

تعليمات إكمال نموذج SAPC للموافقة على الإجراءات القانونية

الغرض من نموذج الموافقة هذا هو منح إذن كتابي للكشف عن معلوماتك الصحية وتبادلها، بما في ذلك المعلومات المحمية بموجب الجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR (معلومات اضطراب تعاطي المخدرات)، لاستخدامها في إجراء (إجراءات) جنائية أو مدنية أو تشريعية أو إدارية، ويقتصر ذلك على الإجراء (الإجراءات) القانوني المذكور والمحدد في نموذج الموافقة هذا. بالنسبة لمعلومات اضطراب تعاطي المخدرات (SUD)، يجب أن يكون الغرض من الموافقة والكشف محدداً ومتوافقاً مع متطلبات الجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR وجميع القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية المعمول بها. إن تفويضك طوعي ويمكنك رفض التوقيع. يرجى تخصيص لحظة لقراءة التعليمات أدناه.

اقرأ كل قسم بعناية

يتضمن هذا النموذج عدة أقسام تصف:

- المعلومات التي يمكن مشاركتها
- من يمكنه إرسال المعلومات واستلامها
- لماذا تتم مشاركة المعلومات
- كم من الوقت يستمر التفويض
- حقوقك في إلغاء أو تقييد تفويض الإفصاح عن المعلومات

يرجى قراءة ومراجعة كل قسم بدقة قبل التوقيع.

حدد المعلومات التي يمكن الإفصاح عنها

يمكنك اختيار تقييد نوع أو كمية المعلومات التي يتم الإفصاح عنها. يمكنك تفويض الإفصاح عن:

- سجلك الصحي بالكامل، أو
- تحديد المعلومات التي تفوض باستخدامها والكشف عنها

من يمكنه مشاركة واستلام معلوماتك

يجب عليك إدراج:

- نوع (أنواع) الإجراءات القانونية المصرح باستخدام معلوماتك والكشف عنها من أجلها
- الكيان (الكيانات) القانوني/الفرد (الأفراد) المسموح له بتلقيها

إذا كنت ترغب في أن تتبادل عدة مؤسسات المعلومات فيما بينها، فقم بإدراج جميع الأطراف.

راجع حقوقك بموجب قانون HIPAA والجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR

يوضح هذا النموذج حقوقك بموجب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية. لديك الحق في:

- رفض التوقيع على هذا التفويض
- إلغاء تفويضك في أي وقت كتابةً أو شخصياً
- الحصول على نسخة من النموذج المكتمل
- تقييد المعلومات التي تتم مشاركتها
- توقع حماية السرية، بما في ذلك قيود إعادة الإفصاح

يرجى الرجوع إلى القسم الرابع "معلومات هامة أخرى" والقسم السادس "إشعار لمرافقة الإفصاحات" لمزيد من المعلومات المتعلقة بحقوقك بموجب قانون HIPAA والجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR.

انتهاء صلاحية التفويض

سيبقى تفويضك سارياً طالما أنك تتلقى خدمات من شبكة مقدمي خدمات الوقاية من تعاطي المخدرات والسيطرة عليها (SAPC)، ما لم تختار إلغاءه.

يرجى الرجوع إلى القسم الرابع "معلومات هامة أخرى" والقسم السابع "إلغاء الموافقة" لمزيد من المعلومات حول حقوق التفويض الخاصة بك.

إلغاء تفويضك

يمكنك إلغاء تفويضك في أي وقت عن طريق إخطار مقدم العلاج أو البرنامج الخاص بك كتابةً أو شخصياً. الإلغاء لا يلغي المعلومات التي تمت مشاركتها بالفعل قبل استلام الإلغاء.

يرجى الرجوع إلى القسم الرابع "معلومات هامة أخرى" والقسم السابع "إلغاء الموافقة" لمزيد من المعلومات حول كيفية إلغاء تفويضك.

التبادل الإلكتروني والأمن

يجب أن تمتثل جميع عمليات الإفصاح - بما في ذلك تلك التي تتم إلكترونياً - لما يلي:

- متطلبات قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA)
- الجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR
- قوانين السرية الفيدرالية وقوانين الولاية الأخرى المعمول بها

توقيع وتأريخ النموذج

يؤكد توقيعك على ما يلي:

- أنك تفهم المعلومات الواردة في النموذج
- أنك تأذن بالكشف عن المعلومات الموضحة
- أنك تفهم حقوقك بموجب قانون HIPAA والجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR

إذا كنت توقع بصفتك ممثلاً قانونياً، فيجب عليك توضيح سلطتك للقيام بذلك. تشمل أمثلة السلطة القانونية: الحارس القضائي، أو منفذ التركة، أو الوصي القانوني، أو الوالد، أو صاحب التوكيل الرسمي، و/أو أقرب الأقارب. سيطلب منك تقديم وثائق إضافية لإثبات سلطتك أو علاقتك.

إذا كنت توقع كشاهد على توقيع بالبصمة، يرجى ملء القسم المناسب بمعلوماتك.

إعادة النموذج المكتمل

أعد النموذج الموقع إلى مقدم الخدمة أو البرنامج أو الوكالة المسؤولة عن معالجة طلبك. يمكنك طلب نسخة لسجلاتك.

الوقاية من تعاطي المخدرات والسيطرة عليها

الموافقة على استخدامات والإفصاح عن المعلومات الصحية المتعلقة باضطراب تعاطي المخدرات للإجراءات القانونية

الغرض من الموافقة والإفصاح: يخول نموذج الموافقة هذا استخدام والإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية المتعلقة باضطراب تعاطي المخدرات (SUD) لاستخدامها في إجراء (إجراءات) جنائية أو مدنية أو تشريعية أو إدارية، ويقتصر على الإجراء (الإجراءات) القانوني المذكور في نموذج الموافقة هذا. بإكمال نموذج الموافقة على الاستخدامات والإفصاحات هذا، فإنك توافق على الكشف عن معلوماتك الصحية المحمية المتعلقة باضطراب تعاطي المخدرات لغرض الإجراءات القانونية كما هو محدد أدناه.

حدد نوع الإجراء (الإجراءات) القانوني الذي تأذن باستخدامه والكشف عن معلوماتك الصحية المتعلقة باضطراب تعاطي المخدرات من أجله.

☐ جنائي ☐ مدني ☐ تشريعي ☐ إداري

إذا توفرت، حدد معلومات إضافية (مثل رقم القضية) تتعلق بالإجراء (الإجراءات) القانونية التي تأذن بموجبها باستخدام والكشف عن معلوماتك الصحية المتعلقة باضطراب تعاطي المخدرات (SUD).

أولاً. معلومات العميل		
الاسم (الأخير، الأول، والأوسط):	تاريخ الميلاد:	# Medi-Cal:
البريد الإلكتروني:	رقم الهاتف:	آخر 4 أرقام من رقم الضمان الاجتماعي (SSN):
بتقديمك عنوان بريدك الإلكتروني، فإنك تأذن لـ SAPC وشبكة مقدمي خدمات SAPC بالتواصل معك عبر البريد الإلكتروني.		
العنوان:	رقم تعريف Sage:	

ثانياً. الجهات المصرح لها بمشاركة المعلومات الصحية

أنا أوافق على قيام مقدم (مقدمي) الخدمة الحاليين والسابقين لي ضمن شبكة مقدمي الخدمات التابعة لـ SAPC بمشاركة معلوماتي الصحية المحمية المتعلقة باضطراب تعاطي المخدرات (SUD) مع الكيان (الكيانات) القانوني/الأفراد الخارجيين المحددين في هذا القسم للإجراء (الإجراءات) القانونية المشار إليها أعلاه. حدد الكيان (الكيانات) القانوني/الأفراد في المساحة (المساحات) المخصصة أدناه. إذا كانت هناك حاجة إلى مساحة إضافية، يرجى إرفاق صفحة تحتوي على الجهات المدرجة في نهاية نموذج الموافقة هذا.

1. اسم الجهة: _____
العنوان: _____
رقم الهاتف: _____ رقم الفاكس: _____
البريد الإلكتروني: _____ الموقع الإلكتروني: _____
2. اسم الجهة: _____
العنوان: _____
رقم الهاتف: _____ رقم الفاكس: _____
البريد الإلكتروني: _____ الموقع الإلكتروني: _____

3. اسم الجهة: _____
العنوان: _____
رقم الهاتف: _____ رقم الفاكس: _____
البريد الإلكتروني: _____ الموقع الإلكتروني: _____

ثالثاً. نطاق الإفصاح

أصرح للجهات المشار إليها في القسم II بمشاركة المعلومات الصحية المحمية المحددة أدناه.

اختر أحد الخيارات أدناه.

☐ سجلي الصحي بالكامل

☐ أخرى: _____

حدد المعلومات التي تصرح باستخدامها والكشف عنها.

رابعاً. معلومات هامة أخرى

بتوقيعي على نموذج الموافقة هذا، أقر بأنني أفهم ما يلي:

- **انتهاء صلاحية الموافقة** - سيظل هذا التفويض سارياً طالما أنني أتلقى خدمات من شبكة مقدمي الخدمات التابعة لـ SAPC ما لم يتم إلغاؤه بخلاف ذلك.
- سجلات علاجي من الكحول و/أو المخدرات محمية بموجب اللوائح الفيدرالية التي تحكم سرية سجلات مرضى تعاطي المخدرات، الجزء الثاني من الباب 42 من قانون اللوائح الفيدرالية الأمريكية، وقانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة لعام 1996 ("HIPAA")، الجزأين 160 و164 من الباب 45 من قانون اللوائح الفيدرالية الأمريكية، ولا يمكن الكشف عنها دون موافقتي الخطية ما لم تسمح اللوائح بخلاف ذلك.
- هذه الموافقة طوعية، ولست بحاجة إلى توقيع نموذج الموافقة هذا لتلقي العلاج، أو التسجيل في الخدمات، أو لدفع تكاليف رعايتي الصحية.
- يحق لي الحصول على نسخة من نموذج الموافقة هذا. نسخة من نموذج الموافقة هذا صالحة تماماً كالأصل.
- **"قيود إعادة الإفصاح عن المعلومات** - لا يمكن إعادة الإفصاح عن المعلومات التي تم الكشف عنها في الإجراءات المدنية والجنائية والإدارية والتشريعية ضد العميل دون نموذج موافقة إضافي مخصص لهذا الغرض فقط بما يتوافق مع الجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR.
- يحق لي إلغاء هذه الموافقة في أي وقت كتابياً أو شخصياً مع مقدم خدمات تعاطي المواد المخدرة الخاص بي، باستثناء المدى الذي يكون فيه مقدم الخدمة الخاص بي أو أي حامل قانوني آخر قد تصرف بالفعل بناءً عليها. يمكنني استخدام قسم إلغاء الموافقة في نموذج الموافقة هذا لإنهاء نموذج الموافقة هذا كتابياً. بمجرد استلام إلغاء الموافقة الخاص بي، سيقوم مقدم الخدمة الخاص بي أو SAPC بإلغاء الموافقة على الإفصاح المستقبلي عن المعلومات. أفهم أن الإفصاحات التي تمت قبل إلغاء نموذج الموافقة هذا لا يمكن استردادها، والجهات التي تم الإفصاح لها ليست ملزمة بإعادة الإفصاحات أو التخلص منها.

خامساً. توقيع العميل أو الممثل القانوني

بتوقيعي أدناه، أقر بأنني قرأت نموذج الموافقة وأفهم أن توقيعي يصرح بالكشف عن معلوماتي الصحية كما هو موضح في هذا النموذج. أفهم أن التوقيع على هذا النموذج طوعي وأن لي الحق في رفض التوقيع.

اسم وتوقيع العميل أو الممثل القانوني للعميل:

إذا كان العميل لا يستطيع الكتابة، فيمكنه وضع علامة على سطر التوقيع. التوقيع بالعلامة يتطلب شاهدين. يجب على الشاهد كتابة اسم العميل على السطر المخصص لاسم العميل وكتابة اسمه الخاص والتوقيع في إحدى مساحات الشهود المخصصة أدناه. يجب على شاهد ثاني كتابة اسمه والتوقيع في مساحة الشاهد الأخرى للإقرار بتوقيع العميل بالعلامة.

الاسم المطبوع (الأول، الأوسط، الأخير) _____
التوقيع _____
الشهر _____ / اليوم _____ / السنة _____

إذا تم التوقيع من قبل الممثل القانوني للعميل، اذكر صلة القرابة والسلطة للقيام بذلك:

إذا كان العميل لا يستطيع الكتابة وقام بوضع علامة كتوقيع له أعلاه، يلزم وجود شاهدين لإكمال قسم الشهود عن طريق كتابة أسمائهم والتوقيع أدناه.

1. اسم الشاهد المطبوع (الاسم الأول، الأوسط، واسم العائلة) _____
2. اسم الشاهد المطبوع (الاسم الأول، الأوسط، واسم العائلة) _____
التوقيع _____
التوقيع _____

سادساً. إشعار مرفق بالإفصاحات

هذا السجل الذي تم الإفصاح عنه لك محمي بموجب قواعد السرية الفيدرالية ([الجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR](#)). تحظر هذه القواعد عليك استخدام أو الإفصاح عن هذا السجل، أو الشهادة التي تصف المعلومات الواردة في هذا السجل، في أي إجراءات مدنية أو جنائية أو إدارية أو تشريعية من قبل أي سلطة فيدرالية أو حكومية أو محلية، ضد المريض، ما لم يكن ذلك مصرحاً به بموافقة المريض، باستثناء ما هو منصوص عليه في [الجزء 2.12\(c\)\(5\) من الباب 42 من قانون CFR](#) أو كما هو مصرح به من قبل محكمة بموجب [الجزء 2.64](#) أو [2.65](#) من قانون CFR. بالإضافة إلى ذلك، تحظر القواعد الفيدرالية عليك إجراء أي استخدام أو إفصاح آخر لهذا السجل ما لم ينطبق واحد على الأقل مما يلي:

(i) الاستخدام أو الإفصاح الإضافي مسموح به صراحةً بموافقة خطية من الفرد الذي يتم الإفصاح عن معلوماته في هذا السجل أو كما هو مسموح به بخلاف ذلك بموجب [الجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR](#).

(ii) أنت كيان مغطى أو شريك تجاري وقد تلقيت السجل للعلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية، أو

(iii) لقد تلقيت السجل من كيان مغطى أو شريك تجاري كما هو مسموح به بموجب [الجزء 164 من الباب 45 من قانون CFR](#)، [الأجزاء الفرعية A و E](#).

لا يعتبر التفويض العام للإفراج عن المعلومات الطبية أو غيرها كافياً لاستيفاء العناصر المطلوبة للموافقة الخطية لمزيد من الاستخدام أو إعادة الإفصاح عن السجل ([انظر الجزء 2.31 من الباب 42 من قانون CFR](#)).

يحق لي إلغاء نموذج الموافقة هذا في أي وقت عن طريق إكمال هذا القسم وتقديم إلغاء الموافقة الخاص بي بالبريد أو شخصياً إلى مقدم خدمات تعاطي المخدرات المعالج الخاص بي، باستثناء المدى الذي يكون فيه مقدم الخدمة الخاص بي أو أي حائز قانوني آخر قد تصرف بالفعل بناءً عليه.

عنوان وكالة مقدم خدمات علاج تعاطي المخدرات:

اسم المنظمة: _____
عنوان الشارع (السطر 1): _____
عنوان الشارع (السطر 2: شقة/جناح/وحدة): _____
المدينة، الولاية، والرمز البريدي: _____

بمجرد استلام إلغاء الموافقة الخاص بي، سيقوم مقدم الرعاية الخاص بي بإلغاء نموذج الموافقة للإفراج المستقبلي عن المعلومات. لا يمكن استرداد الإفصاحات التي تمت قبل استلام الإلغاء.

بالتوقيع أدناه، ألغي موافقتي على الإفراج المستقبلي عن المعلومات. أفهم أن أي إفصاحات تمت قبل استلام هذا الإلغاء لا يمكن التراجع عنها أو استردادها.

اسم وتوقيع العميل أو الممثل القانوني للعميل:

إذا كان العميل لا يستطيع الكتابة، فيمكنه وضع علامة على سطر التوقيع. التوقيع بالعلامة يتطلب شاهدين. يجب على الشاهد كتابة اسم العميل على السطر المخصص لاسم العميل وكتابة اسمه الخاص والتوقيع في إحدى مساحات الشهود المخصصة أدناه. يجب على شاهد ثانٍ كتابة اسمه والتوقيع في مساحة الشاهد الأخرى للإقرار بتوقيع العميل بالعلامة.

الاسم المطبوع (الأول، الأوسط، والآخر) _____
التوقيع _____
الشهر _____ / اليوم _____ / السنة _____

إذا تم التوقيع من قبل الممثل القانوني للعميل، اذكر صلة القرابة والسلطة للقيام بذلك:

إذا كان العميل لا يستطيع الكتابة وقام بوضع علامة كتوقيع له أعلاه، يلزم وجود شاهدين لإكمال قسم الشهود عن طريق كتابة أسمائهم والتوقيع أدناه.

1. اسم الشاهد المطبوع (الاسم الأول، الأوسط، واسم العائلة) _____
2. اسم الشاهد المطبوع (الاسم الأول، الأوسط، واسم العائلة) _____

التوقيع _____
التوقيع _____

يمكن للعملاء الذين قدموا نموذج موافقة الإفراج عن المعلومات مباشرة إلى SAPC إعادة نموذج إلغاء الموافقة المكتمل عبر البريد الإلكتروني الآمن أو بالبريد إلى العنوان المدرج أدناه. يجب إرفاق نسخة من هويتهم الرسمية الصادرة عن الحكومة للتحقق من شرعية الطلب.

عنوان البريد الإلكتروني:
SAPC-HIM@ph.lacounty.gov

العنوان البريدي لـ SAPC
الوقاية من تعاطي المخدرات ومكافحتها
1000 South Fremont Ave.
Bldg. A-9 East 3rd Floor Box 34
Alhambra, CA 91803

يرجى ملاحظة: لن تتم معالجة طلبات الإلغاء المقدمة إلى SAPC من عملاء لم يكملوا نموذج موافقة الإفراج عن المعلومات مباشرة مع SAPC، أو الطلبات المقدمة بدون نسخة من هوية صالحة صادرة عن الحكومة.



كيفية ملء نموذج موافقة SAPC للإجراءات القانونية

الغرض من الموافقة والإفصاح (أعلى النموذج)

يحدد هذا القسم نوع الإجراء القانوني الذي تأذن باستخدام معلومات اضطراب تعاطي المخدرات (SUD) الخاصة بك فيه.

الخطوة 1 — حدد نوع (أنواع) الإجراء القانوني

اختر الفئة التي تتوافق مع المسألة القانونية التي سيتم استخدام معلومات اضطراب تعاطي المخدرات (SUD) الخاصة بك فيها. حدد واحدًا أو أكثر مما يلي:

- ☐ جنائي
- ☐ مدني
- ☐ تشريعي
- ☐ إداري

الخطوة 2 — أضف تفاصيل إضافية (إن وجدت)

في السطر الفارغ أسفل مربعات الاختيار، اكتب أي معلومات تعريفية لديك، مثل:

- رقم القضية
 - قسم المحكمة
 - رقم ملف الوكالة
 - تاريخ الجلسة
 - اسم المحقق أو المحامي
- إذا لم تكن لديك هذه المعلومات، يمكنك تركها فارغة.

القسم الأول - معلومات العميل

املأ معلوماتك الشخصية حتى تتمكن SAPC ومقدمو الخدمات لديك من تحديد سجلك بشكل صحيح.

1. الاسم: اكتب اسمك القانوني الكامل (اللقب، الاسم الأول، الاسم الأوسط).
2. تاريخ الميلاد: استخدم صيغة شهر/يوم/سنة.
3. رقم Medi-Cal: أدخل رقم Medi-Cal الخاص بك، إذا كان لديك واحد.
4. عنوان البريد الإلكتروني: أدخل بريدًا إلكترونيًا تستخدمه بانتظام.
5. رقم الهاتف: أفضل رقم هاتف للوصول إليك.
6. آخر 4 أرقام من رقم الضمان الاجتماعي (SSN): أدخل فقط آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك. إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي أو لا تعرف ما هو رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك، فيرجى تركه فارغًا.
7. العنوان: عنوانك البريدي الحالي.
8. رقم تعريف Sage: قدم رقم سجلك الطبي في نظام Sage EHR، إذا كنت تعرفه. إذا كان غير معروف، اتركه فارغًا أو اسأل مقدم الخدمة الخاص بك.

القسم الثاني - الجهات المصرح لها بمشاركة المعلومات الصحية

يحدد هذا القسم من قد يتلقى معلومات اضطراب تعاطي المخدرات (SUD) الخاصة بك للإجراء (الإجراءات) القانونية التي اخترتها.

الخطوة 1 - اقرأ بيان التفويض

يوضح هذا البيان أن مقدمي خدمات علاج اضطراب تعاطي المخدرات (SUD) الحاليين والسابقين في SAPC قد يشاركون معلوماتك المتعلقة باضطراب تعاطي المخدرات مع الكيانات القانونية التي تدرجها.

الخطوة 2 - اذكر كل كيان قانوني أو فرد

لكل طرف قانوني مشارك في قضيتك، املأ ما يلي:

- "اسم الكيان (على سبيل المثال، "محكمة لوس أنجلوس العليا"، "إدارة المراقبة"، "المحامي جون سميث"، "منسق محكمة DMH")"
- العنوان (العنوان البريدي الكامل)
- رقم الهاتف (مع رمز المنطقة)
- رقم الفاكس (إذا كان معروفًا)
- البريد الإلكتروني (إذا كان معروفًا)
- الموقع الإلكتروني (اختياري)

الخطوة 3 - أضف صفحات إضافية إذا لزم الأمر
إذا كان لديك أكثر من ثلاث جهات، أرفق ورقة منفصلة تدرج الباقي.

القسم الثالث - نطاق الإفصاح

يحدد هذا القسم المعلومات التي يمكن استخدامها أو الإفصاح عنها.

الخطوة 1 — اختر خياراً واحداً

- ☐ **سجلي الصحي بالكامل:** اختر هذا إذا كنت تريد أن يكون سجل اضطراب تعاطي المخدرات (SUD) الكامل الخاص بك متاحاً للإجراء القانوني.
- ☐ **أخرى:** اختر هذا الخيار إذا كنت تريد تقييد ما يتم مشاركته.

الخطوة 2 — في حال اختيار "أخرى"، حدد بدقة ما يمكن الكشف عنه
كن محدداً قدر الإمكان حتى يعرف مقدمو الخدمة ما هو مسموح به.
أمثلة:

- "تواريخ العلاج فقط"
- "التقييم والتشخيص فقط"
- "قائمة الأدوية"
- "إثبات المشاركة في البرنامج"
- "تقارير التقدم فقط"

القسم الرابع — معلومات هامة أخرى

لا تحتاج إلى كتابة أي شيء في هذا القسم. اقرأ كل قسم فرعي بعناية.

- **تاريخ الانتهاء:** تظل موافقتك سارية حتى تقوم بإلغائها.
- **الحماية:** سجلاتك محمية بموجب القوانين الفيدرالية بموجب الجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR وقانون HIPAA.
- **الحق في عدم التوقيع:** يمكنك رفض التوقيع، ولكن في هذه الحالة لن يتم الإفراج عن سجلاتك.
- **الحق في الحصول على نسخة:** يمكنك طلب نسخة من الموافقة الموقعة.
- **الحماية القانونية:** لا يمكن استخدام معلوماتك في الإجراءات القانونية دون موافقة منفصلة.
- **الحق في الإلغاء:** يمكنك إلغاء هذه الموافقة في أي وقت. لا يمكن استرداد المعلومات التي تمت مشاركتها بالفعل.

القسم الخامس — توقيع العميل أو الممثل القانوني

هذا هو المكان الذي تفوض فيه رسمياً بالإفراج عن المعلومات.

1. **الاسم المطبوع:** اسمك القانوني الكامل.
2. **التوقيع:** وقع باسمك.
 - a. إذا كنت لا تستطيع الكتابة، يمكنك التوقيع بعلامة.
 - b. في حال التوقيع بعلامة، يجب على شاهدين إكمال قسم الشهود.
3. **التاريخ:** أدخل تاريخ التوقيع.
4. **إذا تم التوقيع من قبل ممثل قانوني:**
 - a. اذكر صلة القرابة (على سبيل المثال، أب، وصي، إلخ).
 - b. اذكر السلطة المخولة (على سبيل المثال: أمر محكمة، ولاية قانونية، إلخ).
5. **قسم الشهود (فقط إذا وقع العميل بعلامة)**
يجب على الشاهدين:
 - كتابة اسميهما بوضوح
 - التوقيع باسميهما

إذا وقع ممثل قانوني، فيجب عليه ذكر صلة قرابته وسلطته القانونية. إذا وقع العميل بعلامة، يجب على شاهدين كتابة اسميهما والتوقيع.

القسم السادس — إشعار مرافق للإفصاحات

هذا هو إشعار السرية المطلوب بموجب الجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR والذي سيرافق معلوماتك. لا يلزم الكتابة في هذا القسم. الإشعار المرافق للإفصاحات هو إشعار سرية سيرافق السجلات التي يتم الإفراج عنها كما هو مصرح به بموجب توقيع هذا النموذج. يُعلم إشعار السرية متلقي السجلات بأن السجلات التي يتم استلامها محمية بموجب قوانين السرية الحكومية والفيدرالية ولا يمكن مشاركتها مع كيانات أخرى غير مصرح لها بموجب نموذج الموافقة هذا.

القسم السابع — إلغاء الموافقة

أكمل هذا القسم فقط عندما ترغب في إلغاء موافقتك (أي في المستقبل).

الخطوة 1 — معلومات مقدم الخدمة

املاً ببيانات مقدم الخدمة المعالج:

- اسم المؤسسة
- عنوان المراسلة الكامل

الخطوة 2 — توقيع الإلغاء

1. اطبع اسمك
2. وقع باسمك (أو ضع علامة).
3. أرّخ الإلغاء (شهر/يوم/سنة)
4. إذا وقع ممثل قانوني، اذكر صلة القرابة والسلطة للقيام بذلك
5. إذا كنت تقدم الطلب مباشرة إلى SAPC، يرجى إرفاق نسخة من هويتك الصادرة عن جهة حكومية للتحقق من هويتك

الخطوة 3 — الشهود (في حال التوقيع بعلامة)

يجب على شاهدين كتابة اسميهما والتوقيع.

الخطوة 4 — تقديم الإلغاء

إذا كنت قد قدمت الموافقة الأصلية مباشرة إلى SAPC، يمكنك إرسال الإلغاء:

- عبر بريد إلكتروني آمن إلى SAPC-HIM@ph.lacounty.gov (يجب إرفاق نسخة من هويتك الصادرة عن جهة حكومية)
- عبر البريد إلى عنوان SAPC المدرج في النموذج

يرجى إرسال طلبات الإلغاء إلى مقدم الخدمة أو الوكالة الخاصة بك، أو إلى SAPC باستخدام التعليمات الواردة في النموذج.

تعريفات إضافية

التفويض / الموافقة

وثيقة مكتوبة وموقعة تستوفي جميع متطلبات الجزء 2 من الباب 42 من قانون (CFR)، بما في ذلك:

- الغرض من الإفصاح
- الجهة المسموح لها بالإفصاح
- الجهة المسموح لها بالاستلام
- المعلومات التي يمكن مشاركتها
- تاريخ الانتهاء
- التوقيع والتاريخ

تم تصميم كل نموذج من نماذج إطلاق المعلومات (ROI) الخاصة بـ SAPC لتلبية هذه المتطلبات لغرضه المحدد

تنسيق العناية

التواصل والتعاون بين مقدمي الخدمات لدعم علاج العميل، والإحالات، وإدارة الحالة، واستمرارية الرعاية.

العميل

الفرد الذي يتلقى خدمات اضطراب تعاطي المخدرات (SUD). العميل هو الشخص الذي يمكن مشاركة معلوماته الصحية المحمية (PHI) عند توقيعه على نموذج ROI.

الكيان

أي منظمة أو وكالة أو مقدم خدمة أو محكمة أو محامٍ أو فرد مصرح له باستلام أو الإفصاح عن معلومات اضطراب تعاطي المخدرات (SUD). أمثلة: مقدمو خدمات SAPC، وإدارة الرعاية الصحية (DHCS)، وخطط الرعاية المُدارة، والمحاكم، والمراقبة، ومقدمو الرعاية الأولية.

الإجراءات القانونية

أي عملية جنائية أو مدنية أو إدارية أو تشريعية قد يتم فيها طلب معلومات اضطراب تعاطي المخدرات (SUD) أو استخدامها ضد العميل. أمثلة: جلسات المحكمة، والمراقبة، وقضايا رعاية الطفل، وجلسات تحديد استحقاقات الضمان الاجتماعي.

الممثل القانوني

شخص مخول قانوناً باتخاذ القرارات نيابة عن العميل. أمثلة:

- وصي معين من قبل المحكمة
- ولي أمر قانوني
- والد القاصر، ويمكنهم التوقيع على نموذج ROI فقط عندما يكون لديهم سلطة قانونية موثقة.

بموجب تعريفات قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA)، يمكن مشاركة أقل قدر من المعلومات اللازمة لتحقيق الغرض من الموافقة.

الدفع وعمليات الرعاية الصحية

الأنشطة الإدارية اللازمة لإصدار الفواتير أو الدفع أو إدارة خدمات اضطراب تعاطي المخدرات (SUD)، بما في ذلك:

- إصدار فواتير Medi-Cal
- التحقق من الأهلية
- مراجعة الاستخدام
- تحسين الجودة
- عمليات التدقيق ومراجعات الامتثال

إعادة الإفصاح

أي مشاركة لمعلومات اضطراب تعاطي المخدرات (SUD) بعد الإفصاح الأولي. بموجب الجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR، يُسمح بإعادة الإفصاح، باستثناء الإجراءات القانونية.

إلغاء الموافقة

يحق للعميل سحب موافقته في أي وقت. سحب الموافقة لا يمكنه إلغاء الإفصاحات السابقة التي تمت بالفعل عندما كانت الموافقة سارية. يجب أن يكون الإلغاء كتابياً أو مكملاً باستخدام قسم الإلغاء في نموذج ROI.

جهة دفع خارجية

أي كيان مسؤول عن دفع أو تعويض تكاليف خدمات اضطراب تعاطي المخدرات (SUD) بخلاف العميل نفسه. أمثلة: Medi-Cal، وDHCS، وخطط الرعاية المُدارة، والتأمين الخاص.

مقدم العلاج / شبكة مقدمي خدمات SAPC

أي برنامج لعلاج اضطراب تعاطي المخدرات (SUD) متعاقد مع SAPC في مقاطعة لوس أنجلوس، بما في ذلك برامج العيادات الخارجية، والإقامة، وبرامج علاج الأفيون (OTP)، وإدارة الانسحاب، وبرامج دعم التعافي.

شاهد

شخص يراقب العميل وهو يوقع على نموذج ROI بعلامة (عندما لا يستطيع العميل كتابة توقيعه). يجب على شاهدين (2) كتابة اسميهما وتوقيعهما لكي تعتبر العلامة صالحة.