

نموذج طلب الترتيبات التيسيرية المعقولة  
(Arabic)

**التعليمات:** يجب على العملاء إكمال القسم الأول وإرسال هذا النموذج مع أي مستندات داعمة إلى مدير البرنامج / المنشأة أو المكافئ الوظيفي يجب على موظفي مقدم الخدمات وإدارة DHS أن يعرضوا مساعدة العميل في إكمال هذا النموذج.

**القسم الأول:** (يجب إكمال هذا القسم من قبل العميل أو معه).

الاسم: \_\_\_\_\_

المنشأة/البرنامج: \_\_\_\_\_

معرفة العميل/رقم الضمان الاجتماعي (SSN) الخاص به: \_\_\_\_\_ الهاتف: \_\_\_\_\_

قم بوصف الترتيب التيسيري المطلوب (قم بإرفاق أي مستندات داعمة).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Section II Instructions:** Any Director receiving a completed form with disability-related documentation must complete Section II, return a copy to the client, and immediately transmit by email or fax the request and supporting documents to the appropriate Program Administrator. Supporting documentation is not required if the disability is obvious/apparent or otherwise known to DHS.

**Section II: (To be completed by the Facility Director or designee.)**

Name/Title: \_\_\_\_\_

Facility/Program: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Date Received: \_\_\_\_\_

I discussed the HIPAA form with the client and the client consented to complete a HIPAA form.

I discussed the HIPAA form with the client and the client declined to complete a HIPAA form.

Signature: \_\_\_\_\_

**After completing, provide a copy of this form to the client.**

(اقلب الصفحة)

## تصريح بموجب قانون HIPAA بالإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية

اسم العميل	_____
تاريخ الميلاد	_____ رقم تعريف الحالة: _____
آخر أربعة أرقام في رقم الضمان الاجتماعي:	_____

أطالب أنا، أو ممثلي المفوض، بأن يتم الكشف عن المعلومات الصحية المتعلقة برعايتي وعلاجي بالطريقة الموضحة في هذا النموذج. تنظم القوانين واللوائح المحلية والفيدرالية، بما في ذلك قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة (HIPAA) لعام 1996، خصوصية المعلومات الصحية المحمية (المعروفة باسم "السجلات الصحية").

قبل التوقيع، أدرك ما يلي:

1. قد تشمل السجلات الصحية معلومات تتعلق بتعاطي الكحول وسوء استخدام العقاقير والعلاج المتعلق بالصحة العقلية (ما عدا ملاحظات العلاج النفسي)، والمعلومات السرية المتعلقة بفيروس<sup>1</sup> نقص المناعة البشرية (HIV). لن يتم الإفصاح عن هذه المعلومات إلا إذا وُقعت بالأحرف الأولى من اسمي في المربعات المناسبة في البند 8 (أ).
2. يمكنني أن أسأل عن قائمة بالأشخاص الذين قد يحصلون على معلوماتي المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو يستخدمونها بدون موافقتي. إذا تعرضت للتمييز نتيجة الكشف أو الإفصاح عن المعلومات الخاصة بي المتعلقة بفيروس HIV، يمكنني الاتصال بإدارة حقوق الإنسان في ولاية نيويورك (New York State Division of Human Rights) على الرقم **961-8650 (212)** أو بلجنة حقوق الإنسان في مدينة نيويورك (New York City Commission of Human Rights) على **306-7450 (212)**. هم المسؤولون عن حماية حقوقي.
3. التوقيع على هذه الموافقة أمر طوعي. إذا لم أوقع، فلن يتأثر علاجي أو مدفوعاتي أو تسجيلي في خطة صحية أو أهليتي للحصول على المأوى. ولكن، إذا لم أوقع ولم أقم بتقديم المستندات مع طلب الحصول على الترتيبات التيسيرية المعقولة الخاص بي، فقد يتم رفض طلب الحصول على الترتيبات التيسيرية المعقولة الخاص بي؛ لأن إدارة خدمات المشردين في مدينة نيويورك (DHS) لن تكون لديها أي مستندات داعمة أو معلومات لمراجعتها.
4. يمكنني تغيير رأيي في أي وقت باستثناء أي معلومات تم الكشف عنها بالفعل. للقيام بذلك، يجب أن أخبر مدير المأوى أو المنشأة كتابياً.
5. معلوماتي الصحية التي تتم مشاركتها بموجب هذه الموافقة قد تتم إعادة الكشف عنها بواسطة إدارة خدمات المشردين. قد لا تظل خصوصية هذه المعلومات خاضعة لحماية القانون الفيدرالي أو قانون الولاية.

(اقلب الصفحة)

<sup>1</sup> فيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة يُسبب مرض الإيدز. يحمي قانون ولاية نيويورك العامة المعلومات التي قد تؤدي بصورة منطقية إلى التعرف على شخص ما بصفته مصاباً بأعراض أو عدوى فيروس HIV وما يتعلق ببيانات الاتصال الخاصة بالشخص.

إذن بمشاركة المعلومات الصحية

6. اسم وعنوان مقدم الرعاية الصحية أو الجهة المصرح لها بالكشف عن هذه المعلومات:

7. سيرسل مقدم الرعاية الصحية هذه المعلومات إلى: **NYC Department of Social Services, Customized Assistance Services, Office of Reasonable Accommodations, 150 Greenwich Street, 30th floor, New York, NY 10007**

8(a). المعلومات المحددة التي سيتم الكشف عنها: السجلات الطبية الخاصة بالعام بأكمله السابق لتاريخ التوقيع أدناه. وتتضمن (حدد بكتابة الأحرف الأولى من اسمك):

علاج إدمان الكحول/العقاقير  معلومات الصحة العقلية  معلومات تتعلق بفيروس HIV

8(b). من خلال كتابة الأحرف الأولى من الاسم هنا \_\_\_\_\_ ، أسمح لـ \_\_\_\_\_ (الأحرف الأولى من الاسم) (اسم مقدم الرعاية الصحية الشخصي)

بمناقشة معلوماتي الصحية مع إدارة الموارد البشرية في مدينة نيويورك.

9. سبب الكشف عن المعلومات: يطلب من المريض لغرض طلب الحصول على الترتيبات التيسيرية المعقولة فقط.

10. تاريخ انتهاء الصلاحية: عام واحد من تاريخ التوقيع

تم إكمال جميع فقرات هذا النموذج، وتمت الإجابة عن جميع أسئلتي المتعلقة به. لقد حصلت على نسخة من النموذج

التاريخ

توقيع المريض أو ممثله المفوض بموجب القانون

إذا لم يكن المريض هو الذي سيوقع، فاسم الشخص المُوقَّع على النموذج

سلطة الشخص للتوقيع نيابة عن المريض:

يُرجى أن تقدم لنا رقم الهاتف الأنسب للاتصال بك

# معلومات عن نموذج الموافقة على قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة (HIPAA)

تساعد هذه الأسئلة الشائعة

في شرح نموذج الموافقة على

**HIPAA**

ولماذا نطلب منك إكماله

## لماذا يجب أن أكمل نموذج الموافقة على HIPAA؟

تحتاج بعض طلبات الترتيبات التيسيرية المعقولة (RAR) إلى مراجعة لتحديد ما إذا كانت ستتم الموافقة عليها. يراجع مكتب الترتيبات التيسيرية المعقولة (ORA) المعلومات ذات الصلة التي يحصل عليها من مقدم الخدمة لاتخاذ هذا القرار. يتيح التوقيع على نموذج الموافقة على HIPAA لمكتب ORA الاتصال بمقدم الخدمة عند الحاجة إلى المزيد من المعلومات لاتخاذ قرار بشأن طلبك. ويوفر التوقيع عليه الوقت في عملية المراجعة.

## ما هي المعلومات التي سيتم جمعها باستخدام هذا النموذج؟

سيطلب مكتب ORA فقط المعلومات المتعلقة بالترتيبات التيسيرية المعقولة (RA) التي طلبتها. ولن يستخدم الموظفون النموذج للاتصال بمقدم الخدمة للحصول على أي معلومات لا تتعلق بطلبك.

## كيف أكمل هذا النموذج؟

- يجب عليك إكمال نموذج الموافقة على HIPAA وتوقيعه وتاريخه ليصبح صالحًا.
- نموذج الموافقة على HIPAA صالح لمدة عام واحد من تاريخ التوقيع عليه.
- إذا لم تكن قادرًا على التوقيع على نموذج الموافقة، فإنه بإمكان ممثل مفوض التوقيع نيابةً عنك. إذا قام ممثل مفوض بالتوقيع نيابةً عنك، فإنه يجب أن تعطينا مستندًا يثبت سلطته، مثل توكيل رسمي أو تفويض وصاية.

(اقلب الصفحة)

## معلومات عن نموذج الموافقة على قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة (HIPAA) (تابع)

ماذا لو لم أعد أرغب في أن يستخدم مكتب ORA هذا النموذج للتواصل مع مقدم الخدمة الخاص بي؟  
يمكنك إخبارنا بالتوقف عن استخدام النموذج في أي وقت، ولكن يجب عليك إخبار مدير المأوى أو المنشأة كتابةً.

**ملاحظة:** لا تحتاج إلى توقيع هذه الموافقة إذا كنت لا تريد مساعدتنا في الحصول على المعلومات من مقدم الخدمة الخاص بك. وبدلاً من ذلك، يمكنك الحصول على المعلومات ذات الصلة مباشرةً من مقدمي الخدمة لتقديمها مع طلب الترتيبات التيسيرية الخاص بك.

### ماذا لو لم تكن لدي أي مستندات؟

إذا لم تكن لديك أي مستندات لإرسالها مع طلبات الترتيبات التيسيرية المعقولة، ولم تقم بإكمال نموذج الموافقة على HIPAA والتوقيع عليه، فقد يتم رفض طلبك لأننا لم تكن لدينا أي مستندات أو معلومات داعمة للمراجعة.

### ماذا لو كان لدي المزيد من الأسئلة حول هذا النموذج؟

سوف يجيب موظفو DHS وموظفو المأوى عن أي أسئلة لديك حول النموذج، ويمكن أن يساعدوك على إكمال النموذج شخصياً.