

**የአሌክሳንድሪያ ከተማ፣ ቨርጂኒያ  
መረጃን የመጠቀም እና የመለዋወጥ ፈቃድ**

የተለያዩ ኤጀንሲዎች የተለያዩ አገልግሎቶች እና ጥቅሞች ለሰጥሎ ለሚሰጡ አረዳለሁ። እያንዳንዱ ኤጀንሲ አገልግሎቶችን እና ጥቅሞችን ለማቅረብ የተለየ መረጃ ሊኖረው ይገባል። ይህን ቅጽ በመረጃ ኤጀንሲዎች እነዚህን አገልግሎቶች ወይም ጥቅሞች ለማቅረብ ወይም ለማስተባበር በብቃት አብረው መሥራት እንዲቀላቅሉ በኤሌክትሮኒክ የመረጃ ቋት ውስጥ ያለ መረጃን ጨምሮ፣ ስለ እኔ የተወሰኑ መረጃዎችን እንዲጠቀሙባቸው እና እንዲለዋወጡ ፈቅጃለሁ።

የደንበኛ ስም \_\_\_\_\_ የትውልድ ዘመን \_\_\_\_\_ SSN (ግዴታ አይደለም)  
የደንበኛ አድራሻ \_\_\_\_\_ ከተማ \_\_\_\_\_ ግዛት \_\_\_\_\_ ዚፕ \_\_\_\_\_

ፈቃድ የሰጠው ሰው ወይም ስም \_\_\_\_\_

ከደንበኛ ጋር ያለው ግንኙነት:  ራስ  ወላጅ  የውክልና ስልጣን  አሳዳጊ  ሌላ በሕግ ስልጣን የተሰጠው ተወካይ

**በሕገ ወይም በሕግ በሚፈቅደው መሠረት ስለ ደንበኛው የሚከተሉትን ሚስጥራዊ መረጃዎች እንዲገለጽ / እንዲለዋወጥ አፈልጋለሁ ( የሚመለከታቸው ሁሉ ላይ ምልክት ያድርጉ):**

- የምዘና መረጃ  የአለም ጤና ምርመራ  የአደንዛዥ ዕዕ ተጠቃሚነት መዝገቦች ( በተጨማሪ ገጽ 2 ይመልከቱ)
- የገንዘብ ነክ መረጃ  የህክምና መዝገቦች  ትምህርታዊ መዝገቦች
- የሚፈለጉ የታቀዱ እና / ወይም የተቀበሉ ጥቅሞች/አገልግሎቶች  የአለም ጤና መዝገቦች  የቅጥር መዝገቦች
- የህክምና ምርመራ  የስነ-ልቦና መዛግብቶች  የወጣቶች የፍትህ መዝገቦች
- ሌላ (ይጻፉ) \_\_\_\_\_  የአለም ስፕሪንግ መዝገቦች  የህግናት ደህንነት አገልግሎቶች መዝገብ መረጃ

በጣም የቅርብ መዝገቦች:  አዎ  የለም የለም ከሆነ፣ የቀኑን ክልል ይግለጹ: \_\_\_\_\_

**ከላይ ያሉትን መረጃዎች ለማከተሉ አካል ይልቁኑ።** የኤጀንሲ ስም \_\_\_\_\_ የተጠሪ ስራተኛ ስም \_\_\_\_\_  
አድራሻ \_\_\_\_\_ ከተማ \_\_\_\_\_ ግዛት \_\_\_\_\_ ዚፕ \_\_\_\_\_  
ስልክ \_\_\_\_\_ ኢሜይል \_\_\_\_\_ ፋክስ \_\_\_\_\_

**የሚከተሉት አካላት ከላይ ያለውን መረጃ በመከሰታቸው ሊጠቀሙ እና መለዋወጥ እንዲችሉ አፈልጋለሁ።**

- አዎ (አግባብነት ያለው ላይ ሁሉ ምልክት ያድርጉ)** **በፕሮግራም/ ቡድን ስም ይጻፉ**
- የአሌክሳንድሪያ ከተማ የህዝብ ትምህርት ቤቶች \_\_\_\_\_
  - የአሌክሳንድሪያ የህግ አገልግሎት ክፍል/ ቨርጂኒያ DJJ \_\_\_\_\_
  - ADCHS - የጎልማሶች ባህሪ ጤና (CSB) \_\_\_\_\_
  - ADCHS - የኢኮኖሚ ድጋፍ ማዕከል \_\_\_\_\_
  - ADCHS - የህጻናት ባህሪ ጤና (CSB) \_\_\_\_\_
  - ADCHS - የሕፃናት ደህንነት (የCPS መዝገቦች መረጃን ጨምሮ) \_\_\_\_\_
  - ADCHS - ሌሎች የጎልማሶች አገልግሎቶች \_\_\_\_\_
  - የአሌክሳንድሪያ የቤተሰብ ግምገማ እና ዕቅድ ቡድን (FAPT) \_\_\_\_\_
  - የአሌክሳንድሪያ የጤና መምሪያ \_\_\_\_\_
  - የአሌክሳንድሪያ ፖሊስ መምሪያ \_\_\_\_\_
  - ሆስፒታል \_\_\_\_\_
  - ሐኪሞች \_\_\_\_\_
  - የልጆች አገልግሎቶች/የአካባቢ CSA ጽ/ቤቶች (አንዳስፈላጊነቱ) \_\_\_\_\_
  - ሌላ (ይጻፉ) \_\_\_\_\_
  - ሌላ (ይጻፉ) \_\_\_\_\_

**ይህ መረጃ ለሚቀጥሉት ዓላማ(ዎች) ብቻ እንዲለዋወጥ አፈልጋለሁ።**

አገልግሎት ለማስተባበርና እና የህክምና ዕቅድ ለማዘጋጀት  ብቁነትን ለመወሰን  ሌላ: \_\_\_\_\_

መረጃ በዕሴ፣ በቃላት፣ በፋክስ እና/ወይም በኮምፒዩተር በሚሰሩ ዘዴዎች እንደሚገሩ አረዳለሁ።  አዎ  የለም

ይህ ፈቃድ ከተሰጠ በኋላ የተገኘውን ተጨማሪ መረጃ ማጋራት አፈልጋለሁ።  አዎ  የለም

ይህ ቅጽ ጊዜው የሚያበቃው በ:  የተገለጸበት ቀን \_\_\_\_\_  ከተፈረመበት ቀን ጀምሮ አንድ አመት  የጉዳይ መዝጊያ ቀን (ለCSB ያልሆነ)

ይህንን ቅጽ በማንኛውም ጊዜ በጽሑፍ ለአስተላላፊ ኤጀንሲ ወኪል በመናገር መሰረዝ አችላለሁ። ስምምነቱ ቀደም ሲል በፋይል ውስጥ ያሉትን መረጃ እና የሚያበቃበት ቀን እስከሚደርስ ድረስ የሚጨመሩትን መረጃዎች እንደሚያካትት ተረድቻለሁ። ስለ እኔ ምን መረጃ እንደተጋራ የማወቅ መብት አለኝ። ለምን እና መቼ እንደተጋራ፣ እና ማን መረጃውን እንደተረከበ የማወቅ መብት አለኝ። ከጠየቅኩ እያንዳንዱ ኤጀንሲ ይህንን መረጃ ያሳየኛል። ሁሉም ኤጀንሲዎች መረጃን ለማጋራት የእኔ ፈቃድ እንደሆነ የዚህ ቅጽ ቅጅ እንዲቀበሉ አፈልጋለሁ። ይህን ቅጽ ካልፈረምኩ መረጃው አይጋራም እናም ስለ እኔ አስፈላጊውን መረጃ ለመስጠት እያንዳንዱን ኤጀንሲ ማኅጋር ይኖርብኛል። አገልግሎቶችን ለማግኘት አንድ ኤጀንሲ ይህን ቅጽ እንደፈረም መጠየቅ እንደማይችል ተረድቻለሁ። በዚህ ቅጽ ምክንያት መረጃን የሚቀበሉ ኤጀንሲዎች በሕግ በተፈቀደው መሠረት ለሌሎች ሊያጋሩ ይችሉ ይሆናል።

ፈርማ(ዎች): \_\_\_\_\_ ቀን:- \_\_\_\_\_  
( ፍቃድ ሰጪ ሰው ወይም ሰዎች)

ቅጽ የሚያብራራ ሰው: \_\_\_\_\_  
(ስም) (አድራሻ) (ስልክ ቁጥር)

ምስክር ( ካስፈለገ): \_\_\_\_\_  
(ፈርማ) (አድራሻ) (ስልክ ቁጥር)

የአሌክሳንድሪያ ከተማ፣ ቨርጂኒያ  
መረጃን የመጠቀም እና የመለዋወጥ ፈቃድ

**የአደንዛዥ ዕፅ ተጠቃሚነት መዘገቦች እንዲለቀቁ ከፈቀዱ ብቻ ከዚህ በታች ይፈርሙ**

የአደንዛዥ ዕፅ ሱሰኝነት ህክምና መዘግብት በፌዴራል ዕፅ እና የአልኮል ምስጢራዊነት ህጎች (42 CFR ፣ ክፍል 2) የተጠበቁ መሆናቸውን እረዳለሁ። በፅሁፍ እስካልፈቀድኩ ድረስ ወይም በ42 CFR ፣ ክፍል 2 ውስጥ ያሉ ህጎች ከፈቀዱት በስተቀር የአደንዛዥ ዕፅ ሱስ ህክምና መዘገቦችን የሚወስድ ሰው ለማንም ሊያጋራ አይችልም። ይህ ስምምነት ይፋ እንዲደረግ የሚያደርገው ፕሮግራም አስቀድሞ በእሱ ላይ ከወሰደው እርምጃ ውጭ ይህ ስምምነት በማንኛውም ጊዜ ለመሻር ክፍት ነው።

ፊርማ፡ \_\_\_\_\_ ቀን፡ \_\_\_\_\_  
(ፈቃድ የሰጠው ሰው ወይም ሰዎች ስም)

የደንበኛ ሙሉ የታተመ ስም፡ \_\_\_\_\_

**ለኤጀንሲ አገልግሎት ብቻ**

**ፍቃድ፡**

- ሙሉ ለሙሉ ተሸሯል
- በከፊል እንደሚከተለው ተሸሯል፡ \_\_\_\_\_

**ፈቃድ እንደተሻረ የሚያሳይ መግለጫ በ፡**

- ደብዳቤ (ቅጂ አያይዙ)                       ስልክ                       በአካል

መሰረዙን የተቀበሉበት ቀን፡ \_\_\_\_\_

**መሰረዙን የሚቀበል የኤጀንሲ ተወካይ፡**

የኤጀንሲ ስም \_\_\_\_\_ የኤጀንሲ አድራሻ \_\_\_\_\_

የኤጀንሲ ወኪል ሙሉ ስም እና ማረጋገጫ \_\_\_\_\_ ስልክ ቁጥር \_\_\_\_\_

**[ሆን ተብሎ ባይ የተተወ]**