

# تصريح للعميل

مساعدة إجارية طارئة جِراء COVID-19  
برنامج المساعدات

Office of Housing  
421 King St., Ste. 215  
Alexandria, Virginia 22314  
703.746.4990  
Alexandriava.gov/housing



إنني أدرك أن هناك هيئات عديدة تقدم خدماتٍ ومزايا مختلفةً. وأن كل هيئةٍ ينبغي أن يتوفر بحوزتها معلومات محددة لتقديم تلك الخدمات والمزايا. وإنني، بتوقيعي على هذا النموذج، أسمح للهيئات باستخدام معلومات محددة عني وتبادلها، ومنها المعلومات المتوفرة في قاعدة بيانات إلكترونية؛ ليتمكن لها بسهولة العمل معاً بفعالية لتقديم تلك الخدمات أو المزايا أو لتنسيق تقديمها. أنا

، المُوقِّع على هذا النموذج

(الاسم الكامل بخط اليد للشخص الموافق أو الأشخاص الموافقین) (اسم العميل بالكامل بخط اليد)

معلومات العميل	
العنوان	
تاريخ الميلاد	
علاقتي بالشخص هي	ذاتي أنا
	توكيل رسمي
	أحد الوالدين
	ممثل آخر مرخص له قانوناً
	وصي

أرغب في تبادل المعلومات السرية التالية عن الشخص:

نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	معلومات التقييم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التشخيص الطبي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المعلومات المالية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تشخيص الصحة العقلية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المزايا، أو الخدمات، أو كليهما مما يحتاج إليه العميل، أو يتلقاه، أو يُخطَّط لتقديمه له، أو كل ذلك	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	السجلات الطبية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سجلات تعاطي المخدرات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سجلات الحالة النفسية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أخرى (يرجى تدوينها)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سجلات التوظيف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جميع ما سبق

إنني أسمح للكيان Office of Housing والكيانات الآتي ذكرها باستخدام هذه المعلومات وتبادلها فيما بينها:

نعم	لا	الكيان	الكيان
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alexandria City Public Schools	ADCHS, Center for Adult Services
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alexandria Court Service Unit	ADCHS Center for Children and Families, Child Welfare
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alexandria Health Department	ADCHS Center for Children and Families, Child Behavioral Health
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alexandria Police Department	ADCHS Center for Children and Families, Domestic Violence/Sexual Assault
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Family Assessment & Planning Team	ADCHS, Center for Economic Support
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hospital	Alexandria Redevelopment and Housing Authority (ARHA)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Landlord/Property Manager	Alexandria Emergency Financial Providers
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Local Health Department	أخرى
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Physician	

أريد تبادل هذه المعلومات فقط من أجل أغراض الأهلية ويمكن مشاركة المعلومات بالوسائل التالية (حدّد كل ما ينطبق): مكتوباً في الاجتماعات أو عبر الهاتف ببيانات محوسبة بالفاكس

هذا التفويض ساري \_\_\_\_\_ وهو مستمر حتى:  حالة الخدمة الخاصة بي مغلقة.  أخرى: \_\_\_\_\_

يمكنني سحب هذا التفويض في أي وقت عن طريق إبلاغ هيئة الإحالة. يجب أن تتوقف الهيئات المذكورة عن مشاركة المعلومات بمجرد علمها بسحب تصريحتي. يحق لي معرفة المعلومات المتعلقة بي التي تتم مشاركتها، والسبب في مشاركتها، ومتى تمت مشاركتها، ومع من تتم مشاركتها. ستبادر كل هيئة بعرض هذه المعلومات علي، إذا طلبت ذلك. أريد من كل الهيئات قبول نسخة من هذا النموذج بوصفه موافقةً صالحةً مني بمشاركة المعلومات. إذا لم أوقع على هذا النموذج، فإنه لن تتم مشاركة المعلومات وسيجب عليّ حينها الاتصال بكل هيئة علي جده لتزويدها بالمعلومات التي تحتاجها عني. ومع ذلك، إنني أدرك أن العلاج والخدمات لا يمكن أن تكون مشروطة بتوقيعي على هذا التصريح. من المحتمل أن تتعرض المعلومات التي يتم الكشف عنها بموجب هذا التصريح إلى إعادة كشفها من قِبل المستلم وألا تخضع إلى قاعدة الخصوصية الواردة في قانون HIPAA.

التاريخ: \_\_\_\_\_

التوقيع (التوقيعات): \_\_\_\_\_  
(اسم الشخص أو الأشخاص مانحي التصريح)

الشخص المسؤول عن توضيح هذا النموذج	الشاهد، إذا كان ذلك مطلوباً
الاسم الأول	التوقيع
هاتف العنوان	العنوان
رقم الهاتف	رقم الهاتف

أدرك أنه يحق لي إلغاء هذا التصريح في أي وقت عن طريق الإخطار كتابياً. لن ينطبق الإلغاء على السجلات التي سبق تقديمها اعتماداً على هذا التصريح. أدرك أن أي كشف للمعلومات يحمل معه احتمال لإعادة الكشف غير المصرح به وأن هذه المعلومات قد لا تكون محمية بموجب قواعد السرية الفيدرالية. أدرك أن الموافقة تمتد إلى المعلومات التي تُوضع في سجل المستهلك بعد تقديم الموافقة ولكن قبل أن تنتهي صلاحيتها. إنني أدرك أن بعض السجلات تكون محمية بموجب اللوائح الاتحادية لحماية سرية المعلومات المتعلقة بتعاطي المخدرات والكحول (42 مدونة اللوائح الاتحادية، الجزء 2). إذا كانت هذه السجلات محمية بموجب 42 مدونة اللوائح الاتحادية، الجزء 2، يُحظر على المستلم القيام بأي عمليات كشف أخرى عن هذه المعلومات ما لم يكن مسموحاً به صراحةً بموجب تصريح مكتوب مني، باستثناء ما تسمح به اللوائح.

التاريخ: \_\_\_\_\_

التوقيع (التوقيعات): \_\_\_\_\_  
(اسم الشخص أو الأشخاص مانحي التصريح)

	تاريخ الاستلام		تم الإلغاء جزئياً	تم الإلغاء كلياً	التصريح
	تم الاستلام بمعرفة		عبر الهاتف	كتابة	الإخطار