

حكومة مقاطعة أوكلاند  
موافقة وتخويل بين الوكالات  
للإفصاح عن المعلومات المتعلقة بالصحة المحمية

1. أنا أُمَنح الإذن لـ (ضع علامة بجانب خيار واحد أو أكثر):

- المحكمة المتنقلة - قسم العائلة  إدارة الصحة والخدمات الإنسانية (DHHS)/ قرية الأطفال  
 الإصلاحات المجتمعية  إدارة الصحة والخدمات الإنسانية (DHHS)/ قسم الصحة  
 الصحة النفسية المجتمعية  
 قسم الشرطة  غيرها (يرجى تحديد ذلك) **خدمات الرعاية الصحية الخاصة للأطفال**
- الطبيب الشرعي  
 التوظيف والتدريب  
 ميشيغان قسم الخدمات الإنسانية - أوكلاند

للإفصاح عن معلومات عن:

تاريخ الميلاد أو رقم

اسم الشخص:

الضمان الاجتماعي:

2. قد يتم الإفصاح عن هذه المعلومات إلى الجهات التالية (اختر خياراً واحداً أو أكثر):

- المحكمة المتنقلة - قسم العائلة  إدارة الصحة والخدمات الإنسانية (DHHS)/ قرية الأطفال  
 الإصلاحات المجتمعية  إدارة الصحة والخدمات الإنسانية (DHHS)/ قسم الصحة  
 الصحة النفسية المجتمعية  
 قسم الشرطة  غيرها (يرجى تحديد ذلك) أي منظمة أو شخص (أي أحد الوالدين) يساعد في توفير المعيشة و/أو في تنسيق الخدمات.
- الطبيب الشرعي  
 التوظيف والتدريب  
 ميشيغان قسم الخدمات الإنسانية - أوكلاند
- الاسم:

3. ما هي المعلومات التي يمكن الإفصاح عنها: المعلومات اللازمة لتوفير المعيشة/تنسيق الخدمات

أنا أعطي الإذن لتلقي المعلومات عبر الرسائل النصية.

الهاتف الخليوي:

التوقيع:

4. لأي غرض يتم الإفصاح عن المعلومات:

للمساعدة في تنسيق و/أو تقديم الخدمات

غيره (يرجى تحديد ذلك)

5. أفهم أنه يحق لي الحصول على نسخة من هذه الوثيقة.

6. أفهم أنه يجوز لي سحب هذه الموافقة عن طريق إشعار خطي يتلقاه رئيس الوكالة في أي وقت قبل الإفصاح عن المعلومات. أفهم أيضاً أن الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بالصحة المحمية المذكورة أعلاه قد يتم الإفصاح عنها مجدداً من قبل المتلقي، وبالتالي، قد لا تكون محمية بعدها. أفهم أنّ إعادة الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بتعاطي المخدرات من قبل المتلقي لها هو محظور إلا إذا سمح به قانون اللوائح الفيدرالية (CFR) رقم 42، الجزء 2.

7. تنتهي صلاحية هذه الموافقة على النحو التالي ما لم يتم سحبها بإشعار خطي:

A. التاريخ: عندما لا يكون العميل مسجلاً في خدمات الرعاية الصحية الخاصة للأطفال

B. الحدث:

C. الشرط:

\* ملاحظة: لن يتم الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بمتلازمة نقص المناعة المكتسبة (AIDS) (أي فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) ، والتعقيدات المرتبطة بالإيدز (ARC)، والإيدز) و/ أو ملاحظات العلاج النفسي إلا إذا كانت مدرجة تحديداً في البند رقم 3 أعلاه.

X

التاريخ

X

توقيع العميل/ ولي الأمر/ الوصي (العلاقة)

X

التاريخ

X

توقيع الشاهد

إقرار قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة (HIPAA): لقد تلقيت نسخة عن الإشعار بممارسات الخصوصية الخاص بمقاطعة أوكلاند.

X

التاريخ

X

التوقيع

يتوافق هذا التخويل مع المعايير الموضوعية بموجب قانون الأنظمة الفيدرالية رقم 42، الجزء 2؛ ورقم 45، الجزئين 160 و 164؛ وقانون ميشيغان. لا يجوز لأي وكالة في مقاطعة أوكلاند الإفصاح عن معلومات متعلقة بالصحة محمية من دون أن تمتلك إنفاً خطياً صالحاً أو وفقاً لما ينص عليه القانون.

إدارة الصحة والخدمات الإنسانية 11/28/2018 (DHHS) (معدل)؛ (خدمات الرعاية الصحية الخاصة بالأطفال (CSHCS))