Office of Refugee and Immigrant Assistance (ORIA)

تفويض بالإفصاح عن المعلومات

Authorization to Release Information

أوافق أنا، _____ (اسم العميل)، على تقديم معلوماتي إلى

_____ (مُقدِّم الخدمة) لتلقي الخدمات، وأمنحه الإذن بمشاركة معلوماتي مع مكتب مساعدة اللاجئين والمهاجرين في واشنطن التابع لإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية. وأقرّ بأنه تجوز مشاركة هذه المعلومات مع مُقدِّمي خدمات آخرين ممولين من مكتب مساعدة اللاجئين والمهاجرين (ORIA)، وأنه يحق للمكتب تقديم معلوماتي إلى مكتب إعادة توطين اللاجئين (ORR) التابع لإدارة الصحة والخدمات الإنسانية، وذلك وفقًا لمتطلبات السياسات الفيدرالية. قد تتضمن معلوماتي التي تتم مشاركتها، على سبيل المثال لا الحصر، المعلومات الديموغرافية الأساسية، ومعلومات الاتصال، وحالة الهجرة. ولن تتم مشاركة معلوماتي إلا لأغراض التنسيق والمساعدة في الوصول إلى الخدمات متعددة اللغات والملائمة ثقافيًا، وكذلك لتقديم معلوماتي إلى مكتب إعادة توطين اللاجئين (ORR). قد تتم مشاركة معلوماتي شخصيًا، أو عبر البريد الإلكتروني أو بأي طريقة إلكترونية، أو عن طريق البريد.

يُرجى ملاحظة ما يلي: إذا كانت سجلات العميل الخاصة بك تتضمن أيًا من المعلومات التالية، فيجب عليك إكمال هذا القسم لإدراج هذه السجلات.

أمنح الإذن بالكشف عن السجلات التالية (ضع علامة أمام كل ما ينطبق):

☐ الصحة النفسية ☐ نتائج اختبارات فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)/ متلازمة نقص المناعة المكتسب-الإيدز (AIDS) والأمراض المنقولة جنسيًا (STD) أو تشخيصها أو علاجها

☐ اضطراب تعاطي المخدرات

يُرجى وضع علامة أمام أحد الخيارات التالية:

☐ لا أحتاج إلى خدمات الترجمة الفورية، وقد قرأت نموذج الموافقة هذا وأفهمه تمامًا.

☐ تمت قراءة هذا النموذج لي بواسطة مترجم فوري برقم / اسم _____.

يُتْقِنُ هذا الشخص أو هذه المؤسسة اللغة الإنجليزية ولغتي الأصلية، وأنا أفهم نموذج الموافقة تمامًا.

- هذا التفويض بالإفصاح عن المعلومات صالح لمدة سنة واحدة من تاريخ التوقيع أو حتى _____.
- يجوز لي إلغاء أو سحب هذا التفويض بالإفصاح عن المعلومات في أي وقت كتابيًا، مع العلم أن ذلك لن يؤثر في أي معلومات تمت مشاركتها بالفعل.
- تُعدّ نسخة من هذا النموذج صالحة لمنح إذني بمشاركة السجلات.

توقيع العميل / ممثل العميل	التاريخ	رقم ملف العميل أو رقم الأجنبي

توقيع ولي الأمر أو الوصي القانوني	التاريخ	توقيع موظف مُقدِّم الخدمة	التاريخ

إشعار للجهات المتلقية للمعلومات: إذا كانت هذه السجلات تتضمن معلومات عن فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو الأمراض المنقولة جنسيًا (STD) أو متلازمة نقص المناعة المكتسب-الإيدز (AIDS)، فلا يجوز الإفصاح عن هذه المعلومات مرة أخرى من دون الحصول على إذن محدد من العميل. إذا تلقيت معلومات تتعلق بتعاطي العميل للمخدرات أو الكحول، فيجب عليك تضمين العبارة التالية عند الإفصاح عن المزيد من المعلومات، وذلك وفقًا لمتطلبات المادة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية (CFR)، البند 2.32:

تم الإفصاح عن هذه المعلومات لك من سجلات محمية بموجب قواعد السرية الفيدرالية (المادة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية، الجزء 2). تحظر عليك القواعد الفيدرالية الإفصاح عن هذه المعلومات بأي شكل آخر، إلا إذا كان ذلك الإفصاح مسموحًا به صراحةً بموجب موافقة كتابية من الشخص المعني، أو على النحو المسموح به بموجب المادة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية، الجزء 2. لا يكفي لهذا الغرض وجود تفويض عام بالإفصاح عن المعلومات الطبية أو غيرها من المعلومات. تقيّد القواعد الفيدرالية أي استخدام لهذه المعلومات لإجراء تحقيق جنائي أو مقاضاة أي مريض يتعاطى الكحول أو المخدرات.