

**نموذج تصريح بالكشف عن سجل
(Arabic)**

أنا أطلب: ☐ خطاب تاريخ الإقامة في المأوى ☐ نسخة من سجلات حالتي

الاسم: _____ تاريخ الميلاد: _____ رقم SSN: _____

رقم معرف هوية CARES: _____

أمنح الإذن بموجب هذا النموذج لإدارة خدمات المشردين بالكشف عن سجلاتي التي تحتفظ بها الوكالة باسمي سواء لي أنا شخصياً أو لممثلي من: _____

يُرجى وضع علامة أمام جميع ما ينطبق:

- ☐ لا أوافق على الكشف عن جميع المعلومات الطبية والنفسية.
- ☐ لا أوافق على الكشف عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية.
- ☐ لا أوافق على الكشف عن المعلومات المتعلقة بإساءة استخدام المواد.
- ☐ لا أوافق على الكشف عن المعلومات المتعلقة بحالتي كضحية للعنف المنزلي.
- أدرك أنه يحق لي الوصول إلى جميع المعلومات الواردة في سجلاتي.
- أدرك أنه يمكنني رفض التوقيع على هذا النموذج.
- أدرك أن سجلاتي محمية بموجب القانون.
- أدرك أن سجلاتي قد تحتوي على معلومات طبية، بما في ذلك معلومات حول الحالة النفسية و/أو معلومات تتعلق بإساءة استخدام الكحوليات/العقاقير.
- أدرك أن سجلاتي قد تحتوي على معلومات متعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية، بما في ذلك أي معلومات تشير إلى أنني خضعت لاختبار متعلق بفيروس نقص المناعة البشرية، أو أنني مصاب بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية، أو مصاب بمرض مرتبط بفيروس نقص المناعة البشرية أو الإيدز، أو معلومات عن احتمالية تعرضي لفيروس نقص المناعة البشرية.
- أدرك أن سجلاتي قد تحتوي على معلومات تتعلق بحالتي كضحية للعنف المنزلي.
- أدرك أنه ما لم أذكر خلاف ذلك أعلاه، فإنه يمكن منح أي من المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية والعنف المنزلي الواردة في سجلاتي إلى الشخص المذكور في هذا النموذج.
- أعلم أنه يمكنني تغيير رأيي بشأن هذا التصريح في أي وقت قبل الكشف عن المعلومات.
- أصرح بسرّيان نموذج الكشف عن المعلومات هذا لمدة 180 يوماً.
- يكفي تقديم نسخة من نموذج الكشف عن المعلومات هذا.
- يعكس توقيعني أنني قد قرأت كل ما ورد أعلاه.

نموذج تصريح بالكشف عن سجل (تابع)

ملاحظة إلى مستلم المعلومات السرية:

لقد تم الإفصاح لك عن هذه المعلومات من سجلات سرية محمية بموجب قانون الولاية. ويحظر عليك قانون الولاية القيام بأي عمليات إفصاح إضافية عن هذه المعلومات دون الحصول على موافقة كتابية محددة من الشخص الذي تخصه هذه المعلومات، أو على النحو الذي يسمح به القانون بخلاف ذلك. قد تؤدي أي عمليات إفصاح إضافية غير مصرح بها من شأنها انتهاك قوانين الولاية إلى التعرض لغرامة أو حكم بالسجن أو كليهما. ولا يُعد التصريح العام بالكشف عن معلومات طبية أو معلومات أخرى كافية للقيام بعمليات إفصاح إضافية. قانون الصحة العامة بولاية نيويورك، المادة 27-F- القسم 2782(5)(a).

توقيع العميل:

التاريخ:

يجب أن يكون توقيعك موثقًا أو يلزم وجود شاهد للتحقق من هويتك قبل إرسال السجلات عبر البريد أو البريد الإلكتروني. يخضع الإرسال عبر البريد الإلكتروني للقيود الفنية والقيود المتعلقة بحجم الملف.

☐ أرسل لي سجلاتي عبر البريد أو ☐ عبر البريد الإلكتروني على العنوان المذكور أدناه:

Notary Information Here (تقدم معلومات كاتب العدل هنا)

DHS/Provider Witness (شاهد إدارة DHS/مقدم الخدمة)

Print name

Signature

Date

أرسل النموذج المكتمل عبر البريد إلى العنوان:

DSS Office of Legal Affairs - Records Access
150 Greenwich Street (38th Fl)
New York, NY 10007

البريد الإلكتروني: RecordsAccess@dhs.nyc.gov

الفاكس: 917-639-0367

