Office of Refugee and Immigrant Assistance (ORIA)

اجازهٔ انتشار اطلاعات

Authorization to Release Information

اینجانب، _____ (نام خدمات‌گیرنده)، موافقت می‌کنم که اطلاعات خود را جهت دریافت خدمات در اختیار _____ (خدمات‌رسان) قرار دهم و به آن‌ها اجازه می‌دهم تا اطلاعات من را با «دفتر کمک به پناهندگان و مهاجران واشنگتن» (Washington Office of Refugee and Immigrant Assistance) در «وزارت خدمات اجتماعی و بهداشتی» (Department of Social and Health Services) به اشتراک بگذارند. من می‌پذیرم که این اطلاعات ممکن است با سایر ارائه‌دهندگان خدمات که توسط ORIA تأمین مالی می‌شوند به اشتراک گذاشته شود، و اینکه ORIA ممکن است طبق الزامات سیاست‌های فدرال، اطلاعات مرا به «دفتر اسکان مجدد پناهندگان ایالات متحده» (ORR - Office of Refugee Resettlement) در «وزارت بهداشت و خدمات انسانی» (Department of Health and Human Services) گزارش دهد. اطلاعات به‌اشتراک‌گذاشته‌شده می‌تواند شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی اولیه، اطلاعات تماس و وضعیت مهاجرتی باشد، اما محدود به این موارد نیست. اطلاعات من صرفاً جهت هماهنگی و کمک در دسترسی به خدمات چندزبانه و متناسب با فرهنگ، و همچنین جهت گزارش به ORR به اشتراک گذاشته خواهد شد. اطلاعات من ممکن است به‌صورت حضوری، از طریق ایمیل یا به‌صورت الکترونیکی، و یا از طریق پست به اشتراک گذاشته شود.

لطفاً توجه داشته باشید: اگر سوابق خدمات‌گیرندگی شما شامل هریک از اطلاعات زیر است، باید این قسمت را جهت لحاظ کردن این سوابق تکمیل کنید.

من اجازه می‌دهم که سوابق زیر افشا شوند (هر کدام که شامل می‌شود را علامت بزنید):

☐ سلامت روان ☐ نتایج آزمایش، تشخیص یا درمان HIV/AIDS و بیماری‌های مقاربتی (STD)

☐ اختلال سوءمصرف مواد

لطفاً یکی از موارد زیر را علامت بزنید:

☐ من نیازی به خدمات ترجمه شفاهی ندارم و این فرم رضایت‌نامه را مطالعه کرده و آن را به‌طور کامل درک می‌کنم.

☐ این فرم توسط مترجم شفاهی به شماره / نام زیر برای من قرائت شده است _____.

این فرد یا سازمان به زبان انگلیسی و زبان مادری من مسلط است و من این رضایت‌نامه را به‌طور کامل درک می‌کنم.

- این مجوز انتشار اطلاعات به‌مدت یک سال از تاریخ امضا یا تا این زمان معتبر است _____.
- من می‌توانم این مجوز انتشار اطلاعات را در هر زمان به‌صورت کتبی لغو کنم یا پس بگیرم، اما این اقدام بر اطلاعاتی که قبلاً به اشتراک گذاشته شده است، تأثیری نخواهد داشت.
- رونوشتی از این فرم جهت ارائه مجوز توسط من برای اشتراک‌گذاری سوابق معتبر است.

امضای خدمات‌گیرنده / نماینده خدمات‌گیرنده	تاریخ	شماره پرونده خدمات‌گیرنده یا شماره اتباع بیگانه

امضای ولی یا قیم قانونی	تاریخ	امضای کارمند خدمات‌رسان	تاریخ

اطلاعیه برای دریافت‌کنندگان اطلاعات: اگر این سوابق حاوی اطلاعاتی در مورد HIV، بیماری‌های مقاربتی (STDs) یا ایدز (AIDS) باشد، شما مجاز به افشای بیشتر آن اطلاعات بدون اجازه صریح خدمات‌گیرنده نیستید. اگر اطلاعاتی درباره استفاده غیرقانونی از مواد یا الکل از سوی خدمات‌گیرنده دریافت کردید، باید در صورت افشای بیشتر اطلاعات الزامی از سوی 42 CFR 2.32 عبارت زیر را اضافه کنید:

این اطلاعات از سوابق تحت حمایت قوانین محرمانگی فدرال افشا می‌شود (42 CFR part 2). قوانین فدرال شما را از هر گونه افشای بیشتر این اطلاعات منع می‌کنند، مگر این که افشای بیشتر مشخصا در رضایت‌نامه کتبی شخص مذکور قید شده یا به نحوی دیگر مجوز آن در چارچوب 42 CFR بخش 2 داده شده باشد. مجوز کلی برای انتشار اطلاعات پزشکی یا سایر اطلاعات برای این هدف کافی نیست. قوانین فدرال هر گونه استفاده از این اطلاعات برای تحقیق یا تعقیب کیفری استفاده غیرقانونی بیمار از الکل یا مواد مخدر را منع می‌کنند.