

مدينة الإسكندرية، فيرجينيا تصريح باستخدام المعلومات وتبادلها

إنني أدرك أن هناك هيئات عديدة تقدم خدمات ومزايا مختلفة. وأن كل هيئة ينبغي أن يتوفر بحوزتها معلومات محددة لتقديم تلك الخدمات والمزايا. وإنني، بتوقيمي على هذه الاستمارة، أسمح للهيئات باستخدام معلوماتي محددة عنى وتبادلها، ومنها المعلومات المتوفرة في قاعدة بيانات إلكترونية؛ لتيستنى لها بسهولة العمل معاً بفعالية لتقديم تلك الخدمات أو المزايا أو لتتسيق تقديمها.

اسم العميل _____ تاريخ الميلاد _____ رقم الضمان الاجتماعي (اختياري) _____
عنوان العميل _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____
اسم الشخص أو الأشخاص مانحي التصريح _____
علاقتهم بالعميل: العميل نفسه أحد والديه وكيل قانوني وصي ممثل عن العميل آخر مفوض قانوناً

إنني أسمح بالإفصاح عن المعلومات السرية التالية عن العميل أو تبادلها أو كلا الأمرين إذا كان ذلك جائزاً بمقتضى القانون أو اللوائح (حدد كل ما ينطبق):
 معلومات التقييم تشخيص الصحة العقلية سجلات تعاطي المخدرات (راجع الصفحة 2 أيضاً)
 المعلومات المالية السجلات الطبية السجلات التعليمية
 المزايا أو الخدمات أو كليهما مما يحتاج إليه العميل أو يتلقاه أو يُخطط لتقديمه له أو كل ذلك سجلات الصحة العقلية سجلات التوظيف
 التشخيص الطبي سجلات الحالة النفسية صحيفة سوابق الأحداث
 معلومات أخرى (يُرجى تدوينها) سجلات الأمراض النفسية معلومات سجل خدمات رعاية الطفل

أحدث السجلات: نعم لا إذا كانت الإجابة لا، يُرجى تحديد نطاق التاريخ: _____

الإفصاح عن المعلومات الواردة آنفاً إلى: اسم الهيئة _____ اسم جهة الاتصال _____
العنوان _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____
الهاتف _____ البريد الإلكتروني _____ الفاكس _____

إنني أسمح للكليات الآتي ذكرها باستخدام المعلومات الواردة آنفاً وتبادلها فيما بينها:

تدوّن اسم البرنامج أو الفريق أو كليهما

نعم (حدد كل ما ينطبق)

المدارس العامة في مدينة الإسكندرية
 وحدة الخدمات القضائية في الإسكندرية أو دائرة قضاء الأحداث في ولاية فيرجينيا أو كليهما
 إدارة الخدمات المجتمعية والإنسانية في مدينة الإسكندرية (ADCHS) – الصحة السلوكية لدى البالغين، مجلس الخدمات المجتمعية في مدينة الإسكندرية (CSB)
 إدارة الخدمات المجتمعية والإنسانية في مدينة الإسكندرية (ADCHS) – مركز الدعم الاقتصادي
 إدارة الخدمات المجتمعية والإنسانية في مدينة الإسكندرية (ADCHS) – الصحة السلوكية لدى الأطفال، مجلس الخدمات المجتمعية في مدينة الإسكندرية (CSB)
 إدارة الخدمات المجتمعية والإنسانية في مدينة الإسكندرية (ADCHS) – خدمات رعاية الطفل (ومن بينها معلومات سجلات خدمات حماية الطفل "CPS")
 إدارة الخدمات المجتمعية والإنسانية في مدينة الإسكندرية (ADCHS) – الخدمات الأخرى للبالغين
 فريق التخطيط والتقييم العائلي في مدينة الإسكندرية (FAPT)
 إدارة الصحة في مدينة الإسكندرية
 إدارة الشرطة في مدينة الإسكندرية
 المستشفيات
 الأطباء
 مكتب خدمات الأطفال أو مكاتب قانون خدمات الأطفال (CSA) المحلية أو كليهما (بحسب الحاجة)
 كيانات أخرى (يُرجى تدوينها)
 كيانات أخرى (يُرجى تدوينها)

إنني لا أسمح بتبادل هذه المعلومات إلا للغرض (الأغراض) الآتي ذكرها:

تنسيق الخدمات والتخطيط للمعالجة البت في الأهلية
إنني أدرك أنه ستتم مشاركة المعلومات بوسائل مكتوبة أو شفوية أو عن طريق الفاكس أو بالطرق الحاسوبية الإلكترونية أو باستخدام كل ما سبق: نعم لا
أريد مشاركة المعلومات الإضافية الواردة بعد توقيع هذا التصريح: نعم لا
تنتهي صلاحية هذه الاستمارة بتاريخ: تاريخ محدد بعد سنة واحدة من تاريخ توقيعها في تاريخ إغلاق الحالة (ليس لمجلس الخدمات المجتمعية في مدينة الإسكندرية)

يمكنني إلغاء هذه الاستمارة في أي وقت عن طريق إخطار كتابي يُوجّه إلى ممثل الهيئة المانحة للإحالة. إنني أدرك أن الموافقة تشمل المعلومات الموجودة مسبقاً في ملفي والمعلومات التي تُضاف إليه حتى تاريخ انتهاء الصلاحية. يحق لي معرفة المعلومات التي تمت مشاركتها عنى. ويحق لي كذلك معرفة السبب الذي استدعى مشاركتها والتاريخ الذي تمت فيه مشاركتها والجهة التي تسلمت المعلومات. ستبادر كل هيئة بعرض هذه المعلومات على، إذا طلبت ذلك. أريد من كل الهيئات قبول نسخة من هذه الاستمارة بوصفها إنفاً مئني بمشاركة المعلومات. إذا لم أوقع على هذه الاستمارة، فإنه لن تتم مشاركة المعلومات وسيجب علي حينها الاتصال بكل هيئة لتزويدها بالمعلومات التي تحتاجها عنى. إنني أدرك أن الهيئة لا يمكنها مطالبتني بالتوقيع على هذه الاستمارة لأحصل على خدماتها. هذا ويجوز للهيئات التي تتسلم معلوماتي بمقتضى هذه الاستمارة، مشاركتها مع الغير وفقاً لما هو جائز قانوناً.

التاريخ: _____

التوقيع (التوقيع): _____

(اسم الشخص أو الأشخاص مانحي التصريح)

الشخص المسؤول عن توضيح هذه الاستمارة: _____

(الاسم)

(العنوان)

(رقم الهاتف)

الشاهد (إذا كان ذلك مطلوباً): _____

(التوقيع)

(العنوان)

(رقم الهاتف)

انتهى

صادق عليه فريق إدارة سياسة مجتمع مدينة الإسكندرية (ACPMT/CSSG) بتاريخ: 23/01/2020

مدينة الإسكندرية، فيرجينيا
تصريح باستخدام المعلومات وتبادلها

لا توقع أدناه إلا إذا كنت تريد التصريح بالإفصاح عن المعلومات الواردة في سجلات تعاطي المخدرات
إنني أدرك أن سجلات معالجة تعاطي المخدرات محمية بموجب اللوائح الاتحادية لحماية سرية المعلومات المتعلقة بتعاطي المخدرات والكحول (42 مدونة اللوائح الاتحادية، الجزء 2). لا يمكن لأي شخص يتسلم سجلات معالجة تعاطي المخدرات مشاركتها مع أي شخص آخر إلا إذا سمحت بذلك خطياً أو إذا أجازته اللوائح القانونية الواردة في 42 مدونة اللوائح الاتحادية، الجزء 2. تخضع هذه الموافقة للإلغاء في أي وقت إلا إذا سبق للبرنامج الذي يعتزم إجراء الإفصاح عن المعلومات اتخاذ إجراءات بالاعتماد على هذه الموافقة.

التوقيع: _____
(اسم الشخص أو الأشخاص مانحي التصريح)

اسم العميل الكامل مطبوعاً: _____

مخصص للاستخدام من قبل الهيئة فقط

هذا التصريح:

أُلغِيَ بالكامل

أُلغِيَ جزئياً على النحو الآتي: _____

تم الإخطار بإلغاء التصريح:

بخطاب (يرجى إرفاق نسخة)

هاتفياً

شخصياً

تاريخ تسلّم الإلغاء: _____

ممثل الهيئة المستلمة للإلغاء:

اسم الهيئة

عنوان الهيئة

رقم الهاتف

اسم ممثل الهيئة الكامل ولقبه

[شركت فارغة عمداً]