

تعليمات إكمال نموذج SAPC للموافقة على الدفع وعمليات الرعاية الصحية

الغرض من نموذج الموافقة هذا هو التصريح بالدفع مقابل جميع الخدمات المقدمة لعلاج اضطراب تعاطي المخدرات (SUD) والسماح بالكشف عن معلوماتك الصحية المتعلقة باضطراب تعاطي المخدرات والمحمية بموجب الجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR من مقدمي العلاج الحاليين والسابقين والمستقبليين ضمن شبكة مقدمي خدمات الوقاية من تعاطي المخدرات والتحكم فيها (SAPC) إلى SAPC، بصفتها خطة Medi-Cal المتخصصة لاضطراب تعاطي المخدرات لخدمات اضطراب تعاطي المخدرات، وذلك لأغراض الدفع مقابل الخدمات التي تم تلقيها وعمليات الرعاية الصحية الأخرى. بموجب قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA)، تشمل "عمليات الرعاية الصحية" مجموعة من الأنشطة مثل إجراء/ترتيب خدمات التدقيق، بما في ذلك الكشف عن الاحتيال وإساءة الاستخدام، وبرامج الامتثال، وإدارة الأعمال، والأنشطة الإدارية العامة. تُفوض هذه الموافقة أيضاً بتقديم المطالبات والدفع إلى إدارة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا (DHCS)، وخطط الرعاية المُدارة (MCP)، ودافعي الطرف الثالث الآخرين، وتُفوض بالكشف عن جميع المعلومات اللازمة لتقديم المطالبات ومعالجتها.

يرجى العلم بأن تفويضك طوعي، ويحق لك رفض التوقيع على نموذج الموافقة هذا. ومع ذلك، إذا لم توقع على هذه الموافقة، فإنك تتحمل مسؤولية جميع المدفوعات، بما في ذلك أي مبالغ كان سيتم دفعها أو تعويضها من قبل SAPC، بصفتها خطة Medi-Cal المتخصصة لاضطراب تعاطي المخدرات، بالإضافة إلى أي دافعين من أطراف ثالثة، وستكون مسؤولاً عن جميع التكاليف المرتبطة التي تدفعها من جيبك الخاص. يرجى مراجعة هذه التعليمات قبل المتابعة.

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 تفويض الكشف عن المعلومات
- حقوقك في إلغاء تفويض الكشف عن المعلومات
- حقك في رفض التوقيع وعواقبه

يرجى قراءة ومراجعة كل قسم بدقة قبل التوقيع.

من يمكنه مشاركة واستلام معلوماتك

بتوقيعك على هذا النموذج، فإنك توافق على السماح بمشاركة المعلومات الصحية المتعلقة باضطراب تعاطي المخدرات والمحمية بموجب الجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR الجزء 2 من مقدمي العلاج الحاليين والسابقين والمستقبليين ضمن شبكة مقدمي خدمات SAPC إلى SAPC بصفتها خطة Medi-Cal المتخصصة لاضطراب تعاطي المخدرات لأغراض الدفع وعمليات الرعاية الصحية الأخرى. ستقوم أيضاً بالتصريح بالكشف عن معلومات من سجلك الطبي إلى SAPC أو دافعين آخرين من أطراف ثالثة، بما في ذلك جميع المعلومات اللازمة لتقديم ومعالجة المطالبات مثل اسمك، وتاريخ ميلادك، وعنوانك، والتشخيص الطبي، والخدمات المقدمة لك.

يرجى الرجوع إلى القسم الثاني "الكيانات المصرح لها بمشاركة المعلومات الصحية" والقسم الثالث "معلومات هامة أخرى".

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
- توقع حماية السرية، بما في ذلك قيود إعادة الإفصاح

يرجى الرجوع إلى القسم الثالث "معلومات هامة أخرى" والقسم الخامس "إشعار مرافق للإفصاحات" لمزيد من المعلومات المتعلقة بحقوقك بموجب قانون HIPAA والجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR.

انتهاء صلاحية التفويض

لا تنتهي صلاحية هذا التفويض وسيظل سارياً ما لم تختار إلغاءه.

يرجى الرجوع إلى القسم الثالث "معلومات هامة أخرى" والقسم السادس "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. ستظل الخدمات المقدمة قبل الإلغاء معتبرة مفوضة لأغراض الدفع وعمليات الرعاية الصحية.

يرجى الرجوع إلى القسم الثالث "معلومات هامة أخرى" والقسم السادس "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: الوالد، الوصي القانوني، القيم، منفذ التركة، التوكيل الرسمي، و/أو الأقارب. سيطلب منك تقديم وثائق إضافية لإثبات سلطتك في الموافقة نيابة عن العميل.

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 (SAPC)

الموافقة على الدفع وعمليات الرعاية الصحية

الغرض من الموافقة والإفصاح: الغرض من هذه الموافقة هو التصريح بالدفع مقابل جميع الخدمات المقدمة لعلاج اضطراب تعاطي المخدرات (SUD) والسماح بالكشف عن معلوماتي الصحية المتعلقة باضطراب تعاطي المخدرات والمحمية بموجب الجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR من مقدمي الخدمة الحاليين والسابقين والمستقبليين ضمن شبكة مقدمي خدمات SAPC إلى SAPC، بصفتها خطة Medi-Cal المتخصصة لاضطراب تعاطي المخدرات لخدمات اضطراب تعاطي المخدرات، لأغراض الدفع وعمليات الرعاية الصحية الأخرى. "تسمح هذه الموافقة أيضاً بتقديم المطالبات والدفع لإدارة الرعاية الصحية في كاليفورنيا (DHCS)، وخطط الرعاية المدارة (MCP)، ودفعي الطرف الثالث الآخرين، والكشف عن جميع المعلومات اللازمة لتقديم المطالبات ومعالجتها."

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

ثانياً. الجهات المصرح لها بمشاركة المعلومات الصحية

أوافق على الإفصاح عن معلوماتي الصحية المتعلقة باضطراب تعاطي المخدرات (SUD) والمحمية بموجب الجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR من قبل مقدمي الرعاية الحاليين والسابقين والمستقبليين ضمن شبكة مقدمي خدمات SAPC إلى SAPC بصفتها خطة Medi-Cal المتخصصة لاضطراب تعاطي المخدرات، وذلك لأغراض الدفع وعمليات الرعاية الصحية الأخرى. أصرح بالإفصاح عن معلومات من سجلي الطبي إلى SAPC أو جهات دافعة أخرى، بما في ذلك جميع المعلومات اللازمة لتقديم المطالبات ومعالجتها، مثل اسمي وتاريخ ميلادي وعنواني والتشخيص الطبي والخدمات المقدمة لي.

ثالثاً. معلومات هامة أخرى

- بتوقيعي على نموذج الموافقة هذا، أقر بأنني أفهم ما يلي:
- **انتهاء صلاحية الموافقة -** سيبطل هذا التفويض ساري المفعول 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 و 164 من الباب 45 من قانون اللوائح الفيدرالية الأمريكية، ولا يمكن الكشف عنها دون موافقتي الخطية ما لم تسمح اللوائح بخلاف ذلك.
 - **الحق في عدم التوقيع:** هذه الموافقة مخصصة لدفع تكاليف رعايتي الصحية وعمليات الرعاية الصحية الأخرى. أدرك أن لدي الحق في عدم التوقيع على هذه الموافقة. إذا لم أوقع على هذه الموافقة، فإنني أتحمّل مسؤولية جميع المدفوعات، بما في ذلك أي مبالغ كان سيتم فوترتها أو تعويضها من قبل SAPC، بصفتها خطة Medi-Cal المتخصصة لاضطراب تعاطي المخدرات، وكذلك أي جهات دافعة أخرى ذات صلة، وسأكون مسؤولاً عن جميع التكاليف النثرية المرتبطة بذلك.
 - أقر بأن هذا التفويض ضروري لتحديد الأهلية للعلاجات أو المزايا أو لدفع تكاليف العلاجات التي أتلقاها، ولكن لا يمكن لـ SAPC اشتراط تقديم هذا التفويض لتلقي العلاج.
 - يحق لي الحصول على نسخة من نموذج الموافقة هذا. نسخة من نموذج الموافقة هذا صالحة تماماً كالأصل.
 - **معلومات إعادة الإفصاح -** المعلومات المتعلقة بعلاج الكحول أو المخدرات التي يتم الكشف عنها لجهة مشمولة أو شريك تجاري قد يتم إعادة الإفصاح عنها وفقاً للأدونات الواردة في لوائح HIPAA.
 - قيود إعادة الإفصاح - لا يمكن إعادة الإفصاح عن المعلومات المفصّل عنها في الإجراءات المدنيةية والجنائية والإدارية والتشريعية ضد العميل دون نموذج موافقة إضافي مخصص لهذا الغرض فقط، بما يتوافق مع الجزء 2 من الباب 42 من قانون CFR.
 - لدي الحق في إلغاء هذه الموافقة في أي وقت كتابياً أو شخصياً مع مقدم خدمة تعاطي المواد المخدرة الخاص بي، باستثناء المدى الذي يكون فيه مقدم الخدمة أو أي حائز 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، وأن البيانات التي تم الإفصاح لها غير ملزمة بإعادة الإفصاحات أو التخلص منها.

رابعاً. 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 ثانٍ كتابة اسمه والتوقيع في مساحة الشاهد الأخرى للإقرار بتوقيع العميل بالعلامة.

الاسم المطبوع (الاسم 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، الأخير) _____
2. اسم الشاهد المطبوع (الاسم الأول، الأوسط، الأخير) _____
التوقيع _____
التوقيع _____

رابعاً. إشعار مرافق للإفصاحات

هذا السجل الذي تم الإفصاح عنه لك محمي بموجب القواعد الفيدرالية للسرية **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 العميل، ما لم يكن ذلك مصرحاً به بموافقة العميل، باستثناء ما هو منصوص عليه في **CFR 2.12(c)(5) 42** أو كما هو مصرح به 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:

(1) 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**.

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

(3) لقد تلقيت السجل من كيان مغطى أو شريك تجاري كما هو مسموح به بموجب **الجزء 164 من الباب 45 من قانون اللوائح الفيدرالية، الأجزاء الفرعية A و E**.

التفويض العام للإفصاح عن المعلومات الطبية أو غيرها ليس كافياً لاستيفاء العناصر المطلوبة للموافقة الخطية لمزيد من الاستخدام أو إعادة الإفصاح عن السجل (انظر **الجزء 2.31 من الباب 42 من قانون CFR**).

سادساً. إلغاء الموافقة

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

العنوان البريدي لوكالة مقدم خدمة 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.

بتوقيعي أدناه، ألغي موافقتي على الإفصاح عن المعلومات في المستقبل لأغراض الدفع وعمليات الرعاية الصحية. 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، والآخر) _____
2. اسم الشاهد المطبوع (الاسم الأول، الأوسط، والآخر) _____
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
South Fremont Ave 1000
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 للدفع وعمليات الرعاية الصحية

الغرض من الموافقة والإفصاح (أعلى النموذج)

يشرح هذا القسم أنك تفوض:

- SAPC لتلقي معلوماتك المتعلقة باضطراب تعاطي المخدرات (SUD) لأغراض الدفع وعمليات الرعاية الصحية، و
- SAPC، وDHCS، وخطط الرعاية المدارة (MCPs)، وجهات الدفع الأخرى لتلقي المعلومات اللازمة لتقديم ومعالجة المطالبات.
- هذا النموذج مطلوب إذا كنت ترغب في أن تقوم SAPC بإرسال فواتير إلى Medi-Cal أو جهات دفع أخرى مقابل خدمات اضطراب تعاطي المخدرات (SUD) الخاصة بك.

القسم الأول - معلومات العميل

املا 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 بريداً إلكترونياً 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 فارغاً.
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 فارغاً أو اسأل مقدم الخدمة الخاص بك.

القسم الثاني - الجهات المصرح لها بمشاركة المعلومات الصحية

لا يلزم الكتابة في هذا القسم. يشرح هذا القسم أنك تفوض مقدمي خدمات SAPC الحاليين والسابقين والمستقبليين بالإفصاح عن معلومات اضطراب تعاطي المخدرات (SUD) الخاصة بك إلى SAPC و**جهات الدفع الخارجية** (DHCS)، وخطط الرعاية المدارة (MCPs)، وخطط التأمين) لأغراض الدفع وعمليات الرعاية الصحية.

القسم الثالث - 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، وإذا قمت بذلك فستكون مسؤولاً عن التكاليف المرتبطة برعايتك.
- **الحق في الحصول على نسخة:** يمكنك طلب نسخة من الموافقة الموقعة.
- **إعادة الإفصاح:** قد يتم إعادة الإفصاح عن بعض معلوماتك بموجب قانون HIPAA في ظروف محدودة.
- **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 الرابع — 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، وصاية، إلخ).
5. **قسم الشهود (فقط إذا وقع العميل بعلامة)**
يجب على الشاهدين:
 - كتابة اسميهما بوضوح
 - التوقيع باسميهما

إذا وقّع ممثل قانوني نيابة عن عميل، فيجب عليه ذكر صلة قرابته وسلطته القانونية للقيام بذلك. إذا وقّع العميل بعلامة، يجب على شاهدين كتابة اسميهما والتوقيع.

القسم الخامس — 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 السادس — 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. أرخ 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.

معياري الحد الأدنى الضروري

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 مكتماً 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 وتوقيعيهما لكي تعتبر العلامة صالحة.