



**Behavioral Health
Department**
Alameda County Health

حزمة المواد الإعلامية دائرة الصحة السلوكية في مقاطعة الاميدا (ACBHD)

دليلك للموافقة على الخدمات والحقوق والمسؤوليات ضمن خطة الصحة
السلوكية لمقاطعة الاميدا

مكتب ضمان الجودة (QA) في ACBHD
QAOffice@acgov.org
تمت مراجعته في أبريل 2025



**Behavioral
Health**

English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Please contact your established provider directly or to inquire about services call ACBHD ACCESS at 1-800-491-9099 (TTY: 711).

ATTENTION: Auxiliary aids and services, including but not limited to large print documents and alternative formats, are available to you free of charge upon request. Please contact your established provider directly or to inquire about services call ACBHD ACCESS at 1-800-491-9099 (TTY: 711).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla otro idioma, podrá acceder a servicios de asistencia lingüística sin cargo. Comuníquese directamente con su proveedor establecido o, si desea preguntar por los servicios, llame a ACBHD ACCESS al 1-800-491-9099 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Los servicios y recursos auxiliares, incluidos, entre otros, los documentos con letra grande y formatos alternativos, están disponibles sin cargo y a pedido. Comuníquese directamente con su proveedor establecido o, si desea preguntar por los servicios, llame a ACBHD ACCESS al 1-800-491-9099 (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese)

LƯU Ý: Nếu quý vị nói một ngôn ngữ khác, chúng tôi có các dịch vụ miễn phí để hỗ trợ về ngôn ngữ. Xin quý vị vui lòng liên lạc trực tiếp với nơi cung cấp dịch vụ của quý vị hoặc để tìm hiểu về các dịch vụ hãy gọi cho ACBHD ACCESS ở số 1-800-491-9099 (TTY: 711).

LƯU Ý: Các trợ giúp và dịch vụ phụ trợ, bao gồm nhưng không giới hạn vào các tài liệu in lớn và các dạng thức khác nhau, được cung cấp cho quý vị miễn phí theo yêu cầu. Xin quý vị vui lòng liên lạc trực tiếp với nơi cung cấp dịch vụ của quý vị hoặc để tìm hiểu về các dịch vụ hãy gọi cho ACBHD ACCESS ở số 1-800-491-9099 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog/Filipino)

PAALALA: Kung gumagamit ka ng ibang wika, maaari kang makakuha ng libreng mga serbisyo sa tulong ng wika.



Mangyaring direktang makipag-ugnayan sa iyong itinalagang provider o tumawag sa ACBHD ACCESS sa 1-800-491-9099 (TTY: 711) upang itanong ang tungkol sa mga serbisyo.

PAALALA: Ang mga auxiliary aid at mga serbisyo, kabilang ngunit hindi limitado sa mga dokumento sa malaking print at mga alternatibong format, ay available sa iyo nang libre kapag hiniling. Mangyaring direktang makipag-ugnayan sa iyong itinalagang provider o tumawag sa ACBHD ACCESS sa 1-800-491-9099 (TTY: 711) upang itanong ang tungkol sa mga serbisyo.

한국어 (Korean)

안내: 다른 언어를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 필요하신 경우 이용하고 계신 제공자에게 직접 연락하시거나 1-800-491-9099(TTY: 711)번으로 ACBHD ACCESS에 전화해 서비스에 대해 문의해 주시기 바랍니다.

안내: 큰 활자 문서, 대체 형식 등 다양한 보조 도구 및 서비스를 요청 시 무료로 이용하실 수 있습니다. 필요하신 경우 이용하고 계신 제공자에게 직접 연락하시거나 1-800-491-9099(TTY: 711)번으로 ACBHD ACCESS에 전화해 서비스에 대해 문의해 주시기 바랍니다.

繁體中文(Chinese)

注意：如果您使用其他語言，則可以免費使用語言協助服務。請直接與您的服務提供者聯繫，或致電ACBHD ACCESS，電話號碼：1-800-491-9099（TTY：711）。

注意：可應要求免費提供輔助工具和服務，包括但不限於大字體文檔和其他格式。請直接與您的服務提供者聯繫，或致電ACBHD ACCESS，電話號碼：1-800-491-9099（TTY：711）。

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե տիրապետում եք մեկ այլ լեզվի, ապա կարող եք օգտվել լեզվական աջակցման անվճար ծառայություններից:

Խնդրում ենք ուղղակիորեն կապվել ձեր պաշտոնական մատակարարի հետ կամ ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարել ACBHD ACCESS 1-800-491-9099 համարով (հեռատիպ՝ 711):



Behavioral
Health

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Հայտ ներկայացնելու դեպքում կարող եք անվճար օգտվել օժանդակ միջոցներից և ծառայություններից, այդ թվում՝ մեծածավալ տպագիր և այլընտրանքային ձևաչափի փաստաթղթերից: Խնդրում ենք ուղղակիորեն կապվել ձեր պաշտոնական մատակարարի հետ կամ ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարել ACBHD ACCESS 1-800-491-9099 համարով (հեռատիպ՝ 711): (Հեռատիպ՝ 711):

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на другом языке, вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика.

Свяжитесь напрямую со своим поставщиком или узнайте подробнее об услугах, позвонив в ACBHD ACCESS по телефону 1-800-491-9099 (телетайп: 711).

ВНИМАНИЕ: Вспомогательные средства и услуги, включая, помимо прочего, документы с крупным шрифтом и альтернативные форматы, доступны вам бесплатно по запросу. Свяжитесь напрямую со своим поставщиком или узнайте подробнее об услугах, позвонив в ACBHD ACCESS по телефону 1-800-491-9099 (телетайп: 711). (Телетайп: 711).

فارسی (Farsi)

توجه: اگر شما به زبان دیگری صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی بصورت رایگان در اختیار شما قرار دارند. لطفاً با ارائه دهنده تعیین شده خود به طور مستقیم تماس گرفته و یا برای پرس و جو در مورد خدمات به ACBHD ACCESS شماره 1-800-491-9099 (TTY:711) تماس بگیرید.

توجه: کمک ها و خدمات کمکی، از جمله اما نه محدود به اسناد چاپ شده با حروف بزرگ و قالب های جایگزین، در صورت درخواست شما به صورت رایگان در اختیار شما قرار می گیرند. لطفاً با ارائه دهنده تعیین شده خود به طور مستقیم تماس گرفته و یا برای پرس و جو در مورد خدمات به ACBHD ACCESS به شماره 1-800-491-9099 (TTY:711) تماس بگیرید.

日本語 (Japanese)

注意事項：他の言語を話される場合、無料で言語支援がご利用になれます。ご利用のプロバイダーに直接コンタクトされるか、支援に関してお尋ねになるにはACBHD ACCESS、電話番号1-800-491-9099 (TTY: 711)までご連絡ください。



**Behavioral
Health**

注意事項：ご要望があれば、大きな印刷の文書と代替フォーマットを含むがこれらのみに限定されない補助的援助と支援が無料をご利用になれます。ご利用のプロバイダーに直接コンタクトされるか、支援に関してお尋ねになるにはACBHD ACCESS、電話番号1-800-491-9099 (TTY: 711). (TTY: 711) までご連絡ください。

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lwm hom lus, muaj cov kev pab cuam txhais lus uas pab dawb xwb rau koj tau siv.

Thov txuas lus ncaj nraim nrog koj tus kws pab kho mob uas tau teeb los sis thov tau qhov kev pab cuam uas yog hu rau ACBHD ACCESS ntawm 1-800-491-9099 (TTY: 711).

LUS CEEV: Muaj cov kev pab cuam that khoom pab cuam txhawb ntxiv, xam nrog rau tab sis kuj tsis txwv rau cov ntaub ntawv luam loj thiab lwm cov qauv ntawv ntxiv, muaj rau koj uas yog pab dawb xwb raws qhov thov. Thov txuas lus ncaj nraim nrog koj tus kws pab kho mob uas tau teeb los sis thov tau qhov kev pab cuam uas yog hu rau ACBHD ACCESS ntawm 1-800-491-9099 (TTY: 711). (TTY: 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ, ਭਾਸ਼ਾ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਸਥਾਪਿਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਸਿੱਧਾ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛਗਿੱਛ ਲਈ ACBHD ACCESS ਨੂੰ 1-800-491-9099 (TTY: 711) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਪਰ ਵੱਡੇ ਪਿੰਟ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੇਟ ਵਿਚ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਮੰਗਣ ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਸਥਾਪਿਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਸਿੱਧਾ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛਗਿੱਛ ਲਈ ACBHD ACCESS ਨੂੰ 1-800-491-9099 (TTY: 711) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

العربية (Arabic)

انتباه: إذا كنت تتحدث لغة أخرى، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا.

يرجى الاتصال بمزودك المعتاد مباشرة أو اتصل على ACBHD ACCESS للاستفسار عن الخدمات على الرقم 1-800-491-9099 (الهاتف النصي: 711).

انتباه: تتوفر لك الوسائل والخدمات المساعدة، بما فيها دون حصر الوثائق المطبوعة بخط كبير والتنسيقات البديلة، مجانًا عند طلبها. يرجى الاتصال بمزودك المعتاد مباشرة أو اتصل على ACBHD ACCESS للاستفسار عن الخدمات على الرقم 1-800-491-9099 (الهاتف النصي: 711).

हिंदी (Hindi)

कृपया ध्यान दें: यदि आप कोई अन्य भाषा बोलते हैं, तो आपके लिये निःशुल्क भाषा सहायता सेवा उपलब्ध है। कृपया अपने नियत प्रदाता से सीधे संपर्क करें अथवा सेवाओं के बारे में जानकारी हेतु ACBH ACCESS को 1-800-491-9099 (TTY: 711) पर कॉल करें।

कृपया ध्यान दें: अतिरिक्त सहायता तथा सेवाएं, जिसमें अन्य के अलावा बड़े अक्षरों के दस्तावेज़ और वैकल्पिक प्रारूप भी शामिल हैं, अनुरोध करने पर निःशुल्क उपलब्ध कराई जाएंगी। कृपया अपने नियत प्रदाता से सीधे संपर्क करें अथवा सेवाओं के बारे में जानकारी हेतु ACBH ACCESS को 1-800-491-9099 (TTY: 711) पर कॉल करें।



ພາສາລາວ (Lao)

ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອື່ນ, ພວກເຮົາມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານນໍາໃຊ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ກຳນົດໄວ້ຂອງທ່ານໂດຍກົງ ຫຼື ເພື່ອສອບຖາມກ່ຽວກັບການບໍລິການ ໃຫ້ໂທຫາ ACBH ACCESS ທີ່ເບີ 1-800-491-9099 (TTY: 711).

ເອົາໃຈໃສ່: ອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ, ເຊິ່ງລຸ້ນມີ ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດ ເອກະສານຖົງພິມໃຫຍ່ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນ, ແມ່ນມີໃຫ້ທ່ານນໍາໃຊ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕາມຄໍາຂໍ. ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ກຳນົດໄວ້ຂອງທ່ານໂດຍກົງ ຫຼື ເພື່ອສອບຖາມກ່ຽວກັບການບໍລິການ ໃຫ້ໂທຫາ ACBH ACCESS ທີ່ເບີ 1-800-491-9099 (TTY: 711). (TTY: 711).



جدول المحتويات

11	خطاب إلى مقدمي الخدمات
12	مرحبًا بك في خطة الصحة السلوكية لمقاطعة ألاميدا
13	حرية الاختيار
14	إشعار بعدم التمييز
16	الموافقة على الخدمات
16	الموافقة على خدمات التطبيب عن بُعد
17	خدمات العلاج ومقدمو الرعاية
17	خدمات العلاج
17	مقدمو الرعاية
18	الحفاظ على بيئة مرحبة وآمنة
18	الفصل القسري (غير الطوعي)
20	دليل الأعضاء
21	دليل مقدمي الخدمة
21	الخدمات غير الطارئة للصحة النفسية أو علاج اضطرابات استخدام المواد
21	خدمات الأزمات
22	حل المشكلات
22	الشكاوى
22	كيفية تقديم شكوى
22	خيارات أخرى لتقديم الشكاوى المتعلقة بالممارسين الأفراد
23	الاستئنافات (Appeals)
23	كيفية تقديم استئناف
24	جلسات الاستماع العادل من الولاية
24	كيفية طلب جلسة استماع عادل من الولاية
24	حقوق المرضى
24	كيفية تقديم شكوى تتعلق بحقوق المرضى
25	موارد أخرى
26	التوجيهات المسبقة
27	السرية والخصوصية
28	إشعار بممارسات الخصوصية
32	تغييرات على شروط هذا الإشعار
33	الجزء 42 CFR الثاني: خصوصية خدمات علاج تعاطي المخدرات والكحول



**Behavioral
Health**

34 مسؤوليات المزود
34 تقديم الشكاوى والإبلاغ عن الانتهاكات
35 إقرار بالاستلام

خطاب إلى مقدمي الخدمات

- عزيزي مقدم الخدمة، شكرًا لك على خدمتك لأعضاء خطة الصحة السلوكية في مقاطعة ألاميدا. يُعد استعراض وتقديم حزمة المواد الإعلامية هذه للأعضاء أو لممثليهم القانونيين أمرًا إلزاميًا. فيما يلي التعليمات التفصيلية لما هو مطلوب:
- يجب مراجعة وتقديم نسخة من حزمة المواد الإعلامية هذه للعضو أو لممثله القانوني عند الاستقبال الأول وعند الطلب، باللغة أو بطريقة التواصل المفضلة لديهم.
 - يُرجى إعادة مراجعة وتقديم نسخة من حزمة المواد الإعلامية، وإشعار ممارسات الخصوصية، ودليل الأعضاء للعضو أو لممثله القانوني كلما حدث تغيير كبير في المحتوى.
 - يمكنك إضافة محتوى إلى هذه الحزمة و/أو تعديل التنسيق أو التصميم، ولكن لا يجوز بأي حال من الأحوال إزالة أو تعديل أو التناقض مع المحتوى الأصلي.
 - يجب تقديم نسخة من المستند المعنون *حَقْكَ في اتخاذ قرارات بشأن العلاج الطبي للعضو* أو لممثله القانوني باللغة أو التنسيق الذي يختارونه. يمكنك العثور على المستند من هنا:
<https://bhcsproviders.acgov.org/providers/QA/General/informing.htm>
 - اطلب من العضو أو ممثله القانوني توقيع وتاريخ صفحة الإقرار بالاستلام لهذا المستند واحتفظ بهذه الصفحة في ملف العضو.

تتوفر حزمة المواد الإعلامية بجميع اللغات الأساسية على موقع مقدمي خدمات دائرة الصحة السلوكية في مقاطعة ألاميدا على الإنترنت على العنوان التالي:

<http://www.acbhcs.org/providers/QA/General/informing.htm>

مرحبًا بك في خطة الصحة السلوكية لمقاطعة ألاميدا

مرحبًا! بصفتك عضوًا في خطة الصحة السلوكية لمقاطعة ألاميدا (BHP) وتطلب خدمات الصحة السلوكية من هذا المزود، نطلب منك مراجعة هذه الحزمة من المواد الإعلامية التي توضح حقوقك ومسؤولياتك. تشمل خطة الصحة السلوكية التابعة لصحة مقاطعة ألاميدا كلاً من خدمات الصحة النفسية التي تقدمها خطة الصحة النفسية التابعة للمقاطعة، وخدمات علاج اضطرابات استخدام المواد المخدرة (SUD) التي تقدمها منظومة تقديم خدمات SUD المنظمة بالمقاطعة؛ وقد تتلقى أحد هذين النوعين من الخدمات أو كليهما.

ما يجب أن يحدث:

- يجب على مقدم الخدمة مراجعة هذه المواد معك عند الاستقبال الأول وفي أي وقت تطلب فيه المراجعة.
 - ستعرض عليك أيضًا نسخة من هذه الحزمة لتأخذها معك إلى المنزل لمراجعتها متى شئت.
 - سيطلب منك توقيع الصفحة الأخيرة من هذه الحزمة للإشارة إلى أنه قد تم تقديم المواد إليك ومراجعتها معك.
 - سيحتفظ مقدم الخدمة بصفحة التوقيع.
- تحتوي هذه الحزمة على الكثير من المعلومات، لذا خذ وقتك في المراجعة ولا تتردد في طرح أي أسئلة. إن معرفة حقوقك ومسؤولياتك وفهماها يساعدك في الحصول على الرعاية التي تستحقها.

حرية الاختيار

بصفتنا خطة الصحة السلوكية الخاصة بك، نحن ملزمون بإبلاغك بما يلي:

- القبول والمشاركة في نظام الصحة السلوكية اختياري، وليس شرطاً للوصول إلى خدمات المجتمع الأخرى.
- لديك الحق في الوصول إلى خدمات الصحة السلوكية الأخرى الممولة من Medi-Cal، ولديك الحق في طلب تغيير المزود و/أو الموظفين.
- تتعاقد خطة الصحة السلوكية (BHP) مع مجموعة واسعة من مقدمي الخدمات في مجتمعنا، وقد تشمل مقدمي خدمات قائمين على أساس ديني. هناك قوانين تنظم تلقي مقدمي الخدمات الدينية لتمويل فيدرالي، بما في ذلك أنه يجب عليهم تقديم الخدمات لجميع الأعضاء المؤهلين بغض النظر عن معتقداتهم الدينية، وأنه لا يجوز استخدام الأموال الفيدرالية لدعم الأنشطة الدينية (مثل العبادة، التعليم الديني، أو محاولات تحويل العضو إلى دين معين). إذا تم إحالتك إلى مقدم خدمات دينية واعرضت على تلقي الخدمات منه بسبب طابعه الديني، يحق لك طلب رؤية مقدم خدمات آخر.

ملاحظة: نحن نبذل قصارى جهدنا لتلبية جميع الطلبات المعقولة. ومع ذلك، لا يمكننا ضمان تلبية جميع طلبات تغيير المزود، باستثناء الحالات التي يكون فيها الطلب بسبب الطابع الديني لمقدم الخدمة.

إشعار بعدم التمييز

التمييز مخالف للقانون. تتبع إدارة الصحة السلوكية في مقاطعة ألاميدا (تشمل مقدمي الخدمة في المقاطعة والعقد) قوانين الحقوق المدنية على مستوى الولاية والفيدالية. إن إدارة الصحة السلوكية في مقاطعة ألاميدا (ACBHD) لا تمارس التمييز بشكل غير قانوني، كما ولا تستبعد الأشخاص أو تعاملهم بشكل مختلف بسبب الجنس، العرق، اللون، الدين، الأصول، الأصل القومي، المجموعة العرقية، العمر، الإعاقة العقلية، الإعاقة الجسدية، الحالة الطبية، المعلومات الوراثية، الحالة الاجتماعية، الجنس، الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي، أو أي أساس آخر محمي بموجب قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية أو قوانين الحقوق المدنية للولاية.

توفر إدارة الصحة السلوكية بمقاطعة ألاميدا:

- مساعدات وخدمات مجانية للأشخاص ذوي الإعاقة بهدف مساعدتهم على التواصل بشكل أفضل، على سبيل المثال: مترجمو لغة الإشارة المؤهلون، معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى (الطباعة الكبيرة، طريقة برايل، الصوت، و/أو التنسيقات الإلكترونية التي يمكن الوصول إليها).
- خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين لغتهم الأساسية ليست الإنجليزية، على سبيل المثال: مترجمون مؤهلون ومعلومات مكتوبة بلغات أخرى.

إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، اتصل من فضلك بمزود الخدمة الخاص بك أو أن تقم بالاتصال بـ ACBHD ACCESS على الرقم 1-800-491-9099 (الاتصال الهاتفي عبر الهاتف الثابت: 711. أو إذا كنت لا يمكنك السمع أو التحدث بشكل جيد، يرجى الاتصال على رقم 711 (التابع لولاية كاليفورنيا).

إذا كنت تعتقد أن إدارة الصحة السلوكية بمقاطعة ألاميدا فشلت في تقديم هذه الخدمات أو أنها مارست التمييز بشكل غير قانوني بطريقة أخرى على أساس الجنس، العرق، اللون، الدين، الأصول، الأصل القومية، المجموعة العرقية، العمر، الإعاقة العقلية، الإعاقة الجسدية، الحالة الطبية، المعلومات الوراثية، الحالة الاجتماعية، الجنس، الهوية الجنسية، التوجه الجنسي، يمكنك تقديم شكوى بعدة طرق:

مكتب مساعدة المستهلك التابع لـ ACBHD

- عن طريق الهاتف:
1-800-779-0787 مكتب مساعدة المستهلك التابع لـ ACBHD
للمساعدة في السمع أو التحدث، اتصل بـ 711، خدمة الترحيل في كاليفورنيا
- عن طريق البريد الأمريكي: املا نموذج الشكوى أو اكتب رسالة وأرسلها إلى:
مساعدة المستهلك
2000 خليج إمبركاديرو، الجناح 400
أوكلاند، كاليفورنيا 94606

تتوفر نماذج الشكاوى عبر الإنترنت، قم بزيارة:

<https://www.acbhcs.org/plan-administration/file-a-grievance/>

- بشكل شخصي:
مساعدة المستهلك في جمعية الصحة العقلية
2855 رواق تيليغراف، جناح 501
بيركلي، كاليفورنيا 94705

مكتب الحقوق المدنية – إدارة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا

يمكنك أيضًا تقديم شكوى التي تتعلق بالحقوق المدنية إلى إدارة خدمات الرعاية الصحية في ولاية كاليفورنيا، مكتب الحقوق المدنية عبر الهاتف أو كتابياً أو إلكترونياً:

- عن طريق الهاتف:
اتصل على الرقم 916-440-7370
إذا لم تكن قادرًا على التحدث أو السمع بشكل جيد، يرجى الاتصال على لالرقم 711 (تتابع ولاية كاليفورنيا).
- املاً نموذج الشكوى أو أرسل خطاباً بالبريد إلى:
إدارة خدمات الرعاية الصحية، مكتب الحقوق المدنية
صندوق بريد 997413, MS 0009
ساكرامنتو، كاليفورنيا 95899-7413
نموذج الشكوى: <https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures>
- إلكترونياً: أرسل بريداً إلكترونياً إلى CivilRights@dhcs.ca.gov.

مكتب الحقوق المدنية – وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية

يمكنك أيضًا تقديم شكوى التي تتعلق بالحقوق المدنية إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية في الولايات المتحدة الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية عبر الهاتف أو كتابياً أو إلكترونياً:

- عن طريق الهاتف:
اتصل على الرقم 1-800-368-1019
إذا لم تكن قادرًا على التحدث أو السمع بشكل جيد، يرجى الاتصال على الرقم 711 (تتابع ولاية كاليفورنيا).
- املاً نموذج الشكوى أو أرسل خطاباً بالبريد إلى:
وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية
200 شارع الاستقلال، غرفة SW 509F، مبنى HHH
واشنطن العاصمة، 20201
نماذج الشكوى متوفرة على الرابط التالي: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- إلكترونياً من خلال بوابة الشكاوى: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

الموافقة على الخدمات

بصفتك عضوًا في خطة الصحة السلوكية هذه (BHP)، فإن توقيعك أو توقيع ممثلك القانوني على الصفحة الأخيرة من هذه الحزمة يُعد موافقة طوعية على تلقي خدمات الصحة السلوكية من هذا المزود.

تعني موافقتك على الخدمات أن على هذا المزود مسؤولية إبلاغك بخيارات العلاج المتاحة والبدائل حتى تتمكن من اتخاذ قرار مستنير بشأن علاجك. لديك الحق في المشاركة في القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية التي تتلقاها، كما أن لك الحق في رفض العلاج.

قد يكون لدى مزود الخدمة نماذج موافقة إضافية يتوجب عليك توقيعها تصف بمزيد من التفصيل أنواع الخدمات التي قد تتلقاها. بالإضافة إلى ذلك، هناك حاجة إلى موافقات منفصلة في بعض الحالات، مثل عندما يتم وصف أدوية معينة أو عند تقديم الخدمات عبر التطبيب عن بُعد.

الموافقة على خدمات التطبيب عن بُعد

خدمات التطبيب عن بُعد هي تلك التي تُقدّم في الوقت الفعلي عبر الفيديو مع الصوت، أو بالصوت فقط (الهاتف). يجب على مزود الخدمة الحصول على موافقتك الخطية أو الشفهية قبل بدء خدمات التطبيب عن بُعد.

ويجب أن يشرح لك ما يلي:

- لديك الحق في الوصول إلى خدمات Medi-Cal المغطاة من خلال القيام بزيارة شخصية أو وجهًا لوجه أو من خلال الخدمات الصحية عن بُعد.
- إن استخدام الرعاية الصحية عن بُعد طوعي، ويمكنك سحب موافقتك على تلقي الخدمات من خلال الرعاية الصحية عن بُعد أو إيقافها في أي وقت دون التأثير على قدرتك على الوصول إلى الخدمات المغطاة في المستقبل.
- توفر Medi-Cal تغطية لخدمات النقل إلى الخدمات الشخصية عندما يتم استنفاد الموارد الأخرى بشكل معقول.
- قد تكون هناك قيود أو مخاطر تتعلق بتلقي الخدمات من خلال الخدمات الصحية عن بُعد مقارنةً بالزيارة الشخصية، إن وجدت.

يجب أن يتأكدوا من فهمك للقيود والمخاطر المحتملة لتلقي الخدمات باستخدام الرعاية الصحية عن بُعد، وأن تكون قد حصلت على إجابات لجميع أسئلتك بما يرضيك.

خدمات العلاج ومقدمو الرعاية

خدمات العلاج

سيقوم مزود الخدمة بشرح نوع الخدمات التي يقدمها بمزيد من التفصيل. بالنسبة لخدمات الصحة النفسية، قد تشمل، ولكن لا تقتصر على: التقييمات، الفحوصات، الاستشارات الفردية، الاستشارات الجماعية، العلاج الأسري، التدخل في الأزمات، العلاج النفسي، إدارة الحالات، خدمات إعادة التأهيل، خدمات الأدوية، وضع خطط العلاج، التخطيط للخروج من العلاج، الإحالات إلى متخصصين آخرين في الصحة السلوكية، والمشاورات مع مهنين آخرين نيابة عنك.

بالإضافة إلى الخدمات المذكورة أعلاه، قد تشمل خدمات علاج اضطرابات استخدام المواد (SUD) في العيادات الخارجية أدوية لعلاج الإدمان (MAT) أو اختبارات تحليل المخدرات بحسب الحاجة السريرية. رغم أن لك الحق في رفض أي من الخدمات الموصى بها أو المقدمة لك، قد توجد متطلبات محددة لإجراء اختبارات تحليل المخدرات (مثل محكمة المخدرات، المراقبة القضائية، وما إلى ذلك). كما أن بعض البرامج مُطلبة بإجراء اختبارات تحليل المخدرات من أجل إصدار الفواتير لـ Medi-Cal. على سبيل المثال، برامج علاج الأفيون (OTP) مُلزمة بإجراء اختبارات تحليل المخدرات وفقاً لمتطلبات البرنامج.

مقدمو الرعاية

قد تشمل فئة مقدمي الخدمات المهنية، على سبيل المثال لا الحصر: الأطباء، ممارسو التمريض، الممرضون الأخصائيون الإكلينيكيون، الممرضون المسجلون، مساعدي الأطباء، الفنيون النفسيون، الممرضون المهنيون المرخصون، المعالجون المهنيون، الصيادلة، معالجو الزواج والأسرة، الأخصائيون الاجتماعيون الإكلينيكيون، المستشارون الإكلينيكيون المهنيون، الأخصائيون النفسيون، المتدربون المسجلون، مستشارو اضطرابات استخدام المواد، أخصائيو إعادة التأهيل النفسي، وشركاء الدعم من الأقران والعائلة.

ليس كل مقدمي الخدمة من المهنيين المرخصين. يُتوقع من المزودين إبلاغك بمؤهلاتهم وإعلامك إذا لم يكن لديهم ترخيص بمزاولة المهنة وكانوا يعملون تحت إشراف مهني مرخص. يجب على المتدربين، والمتدربين الداخليين، أو المسجلين، إعلامك كتابياً بأنهم غير مرخصين، وتقديم اسم ونوع ترخيص المشرف المرخص المسؤول عنهم.¹ يجب أن يعمل جميع الموظفين غير المرخصين تحت إشراف مهنيين مرخصين.

¹ [البند السادس من جدول الأعمال - مناقشة متطلبات الإعلان والإفصاحات الأخرى في القوانين واللوائح](#)

الحفاظ على بيئة مرحة وآمنة

بصفتك عضواً في خطة الصحة السلوكية لمقاطعة ألاميدا، من المهم أن تشعر بالترحيب والاحترام خلال رحلتك نحو حياة أكثر صحة وإنتاجية. ومن الطرق التي تُسهّم بها في خلق تجربة علاجية آمنة ومرحة هي من خلال مطالبة الجميع، المزودين والأعضاء، باتباع بعض القواعد المتعلقة بالسلوكيات الآمنة والمحترمة. تشمل هذه القواعد ما يلي:

- ✓ التصرف بطرق آمنة تجاه نفسك والآخرين.
- ✓ عدم حمل أي نوع من الأسلحة.
- ✓ التحدث بأدب واحترام مع الآخرين.
- ✓ احترام ممتلكات الآخرين وبرنامج العلاج الخاص بك.
- ✓ الامتناع عن بيع أو استخدام أو توزيع الكحول، المخدرات، منتجات النيكوتين/التبغ، السجائر الإلكترونية، وأجهزة التدخين الإلكتروني في أماكن العلاج.

ولضمان بيئة علاجية آمنة للجميع، قد يُطلب من الأفراد الذين يخلقون بيئة غير آمنة عمداً مغادرة موقع العلاج، وقد يتم إيقاف خدماتهم مؤقتاً أو نهائياً، وإذا لزم الأمر، قد تُتخذ إجراءات قانونية ضدهم. إذا شعرت بعدم الأمان أو أنك لا تستطيع الالتزام بهذه القواعد، تحدث مع مزود الخدمة فوراً. من خلال التزامك بهذه القواعد، فإنك تساهم في خلق تجربة علاجية آمنة ومرحة.

الفصل القسري (غير الطوعي)

تشمل أسباب الفصل القسري من البرنامج، على سبيل المثال لا الحصر، خلق بيئة غير آمنة أو مثيرة للاضطراب للمشاركين الآخرين. وقد يكون ذلك أحياناً بسبب أن العضو في حالة سُكْر أو تأثير مادة. في تلك اللحظة، سيناقش معك المستشار الأمر وقد يوصي بإجراء اختبار فوري للمخدرات.

سواء وافقت أو رفضت إجراء اختبار المخدرات في هذه الحالة، فقد يتم فصلك إذا تعذر معالجة سلوكك وتعديله بما يضمن بيئة آمنة وغير معطّلة للجميع في البرنامج. سيُتخذ أخصائيو علاج الإدمان والمنظمات المقدمة للعلاج الخطوات المناسبة لضمان الحفاظ على سرية نتائج اختبار المخدرات بالقدر الذي يسمح به القانون.

وأخيراً، إذا كنت ترفض باستمرار خدمات البرنامج المقدمة لك، أو لا تلتزم بحضور جلسات العلاج، فقد يوصي مزودك بتحويلك إلى مكان علاج آخر أكثر ملاءمة.

إذا تم فصلك من أحد البرامج قسراً ولم توافق على القرار، يمكنك تقديم طعن إلى مكتب مساعدة المستهلك التابع لدائرة الصحة السلوكية في مقاطعة ألاميدا.

- عن طريق الهاتف:
1-800-779-0787 مكتب مساعدة المستهلك التابع لـ ACBHD
للمساعدة في السمع أو التحدث، اتصل بـ 711، خدمة الترحيل في كاليفورنيا

- عن طريق البريد الأمريكي:
2000 خليج إمبركادير، الجناح 400
أوكلاند، كاليفورنيا 94606



- بشكل شخصي:
مساعدة المستهلك في جمعية الصحة العقلية
2855 رواق تيليغراف، جناح 501
بيركلي، كاليفورنا 94705

دليل الأعضاء

ستتم مراجعة كتيب أعضاء خطة الصحة السلوكية (BHP) وخدمات الصحة النفسية المتخصصة ونظام التسليم المنظم لخدمات الصحة النفسية والعقاقير في خطة الصحة السلوكية (BHP) وتقديمها لك في بداية كل خدمة جديدة أو كلما طلبت ذلك. يتضمن دليل الأعضاء معلومات حول الأهلية للحصول على الخدمات، والخدمات المتاحة وكيفية الوصول إليها، ومن هم مقدمو خدماتنا، ومزيداً من المعلومات حول حقوقك، بالإضافة إلى إجراءات تقديم الشكاوى، والاستئناف، وجلسات الاستماع العادلة على مستوى الولاية. كما يحتوي الدليل على أرقام هواتف مهمة لخطة الصحة السلوكية.

يتوفر دليل الأعضاء إلكترونياً على الرابط التالي: <https://www.acbhcs.org/beneficiary-handbook/>. إذا كنت تفضل نسخة ورقية من دليل الأعضاء، يمكنك إبلاغ مقدم الخدمة بذلك. يجب على مقدم الخدمة تزويدك بنسخة ورقية من الدليل مجاناً خلال 5 أيام من طلبك.

يتوفر دليل الأعضاء باللغات التالية: الإنجليزية، الإسبانية، العربية، الصينية، الفارسية، الكورية، التاغالوغية، والفيتنامية. تحدث إلى مقدم الخدمة أو اتصل بخط ACBHD ACCESS على الرقم 1-800-491-9099 (الهاتف النصي: 711) إذا كنت بحاجة إلى نسخة بديلة من الدليل، مثل نسخة بطريقة برايل أو نسخة صوتية. يمكنك أيضاً طلب ذلك من خلال التواصل مع قسم ضمان الجودة في الصحة السلوكية لمقاطعة ألاميدا عبر هذا البريد الإلكتروني: QAIM@acgov.org.

دليل مقدمي الخدمة

سيتم مراجعة وتقديم دليل مقدمي الخدمة لك عند بدء إجراءات الاستقبال أو عند الطلب. يحتوي على قائمة بمقدمي خدمات الصحة السلوكية التابعين للمقاطعة والمتعاقدين معها في مجتمعنا، ويتم تحديثه شهرياً.

يتوفر دليل مقدمي الخدمة إلكترونياً على الرابط التالي: <https://acbh.my.site.com/ProviderDirectory/s/>. إذا كنت تفضل نسخة ورقية من دليل مقدمي الخدمة، يمكنك إبلاغ مقدم الخدمة. يجب على مقدم الخدمة تزويدك بنسخة ورقية مجاناً خلال 5 أيام من طلبك.

يتوفر دليل مقدمي الخدمة باللغات التالية: الإنجليزية، الإسبانية، العربية، الصينية، الفارسية، الفلبينية، الخميرية، الكورية، والفيتنامية.

الخدمات غير الطارئة للصحة النفسية أو علاج اضطرابات استخدام المواد

يمكنك الاتصال بخطتك الصحية باستخدام أرقام الهاتف أدناه إذا كانت لديك أسئلة بخصوص دليل مقدمي الخدمة. يمكن للممثلين إبلاغك ما إذا كان لدى أحد المزودين أماكن متاحة وشروط الأهلية الخاصة بهم. تتوفر خدمات المساعدة اللغوية. لمن لديهم صعوبات في السمع أو الكلام، اتصل بالرقم 711 لاستخدام خدمة التحويل الخاصة بولاية كاليفورنيا للمساعدة في الاتصال بأي من خطوط خدمة العملاء.

- لخدمات الصحة النفسية: اتصل ببرنامج ACCESS على الرقم 1-800-491-9099.
- لخدمات العلاج من تعاطي المخدرات: اتصل بخط المساعدة والإحالة لعلاج الإدمان على الرقم 1-844-682-7215.

خدمات الأزمات

إذا كنت تمر بأزمة في الصحة السلوكية، اتصل بالرقم 988 أو 309-2131 (800)، أو أرسل كلمة "Safe" أو "Seguro" برسالة نصية إلى الرقم 20121. يمكنك أيضاً الاتصال بالخط الوطني للوقاية من الانتحار على الرقم 1 (800) 273-8255.

حل المشكلات

بصفتك عضوًا في خطة الصحة السلوكية لمقاطعة ألاميدا، تتوفر لك العديد من الخيارات إذا لم تكن راضيًا عن الخدمات التي تتلقاها. يمكنك العثور على معلومات مفصلة حول خياراتك والنماذج ذات الصلة على موقع دائرة الصحة السلوكية لمقاطعة ألاميدا على الرابط التالي: <https://www.acbhcs.org/plan-administration/file-a-grievance/>

الشكاوى

لديك الحق في تقديم شكوى في أي وقت تجد فيه أن أحد مقدمي الخدمة أو الخدمات غير مرضٍ لك. على سبيل المثال:

- إذا لم تكن تحصل على نوع الخدمة التي ترغب بها.
- إذا شعرت أن الخدمة المقدمة لك رديئة الجودة.
- إذا شعرت أنك تتعرض لمعاملة غير عادلة.
- إذا لم يتم جدولة المواعيد في أوقات تناسبك أبدًا.
- إذا لم يكن المرفق نظيفًا أو آمنًا.

كيفية تقديم شكوى

يمكنك تقديم شكوى إما مباشرةً إلى مقدم الخدمة الخاص بك أو إلى دائرة الصحة السلوكية لمقاطعة ألاميدا باستخدام العملية الموضحة أدناه.

دائرة الصحة في مقاطعة ألاميدا (ACBHD):

- عن طريق الهاتف:
1-800-779-0787 مكتب مساعدة المستهلك التابع لـ ACBHD
للمساعدة في السمع أو التحدث، اتصل بـ 711، خدمة الترحيل في كاليفورنيا
- عن طريق البريد الأمريكي:
2000 خليج إمبركادير، الجناح 400
أوكلاند، كاليفورنيا 94606
- بشكل شخصي:
مساعدة المستهلك في جمعية الصحة العقلية
2855 رواق تيليغراف، جناح 501
بيركلي، كاليفورنيا 94705

مقدم الخدمة الخاص بك:

قد يقوم مقدم الخدمة بحل الشكوى داخليًا أو يوجهك إلى دائرة الصحة السلوكية في مقاطعة ألاميدا (ACBHD) كما هو موضح أعلاه. يمكنك الحصول على النماذج والمساعدة من مقدم الخدمة.

خيارات أخرى لتقديم الشكاوى المتعلقة بالممارسين الأفراد

يمكن أيضًا تقديم الشكاوى المتعلقة بمقدمي الخدمة الأفراد إلى الهيئات المهنية المرخصة المناسبة. على سبيل المثال:

- يستقبل مجلس العلوم السلوكية (Board of Behavioral Sciences) ويستجيب للشكاوى المتعلقة بالخدمات المقدمة ضمن نطاق الممارسة للفئات التالية من الممارسين: معالجي الزواج والأسرة، أو أخصائيي علم النفس التربوي المرخصين، أو الأخصائيين الاجتماعيين السريريين، أو المستشارين السريريين المحترفين. يمكنك تقديم شكوى إليهم مباشرة عبر الهاتف على الرقم: 7830-574 (916) أو عبر الإنترنت: <https://www.bbs.ca.gov/consumers/>
- إذا كنت تعتقد أن أخصائيًا نفسيًا أو مساعدًا نفسيًا قد تصرف بطريقة غير قانونية أو غير مهنية، يمكنك تقديم شكوى إلى مجلس علم النفس (Board of Psychology). رابط لمزيد من المعلومات: <https://www.psychology.ca.gov/consumers/filecomplaint.shtml>
- أما الشكاوى المتعلقة بالمهنيين الطبيين، فيمكن تقديمها إلى مجلس الطب في كاليفورنيا (Medical Board of California). رابط لمزيد من المعلومات: <https://www.mbc.ca.gov/Resources/BreEZe-Resources-Center/Complaints.aspx>

الاستئنافات (Appeals)

- لديك الحق في تقديم استئناف إذا استلمت "إشعارًا بتحديد فائدة سلبية" (NOABD)، والذي يُعَلِّمك بإجراء اتخذته خطة الصحة السلوكية (BHP) بشأن مزاياك. على سبيل المثال:
- إذا تم رفض الخدمة التي طلبتها أو تم تقييدها.
 - إذا تم تغليب أو تعليق أو إنهاء خدمة تم الموافقة عليها مسبقًا وتلقاها حاليًا.
 - إذا رفضت BHP دفع تكاليف خدمة تلقيتها.
 - إذا لم يتم تقديم الخدمات لك في الوقت المناسب.
 - إذا لم يتم حل الشكوى أو الاستئناف ضمن الإطار الزمني المطلوب.
 - إذا تم رفض طلبك للطعن في المسؤولية المالية.
 - إذا تم تسريحك قسراً من أحد البرامج.

كيفية تقديم استئناف

- إذا كنت عضوًا في برنامج Medi-Cal تتلقى خدمات Medi-Cal، فيمكنك تقديم استئناف إلى الصحة السلوكية في مقاطعة ألاميدا باستخدام العملية الموضحة أدناه.
- عن طريق الهاتف:
1-800-779-0787 مكتب مساعدة المستهلك التابع لـ ACBHD
للمساعدة في السمع أو التحدث، اتصل بـ 711، خدمة الترحيل في كاليفورنيا
 - عن طريق البريد الأمريكي:
2000 خليج إمبركاديرو، الجناح 400
أوكلاند، كاليفورنيا 94606
 - بشكل شخصي:
مساعدة المستهلك في جمعية الصحة العقلية
2855 رواق تيليغراف، جناح 501
بيركلي، كاليفورنيا 94705

جلسات الاستماع العادل من الولاية

لديك الحق في جلسة استماع عادلة في الولاية، وهي مراجعة مستقلة تجريها إدارة كاليفورنيا للخدمات الاجتماعية، إذا كنت قد أكملت عملية الاستئناف الخاصة بخطة الصحة السلوكية (BHP) ولم يتم حل المشكلة بما يرضيك. يمكنك طلب عقد جلسة استماع عادلة في الولاية سواء كنت قد تلقيت طلبًا من NOABD أم لا.

يتم تضمين طلب عقد جلسة استماع عادلة على مستوى الولاية مع كل إشعار بقرار الاستئناف (NAR). يجب عليك تقديم الطلب في غضون 120 يومًا من تاريخ ختم البريد أو اليوم الذي أعطاك فيه برنامج التأمين الصحي BHP شخصيًا قرار NAR.

للاحتفاظ بخدماتك نفسها أثناء انتظار جلسة الاستماع، يجب عليك طلب جلسة الاستماع في غضون عشرة (10) أيام من تاريخ إرسال إشعار قرار الاستئناف العادل (NAR) بالبريد أو تسليمه لك شخصيًا أو قبل تاريخ سريان التغيير في الخدمة، أيهما أبعد.

يجب أن تتوصل الدولة إلى قرارها في غضون 90 يومًا تقويميًا من تاريخ طلب جلسات الاستماع العادية وفي غضون 3 أيام من تاريخ طلب جلسات الاستماع المعجلة.

يجب أن يصرح برنامج التأمين الصحي BHP بالخدمات المتنازع عليها أو يقدمها على الفور في غضون 72 ساعة من تاريخ استلامه إشعارًا بالغاء قرار برنامج التأمين الصحي BHP بشأن تحديد المزايا السلبيّة.

كيفية طلب جلسة استماع عادل من الولاية

• عن طريق الهاتف:
1 (800) 952-5253 أو 1 (800) 952-8349 TTY

• عبر الإنترنت:
<https://www.cdss.ca.gov/hearing-requests>

• كتابياً:
إدارة كاليفورنيا للخدمات الاجتماعية/قسم جلسات الاستماع الحكومية
ص.ب. 944243
محطة البريد 9-17-37
ساكرامنتو، كاليفورنيا 94244-2430

حقوق المرضى

بشكل عام، يتم التعامل مع القضايا المتعلقة بالخدمات التي يتم تلقيها في أماكن الإقامة الداخلية (المستشفيات)، وخاصة تلك المتعلقة بالاحتجاز القسري والوصاية القانونية، من خلال الوسائل القانونية القائمة مثل حقوق المرضى، وليس من خلال عملية الشكاوى أو الاستئناف. على سبيل المثال:

- إذا تم تقييدك جسديًا وتعند أن المرفق لم يكن لديه سبب وجيه لذلك.
- إذا تم إدخالك إلى المستشفى ضد إرادتك ولا تفهم السبب أو الخيارات المتاحة أمامك.

كيفية تقديم شكوى تتعلق بحقوق المرضى



اتصل بمحامى حقوق المرضى على: 734-2504 (800) 1 أو إذا كنت خارج المقاطعة، اتصل على 835-2505 (510). هذا الرقم يعمل على مدار 24 ساعة، مع إمكانية ترك رسالة صوتية خارج ساعات العمل. تُقبل المكالمات على حساب الطرف المستقبل (Collect Calls).

موارد أخرى

لمزيد من المعلومات التفصيلية المتعلقة بعملية حل المشكلات، انظر قسم عملية حل المشكلات: لتقديم شكوى، استئناف، أو طلب جلسة استماع عادلة من الولاية" في دليل الأعضاء. يتوفر دليل الأعضاء المتكامل على صفحة مواد الإعلام لضمان الجودة في موقع مقدمي الخدمة على الرابط

التالي: <https://bhcsproviders.acgov.org/providers/QA/General/informing.htm>

إذا كانت لديك أي أسئلة أو تحتاج إلى مساعدة في تعبئة النماذج المطلوبة، يرجى التواصل مع مقدم الخدمة أو الاتصال بخط مساعدة المستهلك على الرقم 779-0787 (800) 1.

التوجيهات المسبقة

(تنطبق فقط إذا كان عمرك 18 عامًا أو أكثر)

إذا كان عمرك 18 عامًا أو أكثر، فإن خطة الصحة السلوكية ملزمة بموجب القانونين الفيدرالي والولائي بإبلاغك بحقك في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية، وكيف يمكنك التخطيط الآن لرعايتك الطبية في حال أصبحت غير قادر على التعبير عن رغباتك في المستقبل. إن وضع خطة الآن يساعد في التأكد من أن رغباتك وتفضيلاتك معروفة للأشخاص الذين يحتاجون إلى معرفتها. تُعرف هذه العملية بإنشاء "توجيه مسبق للرعاية الصحية" (Advance Directive).

لا يُطلب منك إنشاء توجيه مسبق، كما أن حصولك على خدمات الصحة السلوكية من قبل دائرة الصحة السلوكية في مقاطعة ألاميدا لا يعتمد على ما إذا كنت قد أنشأت توجيهًا مسبقًا أم لا. ومع ذلك، نشجعك على التعرف على هذه العملية والتخطيط لرعايتك الطبية المستقبلية منذ الآن. يمكن لمقدمي خدمات الصحة السلوكية وموظفي مقاطعة ألاميدا مساعدتك في هذه العملية، لكنهم لا يستطيعون إنشاء توجيه مسبق نيابةً عنك.

تقدم المنظمة الوطنية للأمراض النفسية (NAMI) معلومات مفيدة حول هذا الموضوع على الرابط:

<https://www.nami.org/Advocacy/Policy-Priorities/Responding-to-Crises/Psychiatric-Advance-Directives/>

يمكنك أيضًا مراجعة سياسة دائرة الصحة السلوكية في هذا الموضوع، في القسم 2-300 من صفحة السياسات والإجراءات:

<https://bhcsproviders.acgov.org/providers/PP/Policies.htm>

تتوفر نماذج "توجيه الرعاية الصحية المسبق" على موقع وزارة العدل في ولاية كاليفورنيا:

<https://oag.ca.gov/system/files/media/ProbateCodeAdvanceHealthCareDirectiveForm-fillable.pdf>

إذا كانت لديك أي شكاوى تتعلق بمتطلبات التوجيه المسبق، يرجى التواصل مع خط مساعدة المستهلك على الرقم 1-800-779-0787.

السرية والخصوصية

سرية وخصوصية معلوماتك الصحية أثناء المشاركة في خدمات العلاج حق شخصي مهم. تحتوي هذه الحزمة على معلومات مهمة حول كيفية استخدام سجلاتك العلاجية ومعلوماتك الشخصية ومشاركتها مع الآخرين وكيف يمكنك الوصول إلى معلوماتك الصحية الشخصية.

هناك وثيقتان مهمتان متضمنتان في هذه الحزمة تصفان حقوقك بالتفصيل:

- إشعار بممارسات الخصوصية

- CFR 24 الجزء 2- خصوصية خدمات العلاج من المخدرات والكحوليات

سيراجع مقدم الرعاية الخاص بك هاتين الوثيقتين وحدود السرية معك أثناء مراجعة حزمة المواد الإعلامية هذه.

ملاحظة: في حالة تنقيح إشعار ممارسات الخصوصية بعد مراجعته معك عند الاستلام، يجب على مقدم الخدمة مراجعة التحديثات معك مرة أخرى، والحصول على توقيعك للتحقق من القيام بذلك وحفظ نسخة من النموذج الموقع في سجلك الطبي.

إشعار بممارسات الخصوصية

معلوماتك

حقوقك

مسؤولياتنا

يصف هذا الإشعار كيف يمكن استخدام معلوماتك الصحية والإفصاح عنها وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات.



حقوقك

عندما يتعلق الأمر بمعلوماتك الصحية، لديك حقوق معينة. يشرح هذا القسم حقوقك وبعض مسؤولياتنا لمساعدتك.

<ul style="list-style-type: none"> • يمكنك طلب رؤية أو الحصول على نسخة إلكترونية أو ورقية من سجلك الطبي والمعلومات الصحية الأخرى التي لدينا عنك. • سنوفر لك نسخة أو ملخصًا من معلوماتك الصحية، عادةً في غضون 15 يومًا من طلبك. قد نفرض رسومًا معقولة بناءً على التكلفة. 	<p>الحصول على نسخة إلكترونية أو ورقية من سجلك الطبي</p>
<ul style="list-style-type: none"> • يمكنك طلب تصحيح معلومات صحية عنك تعتقد أنها غير صحيحة أو غير مكتملة. • قد نقول "لا" لطلبك، ولكننا سنخبرك بالسبب كتابيًا خلال 60 يومًا. 	<p>طلب تصحيح سجلك الطبي</p>
<ul style="list-style-type: none"> • يمكنك طلب التواصل معك بطريقة محددة (مثل الهاتف المنزلي أو المكتبي) أو إرسال البريد إلى عنوان مختلف. • سنوافق على جميع الطلبات المعقولة. 	<p>طلب اتصالات سرية</p>
<ul style="list-style-type: none"> • يمكنك طلب عدم استخدام أو مشاركة معلومات صحية معينة لأغراض العلاج أو الدفع أو عملياتنا. • لسنا ملزمين بالموافقة على طلبك، وقد نقول "لا" إذا كان ذلك سيؤثر على رعايتك. • إذا دفعت مقابل خدمة أو عنصر رعاية صحية بالكامل من جيبك الخاص، يمكنك طلب عدم مشاركة تلك المعلومات لغرض الدفع أو عملياتنا مع شركة التأمين الخاصة بك. 	<p>طلب الحد من ما نستخدمه أو نشاركه</p>

<ul style="list-style-type: none"> • سنقول "نعم" ما لم تتطلب منا القوانين مشاركة هذه المعلومات. 	
<ul style="list-style-type: none"> • يمكنك طلب قائمة (محاسبة) بالمرات التي شاركنا فيها معلوماتك الصحية خلال السنوات الست السابقة لتاريخ طلبك، مع من شاركناها، ولماذا. • سنشمل جميع الإفصاحات باستثناء تلك المتعلقة بالعلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية، وبعض الإفصاحات الأخرى (مثل التي طلبتها منا). • سنوفر محاسبة واحدة سنويًا مجانيًا، ولكن قد نرفض رسومًا معقولة إذا طلبت محاسبة إضافية خلال 12 شهرًا. 	<p>الحصول على قائمة بالأطراف الذين شاركنا المعلومات معهم</p>
<ul style="list-style-type: none"> • يمكنك طلب نسخة ورقية من هذا الإشعار في أي وقت، حتى إذا وافقت على استلام الإشعار إلكترونيًا. • سنوفر لك نسخة ورقية على الفور. 	<p>الحصول على نسخة من إشعار الخصوصية هذا</p>
<ul style="list-style-type: none"> • إذا منحت شخصًا تفويضًا طبيًا أو إذا كان شخص ما وصيًا قانونيًا عليك، يمكن لهذا الشخص ممارسة حقوقك واتخاذ الخيارات المتعلقة بمعلوماتك الصحية. • سنتأكد من أن الشخص لديه هذه السلطة ويمكنه العمل نيابة عنك قبل اتخاذ أي إجراء. 	<p>اختيار شخص للعمل نيابة عنك</p>
<ul style="list-style-type: none"> • إذا كنت تشعر بأننا انتهكنا حقوقك، يمكنك تقديم شكوى بالطرق التالية: عن طريق الاتصال بالخدمات الصحية في مقاطعة ألاميدا: <ul style="list-style-type: none"> ○ إرسال رسالة إلى: 1000 جادة سان لياندرو، جناح 300، سان لياندرو، كاليفورنيا 94577 ○ أو الاتصال بـ: 510-618-333 ○ أو إرسال بريد إلكتروني HCSA.Compliance@acgov.org أو عن طريق تقديم شكوى إلى مكتب وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية للحقوق المدنية: <ul style="list-style-type: none"> ○ إرسال رسالة إلى: 90 شارع 7، جناح 100-4، سان فرانسيسكو، كاليفورنيا 94103 ○ أو الاتصال بـ: 1-800-368-1019 ○ أو زيارة: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ • لن ننتقم منك بسبب تقديمك شكوى. 	<p>تقديم شكوى إذا شعرت أن حقوقك قد انتهكت</p>

في بعض الحالات، يمكنك إخبارنا بخياراتك حول ما نشاركه. إذا كان لديك تفضيل واضح حول كيفية مشاركة معلوماتك في الحالات الموصوفة أدناه، تحدث معنا. أخبرنا بما نريدنا أن نفعله، وسنتبع تعليماتك.

<ul style="list-style-type: none"> • مشاركة المعلومات مع عائلتك أو أصدقائك المقربين أو الآخرين المشاركين في رعايتك • مشاركة المعلومات في حالة الإغاثة في الكوارث • تضمين أو إزالة معلوماتك من دليل المستشفى • الاتصال بك لأغراض جمع التبرعات <p>إذا لم تكن قادرًا على إخبارنا بتفضيلاتك، على سبيل المثال، إذا كنت فاقداً للوعي، فقد نمضي قدماً ونشارك معلوماتك إذا كنا نعتقد أن ذلك في مصلحتك. قد نشارك معلوماتك عندما يكون ذلك ضرورياً لتقليل تهديد خطير ووشيك للصحة أو السلامة.</p>	<p>في هذه الحالات، لديك الحق والاختيار لإخبارنا بـ:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • لأغراض التسويق • بيع معلوماتك • معظم مشاركات ملاحظات العلاج النفسي 	<p>في هذه الحالات، لن نشارك معلوماتك إلا إذا منحتنا إذنًا كتابيًا:</p>
<p>قد نتصل بك للمشاركة، ولكن يمكنك أن تطلب منا عدم الاتصال بك مرة أخرى.</p>	<p>في حالة جمع التبرعات أو الحملات الإعلامية:</p>

كيف نستخدم أو نشارك معلوماتك الصحية بشكل عام؟ نستخدم أو نشارك معلوماتك الصحية عادةً بالطرق التالية:

<p>مثل: طبيب يعالجك من إصابة يطلب من طبيب آخر معلومات عن حالتك الصحية العامة.</p>	<p>يمكننا استخدام معلوماتك الصحية ومشاركتها مع مهنيين آخرين يقدمون العلاج لك.</p>	<p>علاجك</p>
<p>مثل: نستخدم معلوماتك الصحية لإدارة علاجك وخدماتك.</p>	<p>يمكننا استخدام ومشاركة معلوماتك الصحية لإدارة عملنا، وتحسين رعايتك، والتواصل معك عند الحاجة.</p>	<p>إدارة منظمنا</p>
<p>مثل: نعطي معلومات عنك إلى خطة التأمين الصحي الخاصة بك حتى تدفع مقابل خدماتك.</p>	<p>يمكننا استخدام ومشاركة معلوماتك الصحية لإصدار الفواتير والحصول على الدفع من Medi-Cal، Medicare، خطط التأمين الصحي، أو شركات التأمين الأخرى.</p>	<p>فاتورة خدماتك</p>

<p>كيف يمكننا استخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية بطرق أخرى؟ يُسمح لنا أو يُطلب منا مشاركة معلوماتك بطرق أخرى – عادةً بطرق تساهم في المصلحة العامة، مثل الصحة العامة والبحث. يجب أن نلتزم بالعديد من الشروط القانونية قبل أن نتمكن من مشاركة معلوماتك لهذه الأغراض. لمزيد من المعلومات، انظر: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.</p>	
<p>يمكننا مشاركة المعلومات الصحية الخاصة بك في حالات معينة مثل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • منع الأمراض أو الإصابات أو الإعاقات • الإبلاغ عن الولادات والوفيات • المساعدة في استرجاع المنتجات • الإبلاغ عن التفاعلات السلبية للأدوية • الإبلاغ عن الإساءة أو الإهمال أو العنف المنزلي المشتبه به • منع أو تقليل تهديد خطير لصحة أو سلامة أي شخص 	<p>في هذه الحالات، لن نشارك معلوماتك إلا إذا منحتنا إذنًا كتابيًا:</p>
<p>يمكننا استخدام أو مشاركة معلوماتك لإجراء البحوث الصحية.</p>	<p>إجراء البحوث</p>
<p>سنشارك معلوماتك إذا كانت القوانين الفيدرالية أو الخاصة بالولاية تتطلب ذلك، بما في ذلك مع وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية إذا أرادت التأكد من امتثالنا لقانون الخصوصية الفيدرالي.</p>	<p>الامتثال للقانون</p>
<p>يمكننا مشاركة معلوماتك الصحية مع منظمات التبرع بالأعضاء.</p>	<p>الاستجابة لطلبات التبرع بالأعضاء والأنسجة</p>
<p>يمكننا مشاركة معلوماتك الصحية مع الفاحص الطبي أو مدير الجنازة عند وفاة الفرد.</p>	<p>التعاون مع الفاحص الطبي أو مدير الجنازة</p>
<p>يمكننا استخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • لمطالبات تعويض العمال • لأغراض تطبيق القانون أو مع مسؤول إنفاذ القانون • مع وكالات الرقابة الصحية للأنشطة المصرح بها قانونيًا <p>لوظائف حكومية خاصة مثل العسكرية، الأمن القومي، وخدمات الحماية الرئاسية</p>	<p>التعامل مع مطالبات تعويض العمال، تطبيق القانون، وطلبات حكومية أخرى</p>
<p>يمكننا مشاركة معلوماتك الصحية استجابةً لأمر محكمة أو أمر إداري، أو استجابةً لاستدعاء</p>	<p>الرد على الدعاوى والإجراءات القانونية</p>
<p>ملاحظة: يحمي القانون الفيدرالي (CFR 42 الجزء 2) معلوماتك الصحية إذا كنت تقدم طلبًا أو تتلقى خدمات لعلاج تعاطي المخدرات أو الكحول. عمومًا، إذا كنت تقدم طلبًا أو تتلقى خدمات لعلاج تعاطي المخدرات أو الكحول، لا يمكننا الإفصاح لأي شخص خارج منظمنا بأنك تحضر برنامجنا أو مشاركة أي معلومات تحدد هويتك كفرد يسعى للعلاج، إلا في الظروف المذكورة في هذا الإشعار.</p>	

- نحن ملزمون قانونيًا بالحفاظ على خصوصية وأمان معلوماتك الصحية المحمية.
- سنخبرك بسرعة إذا حدث خرق قد يؤثر على خصوصية أو أمان معلوماتك.
- يجب علينا اتباع الواجبات وممارسات الخصوصية الموضحة في هذا الإشعار وتزويدك بنسخة منه.
- لن نستخدم أو نشارك معلوماتك إلا كما هو موضح هنا ما لم نخبرنا كتابيًا أننا يمكننا ذلك. إذا أخبرتنا أنك توافق، يمكنك تغيير رأيك في أي وقت. أخبرنا كتابيًا إذا غيرت رأيك.

لمزيد من المعلومات انظر: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html>

تغييرات على شروط هذا الإشعار

يمكننا تغيير شروط هذا الإشعار، وستنطبق التغييرات على جميع المعلومات التي لدينا عنك. سيكون الإشعار الجديد متاحًا عند الطلب، في مكتبنا، وعلى موقعنا الإلكتروني.

تاريخ سريان الإشعار: 2013
مُراجع: أغسطس 2017؛ يونيو 2022

42 الجزء CFR الثاني: خصوصية خدمات علاج تعاطي المخدرات والكحول

تحظى خدمات علاج اضطرابات استخدام المواد (SUD) بحماية بمعايير خصوصية أكثر صرامة مقارنة بأنواع الخدمات الصحية الأخرى. يتضمن العنوان 42 من [قانون اللوائح الفيدرالية](#) مجموعة واسعة من اللوائح التي تتناول الصحة العامة والرفاهية. يركز جزء رئيسي من CFR 42 على حماية خصوصية الأفراد الذين يتلقون علاج SUD، من خلال اللوائح المحددة في [CFR 42 الجزء 2 - سرية سجلات مرضى اضطرابات استخدام المواد](#).

يُطلب من مقدمي خدمات الصحة السلوكية المتعاقدين مع إدارة الصحة السلوكية في مقاطعة ألاميدا وضع سياسات وإجراءات تتعلق بالسرية وضمان الامتثال للقوانين واللوائح الفيدرالية، بما في ذلك قانون قابلية التأمين الصحي والمساءلة لعام 1996 ("HIPAA")، 42 من قانون الإفصاح عن التأمين الصحي والمساءلة في الولايات المتحدة الأمريكية المادة 1320 د وما يليها، والجزءان 45 من قانون الإفصاح عن التأمين الصحي والمساءلة في الولايات المتحدة الأمريكية الجزء 160 و164، وقانون السرية 42 من قانون الإفصاح عن التأمين الصحي والمساءلة في الولايات المتحدة الأمريكية المادة 290 د-2، والجزء 2 من قانون الإفصاح عن التأمين الصحي والمساءلة في الولايات المتحدة الأمريكية.

إذا كنت تتلقى علاجًا لاضطراب استخدام المواد، لا يجوز لمقدم الخدمة الكشف عن معلومات تُعرّفك كمستفيد من خدمات علاج الكحول أو المخدرات أو الكشف عن معلوماتك المحمية لأغراض العلاج أو كجزء من العمليات الصحية دون موافقتك الخطية. كما يُشترط موافقتك الخطية للكشف عن المعلومات لشركات التأمين الصحي من أجل الحصول على المدفوعات مقابل الخدمات، أو لبيع أو مشاركة معلوماتك لأغراض تسويقية. يمكنك إلغاء موافقتك في أي وقت، شفهيًا أو كتابيًا.

هناك بعض الحالات التي يسمح فيها القانون الفيدرالي واللوائح الفيدرالية لمقدمي الخدمات بالإفصاح عن معلومات حول خدمات SUD الخاصة بك دون موافقتك الخطية. وتشمل ما يلي:

- عندما يكون الفرد خطرًا أو قد هدد بإلحاق الأذى بشخص آخر
- لمنع الجرائم داخل مرافق البرنامج أو ضد موظفي البرنامج
- عندما يشتبه مقدم الخدمة في وجود إساءة معاملة أو إهمال للأطفال
- عندما يشتبه مقدم الخدمة في وجود إساءة معاملة لكبار السن
- عندما يكون الفرد في حالة طوارئ طبية وغير قادر على تقديم موافقة مسبقة، ومن أمثلة ذلك:
 - عندما يشكل الفرد خطرًا على نفسه ولا يستطيع تقديم موافقة مسبقة
 - عندما يكون الفرد عاجزًا بشكل كبير وغير قادر على تلبية احتياجاته الأساسية بسبب حالة في الصحة السلوكية، مما يعرضه لخطر جسيم.
 - عندما يكون الفرد فاقدًا للأهلية ولا يستطيع تقديم الموافقة
- لأغراض تدقيق الإدارة، والتدقيق المالي، وتقييم البرامج التي تقوم بها وكالة حكومية فيدرالية أو حكومية على مستوى الولاية أو المحلية، أو جهة دافعة من طرف ثالث أو خطة صحية.
- عندما يتم تبادل المعلومات بموجب اتفاق مع شريك أعمال أو منظمة خدمات مؤهلة (QSO)، مثل خدمات حفظ السجلات أو المحاسبة أو الخدمات المهنية الأخرى
- عندما تُستخدم المعلومات لأغراض البحث العلمي
- عندما تُستخدم المعلومات لأغراض الصحة العامة. يرجى ملاحظة أن المعلومات التي تتم مشاركتها مع منظمات الصحة العامة تُزال منها الهوية الشخصية قبل الإفراج عنها.



يعد انتهاك القانون الفيدرالي واللوائح الفيدرالية من قبل برنامج خاضع للجزء 2 من لائحة اللوائح الفيدرالية CFR 42 جريمة ويمكن الإبلاغ عن الانتهاكات المشتبه بها إلى السلطات المختصة، بما في ذلك المدعي العام الأمريكي للمنطقة الشمالية من كاليفورنيا (450 جادة البوابة الذهبية، سان فرانسيسكو، كاليفورنيا 94102) وإدارة كاليفورنيا لخدمات الرعاية الصحية (1501 جادة العاصمة، ساكرامنتو، كاليفورنيا 95389-7413).

مسؤوليات المزود

بموجب القانون، يُطلب من مقدمي الخدمة الحفاظ على خصوصية معلوماتك الصحية ومعلومات اضطرابات استخدام المواد، ونزويدك بإشعار بواجباتهم القانونية وممارسات الخصوصية المتعلقة بمعلوماتك الصحية. يجب على مقدمي الخدمة الامتثال لشروط هذا الإشعار وتطبيق أي إشعارات جديدة على جميع المعلومات الصحية المحمية التي يحتفظون بها. يجب تقديم الإشعارات المنقحة والمحدثة لك أثناء جلسات العلاج، ويجب عرضها أيضًا على لوحة الإعلانات العامة في صالة الانتظار.

تقديم الشكاوى والإبلاغ عن الانتهاكات

إذا لم تكن راضيًا عن أي مسألة تتعلق بخدماتك، بما في ذلك مسائل الخصوصية، أو إذا لم تكن مرتاحًا للحديث مع مقدم الخدمة عن المشكلة، يمكنك الاتصال بخط مساعدة المستهلك على الرقم 779-0787 (800) 1. راجع قسم عملية حل المشكلات في هذه الحزمة لمزيد من المعلومات حول الشكاوى والاستئنافات.

إقرار بالاستلام

اسم العضو: _____
رقم العضوية في
:ACBHD
تاريخ الميلاد: _____
اسم البرنامج: _____
تاريخ القبول: _____

توقيعك على هذه الوثيقة يؤكد موافقتك على تلقي الخدمات من هذا المزود/الوكالة.

إذا كان عمرك 18 عاماً أو أكثر، يُرجى الإجابة على الأسئلة التالية:

- هل قمت بالفعل بإنشاء توجيه مسبق؟ نعم لا
- إذا لم يكن الأمر كذلك، فهل قدم لك مقدم الخدمة معلومات حول التوجيهات المسبقة؟ نعم لا

بالتوقيع على هذا النموذج،

- أؤكد أن هذه الحزمة قد تمت مراجعتها معي بلغة أو طريقة يمكنني فهمها، وقد عُرضت عليّ نسخة ورقية من هذه الحزمة.
- أوافق على تلقي خدمات الصحة السلوكية الطوعية من هذه الوكالة/مقدم الخدمة.

توقيع العضو أو الممثل القانوني: _____

التاريخ: _____

-----يتم إكمال القسم أدناه من قبل مقدم الخدمة، حسب الاقتضاء-----

وافق العضو/الممثل القانوني للعضو/الممثل القانوني للعضو شفهيًا على تلقي خدمات الصحة السلوكية الطوعية ولكنه رفض أو لم يتمكن من التوقيع على النموذج.
[ملاحظة: يرجى محاولة الحصول على توقيع في وقت لاحق].

توقيع مقدم الخدمة _____ التاريخ: _____