هـ) يمكنك الحصول على قائمة بشركاء الرعاية الذين استلموا معلوماتك. لطلب هذه القائمة، يمكنك القيام بذلك بأي من الطرق التالية:
- الاتصال على الرقم 1-888-834-4304، أو
  - إرسال بريد إلكتروني إلى [ORHRSN@kepro.com](mailto:ORHRSN@kepro.com)، أو
  - إرسال فاكس إلى الرقم 1-833-551-2607.

لست مضطراً للتوقيع على هذا النموذج. إذا لم توقع على هذا النموذج، فسوف يمنحك فريق **Open Card** نسخة من الموافقة على تصريح خدمات **HRSN**. سيتعين عليك أن تسأل مقدم خدمات **HRSN** مباشرة عن الخدمات المعتمدة.

حتى إذا اخترت عدم التوقيع على هذا النموذج، فإنك:

- ستحصل على جميع إعاناتك أو علاجك أو رعايتك.
- ستحصل على قرار بشأن ما إذا كان قد تمت الموافقة على حصولك على خدمات **HRSN** أم تم رفض ذلك.
- لن تضطر إلى الدفع مقابل الحصول على خدمات **HRSN**.

بالتوقيع على هذا النموذج، فإنني أصرّح (أسمح) لشركائي في الرعاية باستخدام معلوماتي الصحية وغيرها من معلوماتي السرية ومشاركتها للأغراض المذكورة في الجزء الأول من هذا النموذج.

إذا أدرجت رقم هاتفي في هذا النموذج عن طيب خاطر، فأنا أوافق على تلقي الرسائل النصية أو المكالمات من شركاء الرعاية (قد تطبق الأسعار القياسية للرسائل والبيانات). يمكن لشركاء الرعاية المتابعين لي إرسال رسائل نصية أو الاتصال على هذا الرقم لإخباري بما يلي:

- الخيارات المتاحة أمامي بشأن الموافقة و
- الكيفية التي قد تتم بها مشاركة معلوماتي.

□ بتحديد هذا المربع، أصرّح أيضاً (أسمح) بمشاركة معلومات اضطرابات تعاطي المخدرات المستمدة من مقدمي الخدمات والذين يجب عليهم اتباع لوائح السرية الفيدرالية الخاصة بتعاطي المخدرات (الجزء الثاني من قانون اللوائح الفيدرالية 42).

إذا كنت توقع لنفسك، فاملأ السطر الأول. إذا كنت توقع نيابةً عن شخص آخر، فاملأ السطرين الثاني والثالث.

اسم العضو:	توقيع العضو:	التاريخ (شهر/يوم/سنة):
اسم الممثل:	توقيع الممثل:	التاريخ (شهر/يوم/سنة):
علاقة الممثل بالعضو أو وصف سلطة التوقيع نيابةً عن العضو:		

يمكنك الحصول على هذا المستند بلغات أخرى، أو بحروف كبيرة، أو بطريقة برايل، أو بتنسيق آخر مجاناً. يمكنك الاتصال بالسيدة Chelsea Egbert على [chelsea.egbert@oha.oregon.gov](mailto:chelsea.egbert@oha.oregon.gov) أو الاتصال على الرقم 503-945-5772 (مكالمة صوتية ونصية). نقبل جميع مكالمات الترحيل.