COUNTY OF LOS ANGELES
Public Health

تعليمات استكمال نموذج إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها (SAPC) الخاص بمنح الموافقة على استخدام المعلومات في الإجراءات القانونية

الغرض من نموذج الموافقة هذا هو تقديم إذن كتابي للإفصاح عن معلوماتك الصحية وتبادلها، بما في ذلك المعلومات المحمية بموجب **الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية** (42 CFR Part 2) (معلومات اضطرابات تعاطي المواد المخدرة)، لاستخدامها في إجراء قانوني جنائي، أو مدني، أو تشريعي، أو إداري، ويقتصر على الإجراء القانوني المذكور والمحدد في نموذج الموافقة هذا. بالنسبة لمعلومات اضطرابات تعاطي المواد المخدرة (SUD)، يجب أن يكون الغرض من الموافقة والإفصاح محددًا ومتوافقًا مع متطلبات **الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية** وجميع القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية المعمول بها. تفويضك طوعي ويحق لك رفض التوقيع. يرجى أخذ لحظة لقراءة التعليمات أدناه.

اقرأ كل قسم بعناية

يتضمن هذا النموذج عدة أقسام تصف:

- **ما هي المعلومات** التي قد تجري مشاركتها
- **من** يجوز له إرسال المعلومات واستلامها
- **سبب** مشاركة المعلومات
- **مدة سريان** التفويض
- **حقوقك** في إلغاء التفويض بالإفصاح عن المعلومات أو تقييده

*يرجى **قراءة ومراجعة كل قسم** بدقة قبل التوقيع.*

تحديد المعلومات التي يجوز الإفصاح عنها

يجوز لك اختيار تقييد نوع أو كمية المعلومات المفصح عنها. يجوز لك تفويض الإفصاح عن:

- سجلك الصحي بأكمله، **أو**
- تحديد المعلومات التي تفوض باستخدامها والإفصاح عنها

من يجوز له مشاركة معلوماتك واستلامها

يجب عليك ذكر:

- نوع الإجراء القانوني المفوّض لاستخدام معلوماتك والإفصاح عنها
- الكيان (الكيانات) القانوني/الفرد (الأفراد) المسموح لهم باستلامها
- استكمال نموذج موافقة إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها للإجراءات القانونية لكل نوع من الإجراءات القانونية المطلوبة

إذا كنت ترغب في أن تتبادل مؤسسات متعددة المعلومات مع بعضها البعض، فاذكر جميع الأطراف.

مراجعة حقوقك بموجب قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA) والجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية

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

- **رفض التوقيع** على هذا التفويض
- **إلغاء** تفويضك في أي وقت كتابيًا أو شخصيًا
- **استلام نسخة** من النموذج المستكمل
- **تقييد** المعلومات التي تجري مشاركتها
- **توقع تدابير حماية السرية**، بما في ذلك قيود إعادة الإفصاح

يرجى الرجوع إلى القسم الرابع "معلومات مهمة أخرى" والقسم السادس "إشعار مرفق بالإفصاحات" لمزيد من المعلومات المتعلقة بحقوقك بموجب قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة والجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية.

انتهاء صلاحية التفويض

ستنتهي صلاحية نموذج الموافقة هذا بعد عام واحد من تاريخ التوقيع على هذا النموذج ما لم تُدخل تاريخ انتهاء صلاحية مختلف في المساحة المخصصة لذلك أو ما لم تلغِ هذه الموافقة.

يجوز لك تحديد تاريخ يقل عن عام أو يزيد على عام من تاريخ التوقيع على هذا النموذج. إذا لم تحدد تاريخ انتهاء الصلاحية، فسيقوم مقدم الخدمة بإدخال تاريخ بعد عام واحد من تاريخ التوقيع على نموذج الموافقة.

يرجى الرجوع إلى القسم الرابع "معلومات مهمة أخرى" والقسم السابع "إلغاء الموافقة" لمزيد من المعلومات حول حقوق التفويض

الخاصة بك.

إلغاء تفويضك

يجوز لك إلغاء تفويضك في أي وقت عن طريق إخطار مقدم العلاج أو البرنامج كتابيًا أو شخصيًا. إذا جرى إلغاء الموافقة قبل تاريخ انتهاء الصلاحية، فسيُعتبر النموذج ملغيًا. الإلغاء **لا** يبطل المعلومات التي جرت مشاركتها بالفعل قبل استلام الإلغاء.

يجب توقيع قسم الإلغاء من جانب القاصر **و**أحد الوالدين أو الوصي أو الممثل القانوني عندما تكون موافقة أحد الوالدين أو الوصي أو الممثل القانوني مطلوبة لتقديم الاستشارة أو العلاج من اضطراب تعاطي المواد المخدرة للقاصر. سيقوم أحد الوالدين أو الوصي أو الممثل القانوني بكتابة اسمه بالكامل بخط واضح والتوقيع والتأريخ على سطر التوقيع الأول ضمن القسم الخامس "توقيع العميل أو الممثل القانوني" وذكر صلة قرابته بالعميل على السطر الموجود أسفل سطر التوقيع الأول. سيقوم القاصر بكتابة اسمه بخط واضح والتوقيع في حقل توقيع الشاهد الأول.

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

التبادل الإلكتروني والأمان

يجب أن تمتثل جميع الإفصاحات — بما في ذلك تلك التي تجري إلكترونيًا — لما يلي:

- متطلبات **قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة**
- **الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية**
- **قوانين السرية** الفيدرالية وقوانين الولاية المعمول بها الأخرى

التوقيع على النموذج وتأريخه

يؤكد توقيعك على ما يلي:

- أنك **تفهم** المعلومات الواردة في النموذج
- أنك **تفوض الإفصاح عن المعلومات** الموضحة
- أنك **تفهم حقوقك** بموجب قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة والجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية

إذا كنت توقع بصفتك **ممثلاً قانونيًا**، فيجب عليك توضيح سلطتك للقيام بذلك. تشمل أمثلة السلطة القانونية الوصي على الأموال، ومنفذ الوصية/التركة، والوصي القانوني، وأحد الوالدين، والتوكيل الرسمي، و/أو أقرب الأقرباء. سيتعين عليك تقديم وثائق إضافية لتأكيد سلطتك أو صلة قرابتك.

إذا كنت توقع كشاهد على التوقيع بوضع علامة، يرجى ملء القسم المناسب بمعلوماتك.

يجب توقيع نموذج الموافقة من قِبل القاصر **و**أحد الوالدين أو الوصي أو الممثل القانوني عندما تكون موافقة أحد الوالدين أو الوصي أو الممثل القانوني مطلوبة لتقديم الاستشارة أو العلاج من اضطراب تعاطي المواد المخدرة للقاصر. سيقوم أحد الوالدين أو الوصي أو الممثل القانوني بكتابة اسمه بالكامل بخط واضح والتوقيع والتأريخ على سطر التوقيع الأول ضمن القسم الخامس "توقيع العميل أو الممثل القانوني" وذكر صلة قرابته بالعميل على السطر الموجود أسفل سطر التوقيع الأول. سيقوم القاصر بكتابة اسمه بخط واضح والتوقيع في حقل توقيع الشاهد الأول.

إعادة النموذج المكتمل

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

COUNTY OF LOS ANGELES
Public Health

الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها

الموافقة على استخدام المعلومات الصحية الخاصة باضطراب تعاطي المواد المخدرة والإفصاح عنها للإجراءات القانونية

الغرض من الموافقة والإفصاح: يفوض نموذج الموافقة هذا استخدام والإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة باضطراب تعاطي المواد المخدرة لاستخدامها في إجراءات جنائية أو مدنية أو تشريعية أو إدارية، ويقتصر على الإجراءات القانونية المذكورة المحددة في نموذج الموافقة هذا. من خلال إكمال نموذج الموافقة على الاستخدامات والإفصاحات هذا، فإنك توافق على الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية الخاصة باضطراب تعاطي المواد المخدرة لغرض الإجراءات القانونية على النحو المحدد أدناه.

حدد نوع الإجراء القانوني الذي تفوض استخدام معلوماتك الصحية الخاصة باضطراب تعاطي المواد المخدرة والإفصاح عنها بشأنه.

☐ جنائي ☐ مدني ☐ تشريعي ☐ إداري

إن توفرت، حدد معلومات إضافية (أي رقم القضية) تتعلق بالإجراء القانوني الذي تفوض استخدام معلوماتك الصحية الخاصة باضطراب تعاطي المواد المخدرة والإفصاح عنها بشأنه.

_____

أولاً. معلومات العميل		
الاسم (اسم العائلة، والاسم الأول، والاسم الأوسط):	تاريخ الميلاد:	رقم برنامج Medi-Cal:
عنوان البريد الإلكتروني: من خلال تقديم عنوان بريدك الإلكتروني، فإنك تفوض إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها وشبكة مقدمي الخدمات التابعة لإدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها للاتصال بك عبر البريد الإلكتروني.	رقم التليفون:	آخر ٤ أرقام من رقم الضمان الاجتماعي:
العنوان:		رقم تعريف Sage:

ثانيًا. الجهات المفوضة بمشاركة المعلومات الصحية

أفوض مقدم (مقدمي) الرعاية العلاجية الحالي والسابق لي داخل شبكة مقدمي الخدمات التابعة لإدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها بمشاركة معلوماتي الصحية المحمية الخاصة باضطراب تعاطي المواد المخدرة مع الجهة (الجهات) القانونية الخارجية/الفرد (الأفراد) الخارجيين المحددين في هذا القسم للإجراءات القانونية المشار إليها أعلاه.

حدد الجهة (الجهات) القانونية/الفرد (الأفراد) في المساحة (المساحات) المتوفرة أدناه. إذا لزم الأمر مساحة إضافية، يرجى استخدام وثيقة "الأفراد/الجهات الإضافية المصرح لها بالإفصاح عن المعلومات (ROI)" لإدراج الكيانات الإضافية وإرفاق الوثيقة بنهاية 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: _____

ثالثًا. نطاق الإفصاح

أفوض الجهات المشار إليها في القسم الثاني بمشاركة المعلومات الصحية المحمية المحددة أدناه.

حدد أحد الخيارات أدناه.

☐ سجلي الصحي بأكمله

☐ غير ذلك: _____

حدد المعلومات التي تفوض استخدامها والإفصاح عنها.

رابعًا. معلومات مهمة أخرى

بتوقيع نموذج الموافقة هذا، أدرك ما يلي:

- **انتهاء صلاحية الموافقة** – ستنتهي صلاحية نموذج الموافقة هذا بعد عام واحد من تاريخ التوقيع على هذا النموذج ما لم يُحدد تاريخ انتهاء صلاحية مختلف على السطر أدناه، أو ما لم يجر إلغاؤه.

  أفوض بأن تنتهي صلاحية نموذج الموافقة هذا في _____ / _____ / _____.
  الشهر اليوم السنة

- سجلات علاجي من الكحول و/أو المخدرات محمية بموجب اللوائح الفيدرالية التي تحكم سرية سجلات مرضى تعاطي المخدرات، الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية، وقانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة لسنة ١٩٩٦، والجزأين ١٦٠ و١٦٤ من الباب ٤٥ من قانون اللوائح الفيدرالية، ولا يمكن الإفصاح عنها دون موافقتي الخطية ما لم تسمح اللوائح بخلاف ذلك.
- هذه الموافقة طوعية، ولست بحاجة إلى التوقيع على نموذج الموافقة هذا لتلقي العلاج أو التسجيل في الخدمات أو للدفع مقابل رعايتي الصحية.
- يحق لي الحصول على نسخة من نموذج الموافقة هذا. نسخة نموذج الموافقة هذا صالحة تمامًا كالأصل.
- **القيود المفروضة على إعادة الإفصاح عن المعلومات** - لا يمكن إعادة الإفصاح عن المعلومات المفصح عنها للإجراءات المدنية والجنائية والإدارية والتشريعية ضد العميل دون نموذج موافقة إضافي مخصص لهذا الغرض فقط بما يتوافق مع الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية.
- يحق لي إلغاء هذه الموافقة في أي وقت كتابيًا أو شخصيًا مع مقدم علاج تعاطي المواد المخدرة الخاص بي، باستثناء الحد الذي تصرف فيه مقدم الخدمة أو أي حائز قانوني آخر بالفعل بناءً عليها. يجوز لي استخدام قسم إلغاء الموافقة في نموذج الموافقة هذا لإنهاء نموذج الموافقة هذا كتابيًا. بمجرد استلام إلغاء الموافقة الخاص بي، سيقوم مقدم الخدمة الخاص بي أو إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها بإلغاء الموافقة على أي إفصاح مستقبلي عن المعلومات. أدرك أنه لا يمكن استرجاع الإفصاحات التي جرت قبل إلغاء نموذج الموافقة هذا، ولا يُطلب من الجهات التي جرى الإفصاح لها إعادة الإفصاحات أو التخلص منها.

خامسًا. توقيع العميل أو الممثل القانوني

بالتوقيع أدناه، أقر بأنني قرأت نموذج الموافقة وأدرك أن توقيعي يفوض الإفصاح عن معلوماتي الصحية كما هو موضح في هذا النموذج. أدرك أن التوقيع على هذا النموذج طوعي وأن لدي الحق في رفض التوقيع.

اسم وتوقيع العميل أو الممثل القانوني للعميل:

إذا كان العميل لا يستطيع الكتابة، يجوز له وضع علامة على سطر التوقيع. يتطلب التوقيع بوضع علامة وجود شاهدين. يجب على الشاهد كتابة اسم العميل على السطر المخصص لاسم العميل وكتابة اسمه على أحد أسطر "اسم الشاهد بخط واضح" والتوقيع في المساحة المخصصة للشاهد أدناه. يجب على الشاهد الثاني كتابة اسمه على السطر الآخر لـ "اسم الشاهد بخط واضح" والتوقيع في مساحة الشاهد الأخرى للإقرار بتوقيع العميل بوضع علامة.

_____ _____ _____/_____/_____

الاسم بخط واضح (الاسم الأول والأوسط والأخير) التوقيع الشهر اليوم السنة

إذا كان التوقيع من جانب الممثل القانوني للعميل، فاذكر صلة القرابة والسلطة المخولة للقيام بذلك:

_____

أسماء وتوقيعات الشهود:

إذا كان العميل لا يستطيع الكتابة ووضع علامة كتوقيع له أعلاه، يلزم وجود شاهدين لاستكمال قسم الشهود من خلال كتابة اسميهما والتوقيع أدناه.

١. _____ ٢. _____

اسم الشاهد بخط واضح (الاسم الأول والأوسط والأخير) اسم الشاهد بخط واضح (الاسم الأول والأوسط والأخير)

_____ _____

التوقيع التوقيع

سادسًا. إشعار مرفق بالإفصاحات

هذا السجل الذي جرى الإفصاح عنه لك محمي بموجب قواعد السرية الفيدرالية (الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية). تحظر عليك هذه القواعد استخدام هذا السجل أو الإفصاح عنه، أو الإدلاء بشهادة تصف المعلومات الواردة في هذا السجل، في أي إجراءات مدنية أو جنائية أو إدارية أو تشريعية تتخذها أي سلطة فيدرالية أو تابعة للولاية أو محلية ضد المريض، ما لم يصرح بذلك بموجب موافقة المريض، باستثناء ما هو منصوص عليه في القسم ٢.١٢(ج)(٥) من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية أو وفقًا لما تأذن به المحكمة طبقًا للقسمين ٢.٦٤ أو ٢.٦٥ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية. بالإضافة إلى ذلك، تحظر عليك القواعد الفيدرالية القيام بأي استخدام أو إفصاح آخر عن هذا السجل ما لم ينطبق واحد على الأقل مما يلي:

(١) يُسمح صراحةً بمزيد من الاستخدام أو الإفصاح بموجب موافقة كتابية من الفرد الذي يجري الإفصاح عن معلوماته في هذا السجل أو وفقًا لما هو مسموح به بخلاف ذلك بموجب الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية.

(٢) أنت جهة مشمولة أو شريك تجاري وقد تلقيت السجل لأغراض العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية، أو

(٣) لقد تلقيت السجل من جهة مشمولة أو شريك تجاري وفقًا لما هو مسموح به بموجب الجزء أين الفرعيين (أ) و(هـ) من الجزء ١٦٤ من الباب ٤٥ من قانون اللوائح الفيدرالية.

إن التفويض العام بالإفصاح عن المعلومات الطبية أو غيرها من المعلومات ليس كافيًا لتلبية العناصر المطلوبة للموافقة الكتابية على استخدام السجل مرة أخرى أو إعادة الإفصاح عنه (انظر القسم ٢.٣١ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية).

سابعًا. إلغاء الموافقة

يحق لي إلغاء نموذج الموافقة هذا في أي وقت من خلال استكمال هذا القسم وتقديم طلب إلغاء الموافقة بالبريد أو شخصيًا إلى مقدم خدمات علاج تعاطي المواد المخدرة، باستثناء المدى الذي تصرف فيه مقدم الخدمة بالفعل أو غيره من أصحاب الحيازة القانونية بالاعتماد عليه.

عنوان وكالة مقدم خدمات علاج تعاطي المواد المخدرة المعالج:

اسم المنظمة: _____

عنوان الشارع (السطر ١): _____

عنوان الشارع (السطر ٢: شقة/جناح/وحدة): _____

المدينة والولاية والرمز البريدي: _____

بمجرد استلام نموذج إلغاء الموافقة الخاص بي، سيقوم مقدم الخدمة بإلغاء نموذج الموافقة بالنسبة للإفصاحات المستقبلية عن المعلومات. لا يمكن استرداد الإفصاحات التي جرت قبل استلام الإلغاء.

بالتوقيع أدناه، فإنني ألغي موافقتي على أي إفصاح مستقبلي عن المعلومات. أفهم أنه لا يمكن التراجع عن أي إفصاحات جرت قبل استلام هذا الإلغاء أو استردادها.

اسم وتوقيع العميل أو الممثل القانوني للعميل:

إذا كان العميل لا يستطيع الكتابة، فيجوز له وضع علامة على سطر التوقيع. التوقيع بوضع علامة يتطلب وجود شاهدين. يجب على الشاهد كتابة اسم العميل على السطر المخصص لاسم العميل وكتابة اسمه على أحد السطور المخصصة لـ "اسم الشاهد بخط واضح" والتوقيع في المساحة المخصصة للشاهد أدناه. يجب على الشاهد الثاني كتابة اسمه على السطر الآخر المخصص لـ "اسم الشاهد بخط واضح" والتوقيع في المساحة الأخرى المخصصة للشاهد للإقرار بتوقيع العميل بوضع علامة.

_____ _____ _____ / _____ / _____

الاسم بخط واضح (الاسم الأول والأوسط والأخير) التوقيع الشهر اليوم السنة

إذا جرى التوقيع بواسطة الممثل القانوني للعميل، فاذكر صلة القرابة والسلطة المخولة للقيام بذلك:

_____

أسماء وتوقيعات الشهود:

إذا كان العميل لا يستطيع الكتابة ووضع علامة كتوقيع له أعلاه، يلزم وجود شاهدين لاستكمال قسم الشهود من خلال كتابة اسميهما والتوقيع أدناه.

1. _____ 2. _____

اسم الشاهد بخط واضح (الاسم الأول والأوسط والأخير) **اسم الشاهد بخط واضح (الاسم الأول والأوسط والأخير)**

_____ _____

التوقيع التوقيع

يمكن للعملاء الذين قدموا نموذج الموافقة على الإفصاح عن المعلومات مباشرة إلى إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها إعادة نموذج إلغاء الموافقة المكتمل عبر البريد الإلكتروني الآمن أو عبر البريد العادي إلى العنوان المدرج أدناه. يجب إرفاق نسخة من إثبات الهوية الرسمي الصادر عن جهة حكومية للتحقق من شرعية الطلب.

العنوان البريدي لإدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها
الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها (Substance Abuse Prevention and Control)
1000South Fremont Ave.
Bldg. A-9 East 3rd Floor Box 34
Alhambra, CA 91803

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

يرجى ملاحظة التالي: لن تجري معالجة طلبات الإلغاء المقدمة إلى إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها من عملاء لم يكملوا نموذج الموافقة على الإفصاح عن المعلومات مباشرة مع إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها، أو الطلبات المقدمة بدون نسخة من إثبات هوية سارٍ صادر عن جهة حكومية.

COUNTY OF LOS ANGELES
Public Health

كيفية ملء نموذج إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها (SAPC) الخاص بمنح الموافقة على استخدام المعلومات في الإجراءات القانونية

الغرض من الموافقة والإفصاح (أعلى النموذج)

يحدد هذا القسم **نوع الإجراء القانوني** الذي تصرح باستخدام معلومات اضطراب تعاطي المواد المخدرة الخاصة بك فيه.

الخطوة ١ ـــ حدد نوع (أنواع) الإجراء القانوني

اختر الفئة التي تطابق المسألة القانونية التي سيجري استخدام معلومات اضطراب تعاطي المواد المخدرة الخاصة بك فيها. يجب استخدام نموذج منفصل لكل نوع مختلف من الإجراءات القانونية، حيث قد يكون لدى العميل تفضيلات مختلفة للإفصاح باختلاف الإجراءات القانونية.

حدد أحد الخيارات التالية:

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

الخطوة ٢ ـــ أضف تفاصيل إضافية (إن وجدت)

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

- **رقم القضية**
- **دائرة المحكمة**
- **رقم ملف الوكالة**
- **تاريخ جلسة الاستماع**
- **اسم المحقق أو المحامي**

إذا لم تكن لديك هذه المعلومات، فيمكنك ترك السطر فارغًا.

القسم الأول ـــ معلومات العميل

املأ معلوماتك الشخصية حتى تتمكن إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها ومقدمو الخدمات من التعرف على سجلك بشكل صحيح.

1. **الاسم:** اكتب اسمك القانوني الكامل (اسم العائلة، الاسم الأول، الاسم الأوسط).
2. **تاريخ الميلاد:** استخدم شهر/يوم/سنة.
3. **رقم Medi-Cal:** أدخل رقم Medi-Cal الخاص بك، إذا كان لديك رقم.
4. **عنوان البريد الإلكتروني:** أدخل بريدًا إلكترونيًا تطلع عليه بانتظام.
5. **رقم الهاتف:** أفضل رقم هاتف للتواصل معك.
6. **آخر ٤ أرقام من رقم الضمان الاجتماعي (SSN):** أدخل آخر أربعة أرقام فقط من رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك. إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي أو كنت لا تعرف ما هو رقمك، فيرجى ترك الحقل فارغًا.
7. **العنوان:** عنوانك البريدي الحالي.
8. **رقم تعريف Sage:** قدم رقم السجل الطبي الخاص بك في Sage EHR، إذا كان معروفًا. إذا كان غير معروف، فاتركه فارغًا أو اسأل مقدم الخدمة.

القسم الثاني ـــ الجهات المصرح لها بمشاركة المعلومات الصحية

يحدد هذا القسم **من يجوز له استلام معلومات اضطراب تعاطي المواد المخدرة الخاصة بك** للإجراء القانوني الذي حددته.

الخطوة ١ ـــ قراءة بيان التفويض

يوضح هذا البيان أن مقدمي الخدمات المعالجين الحاليين والسابقين التابعين لإدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها يجوز لهم مشاركة معلومات اضطراب تعاطي المواد المخدرة الخاصة بك مع الكيانات القانونية التي تدرجها.

الخطوة ٢ ـــ إدراج كل كيان قانوني أو فرد

لكل طرف قانوني معني بقضيتك، املأ ما يلي:

- **اسم الكيان** (على سبيل المثال، "المحكمة العليا لمقاطعة لوس أنجلوس" أو "دائرة مراقبة السلوك" أو "المحامي جون سميث" أو "منسق الاتصال بالمحكمة لدى دائرة الصحة النفسية (DMH)")
- **العنوان** (العنوان البريدي الكامل)
- **رقم الهاتف** (مع رمز المنطقة)
- **رقم الفاكس** (إذا كان معروفًا)
- **البريد الإلكتروني** (إذا كان معروفًا)
- **الموقع الإلكتروني** (اختياري)

الخطوة ٣ ـــ إضافة صفحات إضافية عند الحاجة

إذا كان لديك أكثر من ثلاثة كيانات، فاملأ وثيقة الأفراد/الكيانات الإضافية المصرح لها للإفصاح عن المعلومات لإدراج الكيانات الإضافية وإرفاق الوثيقة في نهاية نموذج الموافقة هذا.

القسم الثالث ـــ نطاق الإفصاح

يحدد هذا القسم **المعلومات** التي يجوز استخدامها أو الإفصاح عنها.

الخطوة ١ ـــ اختر خيارًا واحدًا

- ☐ **سجلي الصحي بالكامل** حدد هذا الخيار إذا كنت تريد إتاحة سجل اضطراب تعاطي المواد المخدرة الكامل الخاص بك للإجراء القانوني.
- ☐ **غير ذلك:** حدد هذا الخيار إذا كنت تريد تقييد ما تجري مشاركته.

الخطوة ٢ ـــ في حالة تحديد "غير ذلك"، حدد بدقة ما يجوز الإفصاح عنه

كن محددًا قدر الإمكان حتى يعرف مقدمو الخدمات ما هو مسموح به.

الأمثلة:

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

القسم الرابع ـــ معلومات مهمة أخرى

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

- **انتهاء الصلاحية:** تنتهي صلاحية نموذج الموافقة هذا بعد عام واحد من تاريخ توقيع هذا النموذج ما لم يُحدد تاريخ انتهاء صلاحية مختلف، أو ما لم يجرِ إلغاؤه. اكتب تاريخًا في المساحة المخصصة إذا كنت ترغب في أن تنتهي صلاحية نموذج الموافقة قبل أو بعد مرور عام واحد من تاريخ توقيع هذا النموذج. إذا لم تحدد تاريخ انتهاء الصلاحية، فسيقوم مقدم الخدمة بإدخال تاريخ بعد عام واحد من تاريخ توقيع نموذج الموافقة.
- **الحماية:** سجلاتك محمية بموجب القوانين الفيدرالية وفقًا للجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية وقانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة.
- **الحق في عدم التوقيع:** يمكنك رفض التوقيع، ولكن لن يجري الإفصاح عن سجلاتك في هذه الحالة.
- **الحق في الحصول على نسخة:** يجوز لك طلب نسخة من نموذج الموافقة الموقّع.
- **الحماية القانونية:** لا يمكن استخدام معلوماتك في الإجراءات القانونية دون موافقة منفصلة.
- **الحق في الإلغاء:** يجوز لك إلغاء هذه الموافقة في أي وقت. لا يمكن استرجاع المعلومات التي جرت مشاركتها بالفعل.

القسم الخامس ـــ توقيع العميل أو الممثل القانوني

هنا تمنح الإذن رسميًا بالإفصاح عن المعلومات.

1. **الاسم بخط واضح:** اسمك القانوني الكامل.
2. **التوقيع:** وقّع باسمك.
   أ. إذا كنت لا تستطيع الكتابة، فيمكنك التوقيع بوضع علامة.
   ب. في حال التوقيع بوضع علامة، يجب على **شاهدين اثنين** استكمال قسم الشهود.
3. **التاريخ:** أدخل تاريخ التوقيع.
4. **إذا جرى التوقيع بواسطة ممثل قانوني:**
   أ. اذكر صلة القرابة/العلاقة (مثل: أحد الوالدين، وصي، إلخ).
   ب. اذكر صفة التفويض (مثل: أمر محكمة، وصاية قضائية، إلخ)
5. **قسم الشهود *(فقط إذا وقّع العميل بوضع علامة أو إذا كان العميل قاصرًا ويتطلب موافقة من أحد والديه/وصيه أو ممثله القانوني)***

   يجب على الشاهدين:
   - كتابة اسميهما بخط واضح ومقروء
   - التوقيع باسميهما

إذا وقّع **ممثل قانوني**، فيجب عليه توضيح صلة القرابة/العلاقة وصفته القانونية. إذا **وقّع العميل بوضع علامة**، يجب على شاهدين كتابة اسميهما بخط واضح والتوقيع.

يجب توقيع نموذج الموافقة من قِبل القاصر **و**أحد الوالدين أو الوصي أو الممثل القانوني عندما تكون موافقة أحد الوالدين أو الوصي أو الممثل القانوني مطلوبة لتقديم الاستشارة أو العلاج من

اضطراب تعاطي المواد المخدرة للقاصر. يقوم أحد الوالدين أو الوصي أو الممثل القانوني بكتابة اسمه الكامل بخط واضح، والتوقيع، ووضع التاريخ على سطر التوقيع الأول تحت القسم الخامس "توقيع العميل أو الممثل القانوني" وتوضيح صلته بالعميل على السطر الموجود أسفل سطر التوقيع الأول. يقوم القاصر بكتابة اسمه بخط واضح والتوقيع في خانة توقيع الشاهد الأول.

القسم السادس ـــ إشعار مرفق بالإفصاحات

هذا هو إشعار السرية المطلوب بموجب الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية والذي سيرافق معلوماتك. لا يلزم كتابة أي شيء في هذا القسم. يُعد "الإشعار المرفق بالإفصاحات" إشعارًا بالسرية يرافق السجلات التي يجري الإفصاح عنها بموجب التفويض الصادر عن طريق توقيع هذا النموذج. يخطر إشعار السرية المستلم بأن السجلات التي جرى استلامها محمية بموجب قوانين السرية المعمول بها في الولاية والقوانين الفيدرالية، ولا يجوز مشاركتها مع جهات أخرى غير مصرح لها بموجب نموذج الموافقة هذا.

القسم السابع ـــ إلغاء الموافقة

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

الخطوة ١ ـــ معلومات مقدم الرعاية

املأ بيانات مقدم الرعاية المعالج:

- **اسم المؤسسة**
- **العنوان البريدي الكامل**

الخطوة ٢ ـــ التوقيع على الإلغاء

1. **اكتب اسمك بخط واضح**
2. **وقّع باسمك (أو ضع علامة)**.
3. **اكتب تاريخ الإلغاء (الشهر/اليوم/السنة)**
4. إذا وقّع **ممثل قانوني، فيجب توضيح صلة القرابة/العلاقة والصفة القانونية المخولة** للقيام بذلك
5. في حالة التقديم مباشرة إلى إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها، يُرجى **إرفاق نسخة من بطاقة هويتك الصادرة عن جهة حكومية** للتحقق من هويتك

الخطوة ٣ ـــ الشهود (في حال التوقيع بوضع علامة أو إذا كان العميل قاصرًا ويتطلب موافقة من أحد والديه/وصيه أو ممثله القانوني)

الخطوة ٣ ـــ الشهود (في حال التوقيع بوضع علامة أو توقيع القاصر)

يجب على شاهدين، أو القاصر، كتابة الاسم والتوقيع.

الخطوة ٤ ـــ تقديم طلب الإلغاء

إذا كنت قد قدمت الموافقة في الأصل مباشرة إلى إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها، فيمكنك إرسال طلب الإلغاء:

- **عبر البريد الإلكتروني الآمن** إلى HIM@ph.lacounty.gov-SAPC (يجب إرفاق نسخة من بطاقة هويتك الصادرة عن جهة حكومية)
- **عبر البريد** إلى عنوان إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها المذكور في النموذج

يُرجى إرسال طلبات الإلغاء إلى مقدم الرعاية أو الوكالة التابعين لك، أو إلى إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها باتباع التعليمات الواردة في النموذج.

تعريفات إضافية

التفويض / الموافقة

وثيقة مكتوبة وموقعة تستوفي جميع متطلبات الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية، بما في ذلك:

- الغرض من الإفصاح
- الجهة المخولة بالإفصاح
- الجهة المخولة بالاستلام
- المعلومات المصرح بمشاركتها
- تاريخ انتهاء السريان
- التوقيع والتاريخ

جرى تصميم كل نموذج للإفصاح عن المعلومات تابع لإدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها لتلبية هذه المتطلبات لغرضه المحدد

تنسيق الرعاية

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

العميل
الفرد الذي يتلقى خدمات اضطراب تعاطي المواد المخدرة. العميل هو الشخص الذي يجوز مشاركة معلوماته الصحية المحمية (PHI) عند توقيعه على نموذج الإفصاح عن المعلومات.

الكيان
أي مؤسسة أو وكالة أو مقدم رعاية أو محكمة أو محامٍ أو فرد مخول باستلام أو الإفصاح عن معلومات اضطراب تعاطي المواد المخدرة. الأمثلة: مقدمو خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها، ودائرة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا (DHCS)، وخطط الرعاية المدارة، والمحاكم، ودائرة مراقبة السلوك، ومقدمو الرعاية الأولية.

الإجراءات القانونية
أي إجراء جنائي أو مدني أو إداري أو تشريعي قد تُطلب فيه معلومات اضطراب تعاطي المواد المخدرة أو تُستخدم ضد العميل. الأمثلة: جلسات الاستماع في المحكمة، وإجراءات مراقبة السلوك، وقضايا رعاية الطفل، وجلسات تحديد استحقاق إعانات الضمان الاجتماعي.

الممثل القانوني
شخص مخول قانونًا باتخاذ القرارات نيابة عن العميل. الأمثلة:

- وصي قضائي معين من المحكمة
- الوصي القانوني
- أحد والدي القاصر، ويجوز لهما توقيع نموذج الإفصاح عن المعلومات فقط عندما تتوفر لديهما سلطة قانونية موثقة.

معيار الحد الأدنى الضروري
بموجب تعريفات قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة، لا يجوز مشاركة سوى 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 المواد المخدرة، بما في ذلك:

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

إعادة الإفصاح
أي مشاركة لمعلومات اضطراب تعاطي المواد المخدرة بعد الإفصاح الأولي عنها. بموجب الجزء ٢ من الباب ٤٢ من قانون اللوائح الفيدرالية، تُعد إعادة الإفصاح **مسموحًا بها**، باستثناء الإجراءات القانونية.

إلغاء الموافقة
يحق للعميل سحب موافقته في أي وقت. لا يؤدي سحب الموافقة إلى إلغاء عمليات الإفصاح السابقة التي جرت بالفعل عندما كانت الموافقة سارية. يجب أن يكون الإلغاء كتابيًا أو مستوفى باستخدام قسم الإلغاء في نموذج الإفصاح عن المعلومات.

الجهة الدافعة الخارجية (طرف ثالث)
أي جهة مسؤولة عن دفع تكاليف خدمات اضطراب تعاطي المواد المخدرة أو تعويضها بخلاف العميل نفسه. الأمثلة: Medi-Cal، ودائرة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا، وخطط الرعاية المدارة، والتأمين الخاص.

مقدم الرعاية المعالج / شبكة مقدمي خدمات إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها
أي برنامج لعلاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة متعاقد مع إدارة الوقاية من تعاطي المواد المخدرة ومكافحتها في مقاطعة لوس أنجلوس، بما في ذلك برامج العيادات الخارجية، والبرامج الداخلية (الإقامة الكاملة)، وبرامج علاج إدمان المواد الأفيونية (OTP)، وبرامج إدارة أعراض الانسحاب، وبرامج دعم التعافي.

شاهد
شخص يشهد على توقيع العميل لنموذج الإفصاح عن المعلومات **بوضع علامة** (عندما لا يستطيع العميل التوقيع كتابةً). يجب على شاهدين (٢) كتابة اسميهما بخط واضح والتوقيع حتى تُعتبر العلامة صالحة.