

تعليمات بشأن إكمال نموذج التصريح بالإفصاح عن المعلومات الصحية (OCA-960) بموجب قانون HIPAA

ستساعدك هذه التعليمات على إكمال نموذج التفويض بالإفصاح عن المعلومات الصحية (OCA-960) بموجب قانون HIPAA. من المهم أن تقرأ كل سطر في النموذج بعناية وأن تتأكد من ملء كل مربع بالطريقة الصحيحة. عدم إكمال النموذج قد يؤدي إلى رفض إدارة الموارد البشرية لطلبك.

1. إذا كنت أحد عملاء برنامج **MEDICAID**، فاتبع هذه التعليمات لتقوم بتفويض إدارة **HRA** لتعطي سجلات برنامج **MEDICAID** الخاصة بك لشخص آخر أو منظمة أخرى. جميع البنود مطلوب إكمالها إلا إذا ذكر غير ذلك.

- أعلى النموذج – أدخل المعلومات الخاصة باسم المريض وتاريخ ميلاده ورقم ضمانه الاجتماعي وعنوانه في المربعات الخاصة بها.
- الأسطر من 1 إلى 6 – اقرأها وافهمها.
- السطر 7 – اسم وعنوان مقدم الرعاية الصحية المصرح له أو الجهة المصرح لها بالإفصاح عن هذه المعلومات: اكتبه بأحرف واضحة أو اطبعه؛
NYC HRA, 250 Church Street, 6th Floor, New York, NY 10013
- السطر 8 – اسم وعنوان الشخص (الأشخاص) أو الفئة التي ينتمي لها الشخص الذي سترسل إليه هذه المعلومات: أدخل اسم وعنوان الشخص أو المجموعة (مثل: شركة محاماة) التي ترغب في حصولها على معلوماتك. سيكون هذا العنوان هو ما سنرسل عليه السجلات المطلوبة.
- السطر 9 (a) – المعلومات المحددة التي سيتم الإفصاح عنها: أخبرنا نوع المعلومات التي ترغب في أن تسمح لنا بإعطائها.

المربع الأول

- إذا كنت ترغب في أن تسمح لنا بإعطاء جزء من سجلات Medicaid الخاصة بك، فضع علامة على المربع الأول (نموذج السجل الطبي) وأدخل تواريخ البداية والنهاية؛

المربع الثاني

- إذا كنت ترغب في أن تسمح لنا بإعطاء كافة سجلات Medicaid الخاصة بك، فضع علامة على المربع الثاني (كافة السجلات الطبية)؛ و

مربع (أخرى)

- إذا كنت ترغب في أن تسمح لنا بإعطاء معلومات غير المعلومات المذكورة في المربع 1 أو 2، فضع علامة على مربع "أخرى". اكتب بحروف واضحة أو اطبع وصفاً واضحاً للمعلومات التي ترغب في أن نقدمها.

هام: إذا كنت ترغب في أن تقوم إدارة HRA بإعطاء المعلومات الخاصة بعلاج إدمان الكحول أو العقاقير أو الخاصة بالصحة العقلية أو الخاصة بعلاج فيروس نقص المناعة البشرية، التي قد تحتوي عليها سجلاتك، فقم بإدخال الحروف الأولى من اسمك بجانب كل نوع من المعلومات التي تود أن نفصح عنها والمذكورة في البند 9(a). إذا لم تكن ترغب في أن نفصح عن هذا النوع من المعلومات، فاترك هذه الأسطر فارغة.

- **السطر 9 (b) – تفويض بمناقشة المعلومات الصحية (اختباري):**
 - إذا كنت ترغب في أن تسمح لإدارة HRA بمناقشة معلوماتك الصحية مع شخص آخر، فضع علامة على المربع الموجود بجانب السطر (b) وأدخل الحروف الأولى من اسمك على أول سطر.
 - اكتب بأحرف واضحة أو اطبع "NYC HRA" على السطر الذي يقول "اسم مقدم الرعاية الصحية الشخصية".
 - اكتب بأحرف واضحة أو اطبع اسم الشخص أو المحامي أو شركة المحاماة أو الوكالة أو المجموعة التي يمكننا أن نتحدث معها بشأن معلوماتك.
 - **السطر 10 – سبب الإفصاح عن المعلومات: أخبرنا لماذا ترغب في أن تفصح إدارة HRA عن معلوماتك لشخص آخر. كونك عميلاً لدى برنامج Medicaid، ينبغي عليك فقط أن تضع علامة على المربع الأول في البند 10. إذا كنت تود أن تفصح إدارة HRA عن معلوماتك لأي سبب آخر، فضع علامة على مربع "آخر" واكتب السبب بأحرف واضحة أو اطبعه.**
 - **السطر 11 – التاريخ أو الحدث المؤشر بانتهاء العمل بهذا التصريح: اكتب متي ينبغي أن نوقف عملية الإفصاح عن المعلومات (على سبيل المثال، "2030/12/31" أو "بنهاية فترة التقاضي").**
 - **تخط الأسطر 12 و 13**
 - **السطر الأخير – قم بالتوقيع باسمك واكتب التاريخ.**
2. إذا كنت ممثلاً لأحد عملاء برنامج **MEDICAID**، فاتب هذه التعليمات لتسمح لإدارة HRA بإعطاء سجلات برنامج **MEDICAID** الخاصة بالعميل لشخص آخر أو منظمة أخرى. أكمل جميع البنود ما لم يذكر غير ذلك.
- **أعلى النموذج** اكتب أو اطبع اسم العميل وتاريخ ميلاده ورقم ضمانه الاجتماعي وعنوانه، كل في المربع المناسب الخاص به.
 - **الأسطر من 1 إلى 6:** اقرأها وافهمها.
 - **الأسطر من 7 إلى 11:** أكملها كما توضح التعليمات الموجودة في القسم 1 أعلاه.
 - **السطر 12 –** إذا لم يقيم المريض (العميل) بالتوقيع، فأدخل اسم الشخص الذي يوقع النموذج: اكتب الاسم بأحرف واضحة أو اطبعه.
 - **السطر 13 –** سلطة التوقيع بالنيابة عن المريض: أخبرنا ما هي السلطة التي تمنحك الحق بالتوقيع بالنيابة عن العميل. قدّم نسخة من المستند.
- هام:** عندما توقع بالنيابة عن العميل لأن العميل لم يوقع أو لم يستطع التوقيع، يجب أيضاً أن تقدم إثباتاً مناسباً للسلطة المخولة بالتوقيع. تتضمن أمثلة إثبات السلطة المخولة بالتوقيع: توكيلاً رسمياً سارياً،* خطابات الإدارة أو حكم تعيين الوصي على الشخص والأوراق الخاصة بتفويض الوصي.
3. **السطر الأخير –** قم بالتوقيع باسمك واكتب التاريخ.

* بناءً على التعديلات التي أجريت في سبتمبر 2010 على New York General Obligations Law (قانون الالتزامات العامة لولاية نيويورك)، يكون التوكيل الرسمي (POA) سارياً فقط عند توقيعه من قبل كل من الطرف الرئيسي والوكيل. يجب أن يحتوي POA على اللغة المطلوبة من قبل قانون الالتزامات العامة لولاية نيويورك (GOB) القسم (B) 5-1501 بما في ذلك أقسام "تحذير موجه للطرف الرئيسي" و"معلومات هامة للوكيل". انظر النموذج المختصر للتوكيل الرسمي وفقاً لقانون ولاية نيويورك، كما هو مأخوذ من القسم 5-1513 لعام (2014) في قانون GOB لولاية نيويورك.