



الصحة السلوكية في مقاطعة ألاميدا (ACBH)  
خدمات الصحة النفسية ومشكلات تعاطي المخدرات

## دليل المواد الإعلامية

دليلك إلى موافقات الخدمة والحقوق والمسؤوليات بموجب خطة الصحة السلوكية  
في مقاطعة ألاميدا



## **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 ACBH 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 ACBH 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 ACBH 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 ACBH 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 ACBH 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 ACBH 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 ACBH 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 ACBH 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 ACBH 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 ACBH 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ACBH  
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ACBH  
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 գանգահարել ACBH ACCESS  
1-800-491-9099 համարով (հեռատիպ՝ 711):

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  
ACBH 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 ACBH 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 ACBH 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 ACBH ACCESS به شماره (TTY:711) 1-800-491-9099 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 **ACBH 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**ACBH ACCESS**、電話番号 **1-800-491-9099 (TTY: 711)**までご連絡ください。

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でご利用になれます。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**ACBH 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 ACBH 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 ACBH 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 ACBH ACCESS ਨੂੰ 1-800-491-9099 (TTY: 711) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਪਰ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ 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 ACBH 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 ACBH 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 ACBH 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।



## ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาอื่น เรามีบริการช่วยเหลือด้านภาษาให้คุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

โปรดติดต่อผู้ให้บริการที่คุณใช้อยู่โดยตรงหรือหากต้องการสอบถามเกี่ยวกับบริการต่างๆ โปรดติดต่อ  
ACBH ACCESS ที่ 1-800-491-9099 (TTY: 711)

โปรดทราบ: เรามีความช่วยเหลือและบริการเพิ่มเติม เช่น เอกสารพิมพ์ตัวใหญ่หรือในรูปแบบอื่นๆ  
ให้คุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหากคุณแจ้งความประสงค์จะใช้ โปรดติดต่อผู้ให้บริการที่คุณใช้อยู่โดยตรง  
หรือสอบถามเกี่ยวกับบริการต่างๆ ได้โดยติดต่อ ACBH ACCESS ที่ 1-800-491-9099 (TTY: 711)

## (Cambodian)

ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាបសេងប វៀត  
បសវជននយោបាយសតតិកិត្តិច្ឆៃ គឺ អាចស្វែងរកបានសហគមន៍អ្នក។  
សូមទាក់ ងដោយផ្ទាល់ លំដោកាន់អ្នកសតល់បសវសុណែនការ  
ល្អសាា ល់រស់អ្នក ឬបែរើមបី  
បុរើការសាកសួរអំពីបសវាកមមនានា សូម ូរសពាចៅ ACBH  
ACCESS តាមរយៈបលខ 1-800-491-9099 (TTY: 711)។ ចំណាំ:  
សាា រៈនិងបសវាកមមជនយ ានជាអា  
វីងកសារជាអ្នកពុមពុំនឹងឯកសារជា បង់ បសេងប វៀត  
អាចស្វែងរកបានសហគមន៍អ្នកដោយសតតិកិត្តិច្ឆៃបោតាមការបសនើសុំ។  
សូមទាក់ ងដោយផ្ទាល់ លំដោកាន់អ្នកសតល់បសវសុណែនការ  
ល្អសាា ល់រស់អ្នក ឬ បែរើមបីសាកសួរអំពីបសវាកមមនានា សូម  
ូរសពាចៅ ACBH ACCESS តាមរយៈបលខ 1-800-491-9099  
(TTY: 711).



### ພາສາລາວ (Lao)

ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອື່ນ, ພວກເຮົາມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານນຳໃຊ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

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

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

---

## جدول المحتويات

|         |                                                                        |
|---------|------------------------------------------------------------------------|
| 12..... | جدول المحتويات                                                         |
| 13..... | مرحباً بكم في خطة الصحة السلوكية في مقاطعة ألاميدا                     |
| 14..... | الموافقة على الخدمات                                                   |
| 16..... | حرية الاختيار                                                          |
| 16..... | إشعار عدم التمييز                                                      |
| 17..... | السرية والخصوصية                                                       |
| 18..... | الحفاظ على مكان مرحب وآمن                                              |
| 19..... | توجيهات المستفيدين وكتيب المزود                                        |
| 20..... | معلومات حول تسوية مشكلة المستفيد                                       |
| 22..... | العمليات الممثلة الإضافية المتاحة عبر مجلس العلوم السلوكية:            |
| 23..... | معلومات التوجيه المسبق                                                 |
| 24..... | إشعار ممارسات الخصوصية                                                 |
| 34..... | ملخص إشعار ممارسات الخصوصية                                            |
| 36..... | إشعار المعلومات في المادة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية الجزء الثاني: |
| 38..... | إقرار بالاستلام                                                        |
| 39..... | توجيهات مزود الخدمة:                                                   |

## مرحبًا بكم في خطة الصحة السلوكية في مقاطعة ألاميدا

مرحبًا بكم. بصفتك عضوًا (مستفيدًا) في خطة الصحة السلوكية (BHP) في مقاطعة ألاميدا يطلب خدمات الصحة السلوكية من مزود الخدمات المذكور، نطلب منك مراجعة مجموعة مستندات المواد الإعلامية الواردة التي نشرح حقوقك ومسؤولياتك. تشمل خطة الصحة السلوكية في مقاطعة ألاميدا كلاً من خدمات الصحة النفسية التي تقدمها خطة الصحة النفسية في المقاطعة وخدمات علاج اضطراب تعاطي المخدرات (SUD) التي يقدمها نظام التسليم المنظم لاضطراب تعاطي المخدرات في المقاطعة؛ وقد تتلقى نوعًا واحدًا فقط من الخدمات أو كلاهما.

### اسم مزود الخدمة:

سيراجع الشخص الذي دعاك للانضمام في الخدمات هذه المواد معك. سيُقدم لك مجموعة المستندات هذه لأخذها إلى المنزل لمراجعتها وقتما تشاء، وسيُطلب منك التوقيع على الصفحة الأخيرة من هذه المجموعة لتوضيح الموضوعات التي تمت مناقشتها وإلى استلامك المواد. سيحتفظ مزود الخدمة الذي تتعامل معه بالصفحة الأصلية التي بها التوقيع. يلزم على مزودي الخدمات أيضًا إخبارك بتوفر معلومات معينة في مجموعة المستندات هذه كل عام، وأن تحتوي الصفحة الأخيرة منها على خانة لتوضيح موعد هذه الإشعارات.

تحتوي مجموعة المستندات هذه على الكثير من المعلومات، لذا خذ ما يكفيك من الوقت ولا تتردد في طرح أي أسئلة، حيث تساعدك معرفة حقوقك ومسؤولياتك واستيعابها في الحصول على الرعاية التي تستحقها.



## الموافقة على الخدمات

بصفتك عضوًا في خطة الصحة السلوكية (BHP) المذكورة، فإن توقيعك على الصفحة الأخيرة من مجموعة المستندات هذه يمنح موافقتك على خدمات الصحة السلوكية التطوعية مع مزود الخدمة المذكور. إذا كنت الممثل القانوني لأحد المستفيدين من خطة BHP المذكورة، فإن توقيعك يقدم هذه الموافقة.

إن موافقتك على الخدمات تعني أيضًا أن مزود الخدمة المذكور ملزم بإخبارك بتوصيات الرعاية التي يوفرها حتى تتخذ قرارك بالمشاركة عن دراية ويكون مجديًا. بالإضافة إلى التمتع بالحقوق في إيقاف الخدمات في أي وقت، يحق لك أيضًا رفض استخدام أي توصيات أو تدخلات في مجال الصحة السلوكية أو إجراءات علاجية.

قد يكون لدى مزود الخدمة المذكور نموذج موافقة إضافي لتوقعه، ويصف هذا النموذج أنواع الخدمات التي قد تتلقاها بمزيد من التفصيل. قد تشمل هذه الخدمات، على سبيل المثال لا الحصر، التقييمات والتفكيريات والاستشارة الفردية والاستشارة الجماعية والتدخل في الأزمات والعلاج النفسي وإدارة الحالات وخدمات إعادة التأهيل وخدمات الأدوية والعلاج بمساعدة الأدوية والإحالات إلى اختصاصي الصحة السلوكية الآخرين والاستشارات مع المختصين الآخرين نيابةً عنك.

قد يشمل مزودو الخدمات المختصة، على سبيل المثال لا الحصر، الأطباء والممرضات الممارسين المسجلين ومساعدو الأطباء واختصاصيي مشكلات الزواج والأسرة والاختصاصيين الاجتماعيين السريريين (LCSW) والاستشاريين السريريين المختصين وعلماء النفس والزملاء المسجلين واختصاصيي دعم الأقران المعتمدين. إذا كان مزود خدمة الذي تتعامل معه مختصًا غير مرخص له (مثل طالب متدرب أو زميل مسجل)، فيجب على مزود الخدمة إخبارك بذلك كتابيًا. يخضع طاقم العمل المختص غير المرخص له بالكامل لإشراف مختصين مرخص لهم.

قد تشمل خدمات علاج SUD للمرضى غير المقيمين الوسائل التالية: التقييم وإعداد الخطط والاستشارة الفردية والجماعية وإدارة الحالات وفحص الكشف عن تعاطي المخدرات والعلاج الأسري والتخطيط لإنهاء المتابعة مع المستشفى. يحق لك رفض أي من الأساليب التالية: الاستشارة الفردي والاستشارة الجماعية وإدارة الحالات وفحص الكشف عن تعاطي المخدرات والعلاج الأسري والتخطيط لإنهاء المتابعة مع المستشفى. قد تكون هناك متطلبات إضافية لفحص الكشف عن تعاطي المخدرات (محكمة المخدرات، أو إدارة الضمان الاجتماعي، أو فترة الاختبار والمراقبة، وما إلى ذلك) خارج إطار متطلبات ACBH.

أماكن الإقامة المخصصة للتعافي:

✓ يلزم على المقيمين إجراء الفحص كشرط للإقامة في أماكن الإقامة المخصصة للتعافي.

برامج علاج إدمان المواد الأفيونية (OTP)\*

✓ يلزم على برامج OTP إجراء فحص الكشف عن تعاطي المخدرات وفقًا لمتطلبات البرنامج.



تشمل أسباب الإنهاء القسري من البرنامج، على سبيل المثال لا الحصر، خلق بيئة تخريبية أو غير آمنة للمشاركين الآخرين. ويحدث هذا أحياناً بسبب تعاطي العميل للمخدرات. في ذلك الوقت، سيناقش الاستشاري المتابع لحالتك هذا الأمر معك وقد يوصي بإجراء فحص فوري للكشف عن تعاطي المخدرات. وعلى الرغم من احتمال رفض فحص الكشف عن تعاطي المخدرات، فمن المهم معرفة أن هذا يجب أن يكون جزءاً من مناقشة السلوك الذي يشعر الاستشاري أنه تخريبي أو غير آمن للعملاء الآخرين. سواء كنت توافق على فحص الكشف عن تعاطي المخدرات أو ترفضه في هذه الظروف، فقد تظل معرضاً لإنهاء المتابعة (سيتم معرفة الفترة) إذا لم يكن من الممكن معالجة سلوكك وتغييره لخلق بيئة آمنة وغير تخريبية للجميع في البرنامج. بالإضافة إلى ذلك، إذا واصلت رفض خدمات البرنامج المقدمة لك، فقد يوصي طاقم العلاج المتابع لحالتك بترتيب أكثر ملاءمة لك.

إذا حدث إنهاء لمتابعتك قسرياً من أحد البرامج ولم توافق على القرار، فيجوز لك تقديم استئناف إلى مكتب مساعدة المستهلك للصحة السلوكية في مقاطعة ألاميدا:

عبر الهاتف: 1-800-779-0787

لتقديم المساعدة في حال وجود مشكلات بالسمع أو التحدث، اتصل على الرقم 711، لخدمة الترحيل في كاليفورنيا

عبر البريد في الولايات المتحدة: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

شخصياً: من خلال زيارة مكتب مساعدة المستهلك في جمعية الصحة النفسية

954-60th Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

تتمثل الاستجابة الأخلاقية للنتائج الإيجابية لفحص الكشف عن تعاطي المخدرات في مناقشة النتائج مع العميل ودراسة التغيير القائم على الأدلة في خطة علاجك. سيتخذ متخصصو علاج الإدمان ومؤسسات مزودي الخدمات الخطوات المناسبة لضمان بقاء نتائج فحص الكشف عن تعاطي المخدرات سرية بالحد المسموح به حسب القانون.



## حرية الاختيار

تقع على عاتقنا بصفتنا خطتك للصحة السلوكية مسؤولية إخبارك أن أي شخص يتلقى خدماتنا (بما في ذلك القصر والممثل القانوني للقاصرين) يجب أن يعرف ما يلي:

**A.** يعد القبول والمشاركة في نظام الصحة السلوكية أمرين طوعيين؛ وهما ليسوا شرطاً للوصول إلى خدمات المجتمع الأخرى.

**B.** يحق لك الوصول إلى خدمات الصحة السلوكية الأخرى الممولة من برنامج Medi-Cal، كما يحق لك طلب\* تغيير مزود الخدمة و/أو طاقم العمل

**C.** إن خطة الصحة السلوكية متعاقدة مع مجموعة واسعة من مزودي الخدمات في مجتمعنا، والتي قد تشمل مزودي الخدمات على أساس ديني. هناك قوانين تحكم مزودي الخدمات على أساس ديني ممن يتلقون أموالاً من الحكومة الفيدرالية، وذلك يشمل أنه يجب عليهم خدمة جميع الأعضاء المؤهلين (بغض النظر عن المعتقدات الدينية) وأنه يجب عدم استخدام أموالاً من الحكومة الفيدرالية لدعم الأنشطة الدينية (مثل العبادة أو التعليم الديني أو محاولات إقناع عضو بدين معين). إذا تمت إحالتك إلى مزود خدمة على أساس ديني وتعارض على تلقي الخدمات من هذا المزود بسبب طابعه الديني، فيحق لك البحث عن مزود خدمة آخر، عند الطلب\*.

\*تتعاون خطة BHP مع الأعضاء وعائلاتهم للموافقة على كل طلب مقبول، ولكن لا يمكننا ضمان حدوث جميع طلبات تغيير مزودي الخدمات. ومع ذلك، سيتم الموافقة على الطلبات لتغيير مزود الخدمة بسبب الاعتراض على طابعه الديني.

## إشعار عدم التمييز

التمييز هو فعل يخالف القانون. تتبع خطة الصحة السلوكية في مقاطعة ألameda قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية ولا تميز أو تستبعد الأشخاص أو تعاملهم بشكل مختلف بسبب العرق أو الدين أو السلالة أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو التوجه الجنسي أو الجنس أو القدرة على الدفع.



## السرية والخصوصية

تُعد سرية وخصوصية معلوماتك الصحية أثناء المشاركة في خدمات العلاج معنا حقًا شخصيًا مهمًا لك. تحتوي مجموعة المستندات هذه على نسختك من "إشعار ممارسات الخصوصية"، والذي يشرح كيفية الحفاظ على سرية سجلات العلاج والمعلومات الشخصية الخاصة بك واستخدامها والإفصاح عنها من قبل خدمات الرعاية الصحية السلوكية في مقاطعة ألآميدا وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. إذا كنت تتلقى خدمات علاج اضطراب تعاطي المخدرات (SUD)، فإن مجموعة المستندات هذه تحتوي أيضًا على نسختك من "إشعار المعلومات في المادة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية الجزء الثاني – معلومات عن الإفصاح عن بيانات مرضى المخدرات والكحول". يجب أن يقدم لك مزود الخدمة الذي تتعامل معه معلومات عن حقوقك في السرية والخصوصية.

في بعض الحالات التي تتعلق بسلامتك أو سلامة الآخرين، لا يمكن لمزودي الخدمات عمومًا الإفصاح عن المعلومات التي من شأنها تحديد هويتك بشكل مباشر أو غير مباشر كمستفيد يتلقى خدمات SUD، إلا أنه يلزم عليهم بموجب القانون مناقشة حالتك مع أشخاص خارج نظام خدمات الرعاية الصحية السلوكية.

تشمل هذه الحالات:

1. إذا هددت بإيذاء شخص (أشخاص) آخر، فيجب إبلاغ ذلك الشخص (الأشخاص) و/أو الشرطة.
2. إذا كنت تشكل تهديدًا خطيرًا لصحتك وسلامتك، عند الضرورة.
3. يجب الإبلاغ عن جميع حالات الاشتباه في إساءة معاملة الأطفال إلى السلطات الحكومية أو المحلية المختصة.
4. يجب الإبلاغ عن جميع حالات الاشتباه في إساءة المعاملة لكبار السن/الكبار غير المستقلين إلى السلطات الحكومية أو المحلية المختصة.
5. إذا أمرتنا المحكمة بالكشف عن سجلاتك، فيجب علينا إجراء ذلك.
6. ارتكاب المريض لجريمة في المبنى أو ضد الموظفين التابعين إلى مزود خدمات علاج تعاطي المخدرات؛ فمثل هذه التقارير غير محمية.

إذا كانت لديك أي أسئلة حول حدود السرية المذكورة، فيرجى التحدث مع الشخص الذي يشرح لك هذه المواد. يوجد المزيد من المعلومات حول حدود السرية المذكورة أعلاه وغيرها من حدود السرية في أقسام "إشعار ممارسات الخصوصية" و"إشعار المعلومات في المادة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية الجزء الثاني – معلومات عن الإفصاح عن بيانات مرضى المخدرات والكحول" في مجموعة المستندات هذه.



## الحفاظ على مكان مرحب وآمن

من المهم جدًا بالنسبة لنا أن يشعر كل عضو بالترحيب نظير الرعاية كما هو تمامًا. تتمثل أهم مهمة لنا في مساعدتك على الشعور بأنك في المكان المناسب وأنا حريصون على التعرف عليك ونساعدك في الحصول على حياة سعيدة ومنتجة. يُرجى إخبارنا إذا كان هناك أي فعل نجريه يجعلك تشعر بعدم الترحيب أو عدم الأمان أو عدم الاحترام.

من المهم أيضًا أن تكون بيانات تقديم الخدمات لدينا عبارة عن أماكن آمنة ومرحبة. لذا نود منك إخبارنا إذا حدث أي فعل في بيانات تقديم الخدمات يجعلك تشعر بعدم الأمان حتى نتمكن من محاولة معالجته.

تتمثل إحدى الطرق التي نساعد بها على توفير الأمان في الاستعانة بوضع قواعد تطلب من الجميع (مزودو الخدمات والأعضاء) اتباع سلوكيات آمنة ومحترمة. هذه القواعد هي:

- ✓ التصرف بطرق آمنة تجاه نفسك والآخرين.
- ✓ عدم حمل الأسلحة من أي نوع.
- ✓ التحدث للآخرين بلطف.
- ✓ احترام ممتلكات الآخرين وموقع الخدمة المعني.
- ✓ حظر بيع واستخدام وتوزيع الكحول والمخدرات ومنتجات النيكوتين/التبغ والسجائر الإلكترونية في المبنى.

للحصول على مكان مرحب للجميع، يجوز الطلب من أي شخص يعتمد أن يشكل خطرًا مغادرة المنشأة، ويجوز إيقاف الخدمات مؤقتًا أو كليًا، وإذا لزم الأمر، يمكن اتخاذ إجراءات قانونية. لذلك، إذا كنت تعتقد أنك قد تواجه مشكلة في اتباع هذه القواعد، فيُرجى إخبار مزود الخدمة الذي تتعامل معه. ونحن سنعمل جاهدين لمساعدتك على الشعور بأنك موضع ترحيب بطريقة آمنة لك وللمن حولك.

نحن ممتنون لكل شخص يتعاون معنا لاتباع هذه القواعد.



## توجيهات المستفيدين وكتيب المزود

سيُقدم لك مرجع المستفيدين من خطة الصحة السلوكية (BHP) أو دليل خدمات الصحة النفسية لدى Medi-Cal أو دليل خدمات علاج مشكلات المخدرات لدى Medi-Cal عند بدء الخدمات. إنها تحتوي على معلومات حول مدى أهلية المستفيد للحصول على الخدمات، والخدمات المتاحة وكيفية الوصول إليها، ومزودي الخدمة لدينا، والمزيد من المعلومات حول حقوقك، وعملية التظلم والاستئناف وجلسة تظلم رسمية. يسرد الدليل أرقام الهواتف المهمة التي لها علاقة بخطة الصحة السلوكية.

**كتيب مزودي الخدمات** هو قائمة بمزودي خدمات الصحة السلوكية المتعاقدين مع المقاطعة والتابعين إلى المقاطعة في مجتمعنا؛ ويُجرى تحديثه شهرياً. لتقديم الإحالات إلى خدمات الصحة النفسية غير الطارئة للمرضى غير المقيمين أو لمزيد من المعلومات حول كتيب مزودي الخدمات، اتصل ببرنامج ACCESS على 1-800-491-9099؛ يمكن للممثل إبلاغك بما إذا كان مزود خدمات الصحة النفسية لديه فرص عمل حالية.

للإحالات لخدمات علاج تعاطي المخدرات أو مزيد من المعلومات حول كتيب مزودي الخدمات، اتصل بخط المساعدة لعلاج تعاطي المخدرات والإحالة على الرقم 1-844-682-7215؛ يمكن للممثل أن يخبرك ما إذا كان مزود خدمات العلاج من تعاطي المخدرات لديه فرص ملائمة حالية. بالنسبة للقيود المتعلقة بالسمع أو التحدث، اتصل على الرقم 711 لخدمة الترحيل في كاليفورنيا للحصول على المساعدة في الاتصال بأي من خطوط خدمة العملاء.

أدلة المستفيدين متاحة إلكترونياً هنا:

<http://www.ACBH.org/beneficiary-handbook/> هي متوفرة باللغات التالية: الإنجليزية والإسبانية والصينية والفارسية والكورية والتاغالوغية والفيتنامية يتم تحديث كتيب مزودي الخدمات شهرياً وهو متاح إلكترونياً هنا:  
[http://www.ACBH.org/provider\\_directory/](http://www.ACBH.org/provider_directory/) وهي متوفرة باللغات التالية: الإنجليزية والإسبانية والصينية والفارسية والكورية والتاغالوغية والعربية والفيتنامية.

فيما يتعلق بالأدلة وكتيب مزودي الخدمات، تتوفر المساعدة اللغوية عن طريق الاتصال بخط برنامج ACCESS على الرقم  
**1 (800) 491-9099**



## معلومات حول تسوية مشكلة المستفيد

تحديد مكان تقديم التظلم أو الاستئناف

خدمة غير مرضية – يمكن أن يشمل التظلم أي فعل

أمثلة:

- إذا كنت لا تتلقى نوع الخدمة التي تريدها.
- إذا كنت تتلقى خدمة ذات جودة رديئة.
- إذا كنت تتلقى معاملة غير عادلة.
- إذا لم يتم تحديد المواعيد مطلقًا في الأوقات المناسبة لك.
- إذا كانت المنشأة غير نظيفة أو آمنة.

مكان تقديم التظلم الخاص بك

بالنسبة إلى ACBH في مقاطعة ألبيدا:

عبر الهاتف: مساعدة المستهلك لدى ACBH على الرقم 1-800-779-0787

لتقديم المساعدة في حال وجود مشكلات بالسمع أو التحدث، اتصل على الرقم 711، لخدمة الترحيل في كاليفورنيا

عبر البريد في الولايات المتحدة: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

شخصيًا: من خلال زيارة مكتب مساعدة المستهلك في جمعية الصحة النفسية

954-60<sup>th</sup> Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

بالنسبة إلى مزود الخدمة الذي تتعامل معه: يجوز لمزود الخدمة الذي تتعامل معه تسوية تظلمك داخليًا أو توجيهك إلى ACBH أعلاه. يجوز لك الحصول على النماذج والمساعدة من مزود الخدمة الذي تتعامل معه.

قرارات تقليل منافع التغطية الصحية – إمكانية الاستئناف

قد تتلقى "إشعار بقرار تقليل منافع التغطية الصحية" (NOABD) لإخبارك بإجراء من قبل BHP فيما يتعلق بالمنافع التي تحصل عليها. أمثلة:

- إذا تم رفض الخدمة التي طلبتها أو تقييدها.
- إذا تم تخفيض الخدمة المصرح بها مسبقًا التي تتلقاها حاليًا أو تعليقها أو وقفها.
- إذا رفضت خطة BHP الدفع مقابل الخدمة التي تلقيتها.
- إذا لم يتم تقديم الخدمات لك على الفور.
- إذا لم يتم تسوية التظلم أو الاستئناف الذي قدمته ضمن الأطر الزمنية المطلوبة.
- إذا تم رفض طلبك للطعن في المسؤولية المالية.
- إذا تم إنهاء متابعة حالتك قسرًا من البرنامج.



مكان تقديم طلب الاستئناف الخاص بك (ينطبق فقط على المستفيدين من برنامج Medi-Cal الذين يتلقون خدمات Medi-Cal)

بالنسبة إلى ACBH في مقاطعة ألاميدا:

عبر الهاتف: مساعدة المستهلك على الرقم 1-800-779-0787

لتقديم المساعدة في حال وجود مشكلات بالسمع أو التحدث، اتصل على الرقم 711،  
لخدمة الترحيل في كاليفورنيا

عبر البريد في الولايات المتحدة: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

شخصيًا: من خلال زيارة مكتب مساعدة المستهلك في جمعية الصحة النفسية،  
954-60<sup>th</sup> Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

يحق لك اللجوء إلى جلسة تظلم رسمية، وهي عبارة عن مراجعة مستقلة تجريها إدارة الخدمات الاجتماعية في كاليفورنيا إذا كنت قد أكملت عملية الاستئناف لدى BHP ولم يتم تسوية المشكلة على النحو الذي يرضيك يُدرج طلب جلسة التظلم الرسمية مع كل إشعار بقرار الاستئناف (NAR)؛ ويجب عليك تقديم الطلب في غضون 120 يومًا من تاريخ ختم البريد أو تاريخ اليوم الذي قدمت لك فيه خطة BHP إشعار NAR شخصيًا. يجوز لك طلب إجراء جلسة تظلم رسمية سواء تلقيت NOABD أم لا. لضمان الحصول على نفس خدماتك أثناء انتظار موعد جلسة التظلم، يجب عليك طلب جلسة التظلم في غضون عشرة (10) أيام من تاريخ إرسال NAR بالبريد أو تقديمه شخصيًا لك أو قبل تاريخ نفاذ التغيير في الخدمة، أيهما أسبق. يجب أن تتوصل الجهة القائمة على الجلسة إلى قرارها في غضون 90 يومًا تقويميًا من تاريخ طلب جلسات التظلم الاعتيادية وفي غضون 3 أيام من تاريخ طلب جلسات التظلم المعجلة. كما يجب على خطة BHP السماح بالخدمات موضع الخلاف أو تقديمها على الفور في غضون 72 ساعة من تاريخ تلقيها إشعارًا بإلغاء ABD لدى BHP يجوز لك طلب إجراء جلسة تظلم رسمية عن طريق الاتصال على الرقم 952-5253 (800) 1 أو برقم الهاتف النصي 952-8349 (800) 1، أو عبر الإنترنت على

<http://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx> أو مراسلة:

إدارة الخدمات الاجتماعية في كاليفورنيا/قسم جلسات التظلم الرسمية

صندوق بريد 944243

مكتب بريد 9-17-37

Sacramento, CA 94244-2430

### حقوق المريض

يتم التعامل مع المشكلات المتعلقة بالاحتجاز غير الطوعي لقسم 5150 وعمليات الاحتجاز لقسم 5250 وإجراءات الوصاية من خلال سبل الانتصاف القانونية الحالية مثل حقوق المريض، وليس من خلال عملية التظلم أو الاستئناف. اتصل بجهات الدفاع عن حقوق المرضى على الرقم: 734-2504 (800) 1 أو 835-2505 (510).

### أمثلة:

- إذا تم احتجازك ولا تعتقد أن المنشأة لديها سبب وجيه لذلك.
- إذا تم إدخالك إلى المستشفى رغماً عن إرادتك ولا تفهم السبب أو ما هي خياراتك.



### مكان تسجيل مشكلتك بخصوص حقوق المريض

- اتصل بجهة الدفاع عن حقوق المرضى على الرقم **734-2504 (800)**. هذا رقم يعمل على مدار 24 ساعة مزود بجهاز الرد الآلي بعد ساعات العمل. يتم قبول المكالمات على حساب المتلقي.

لمزيد من المعلومات التفصيلية حول عملية تسوية مشكلة المستفيد، يُرجى مطالبة مزود الخدمة الذي تتعامل معه بنسخة من دليل خدمات الصحة النفسية لدى Medi-Cal أو دليل خدمات علاج مشكلات المخدرات لدى Medi-Cal الموضحة في الصفحات رقم 2-3 من مجموعة المستندات هذه. لطرح الأسئلة أو طلب المساعدة في ملء النماذج، يمكنك سؤال مزود الخدمة الذي تتعامل معه أو الاتصال بـ: مكتب مساعدة المستهلك على الرقم **779-0787 (800) 1**.

العمليات الممتثلة الإضافية المتاحة عبر مجلس العلوم السلوكية:

#### إشعار للعملاء

اعتبارًا من 1 يوليو 2020، يتلقى مجلس العلوم السلوكية ويرد على الشكاوى المتعلقة بالخدمات المقدمة في نطاق عمل (اختصاصي مشكلات الزواج والأسرة أو علماء النفس التربوي المرخص لهم أو الاختصاصيين الاجتماعيين السريريين أو المستشارين السريريين المحترفين). يمكنك التواصل مع المجلس عبر الإنترنت على <https://www.bbs.ca.gov/consumers/> أو عن طريق الاتصال على الرقم 574-7830 (916).

لمزيد من المعلومات، يرجى الاطلاع على [https://www.bbs.ca.gov/pdf/ab\\_630.pdf](https://www.bbs.ca.gov/pdf/ab_630.pdf)

تستمر خطة الصحة السلوكية في مقاطعة ألاميدا (العيادات والمتعهدون في المقاطعة) في تلقي الشكاوى المتعلقة بممارسة العلاج النفسي والرد عليها من قبل أي استشاري غير مرخص له أو غير مسجل. لتقديم شكوى، اتصل بمكتب مساعدة المستهلك على الرقم 779-0787 (800) أو على:

مكتب مساعدة المستهلك لدى ACBH  
2000 Embarcadero Cove  
Suite 400 Oakland, CA 94606



## معلومات التوجيه المسبق

"حقك في اتخاذ قرارات بشأن العلاج الطبي"  
(لا ينطبق إلا إذا كان عمرك 18 عامًا أو أكثر)

مزودو الخدمات: يتوفر ملف "حقك في اتخاذ قرارات بشأن العلاج الطبي" بلغات متعددة على  
[http://www.ACBH.org/providers/QA/docs/qa\\_manual/10-7\\_ADVANCE\\_DIRECTIVE\\_BOOKLET.pdf](http://www.ACBH.org/providers/QA/docs/qa_manual/10-7_ADVANCE_DIRECTIVE_BOOKLET.pdf)

إذا كان عمرك 18 عامًا أو أكثر، فإن خطة الصحة السلوكية مطلوبة بموجب القانون الفيدرالي وقانون الولاية لإبلاغك بحقوقك في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية وكيف يمكنك التخطيط في هذه المرحلة لرعايتك الطبية، في حالة عدم قدرتك على التعبير عن نفسك في المستقبل. فيمكن أن يساعد وضع هذه الخطة الآن في التأكد من توصيل رغباتك وتفضيلاتك إلى الأشخاص الذين يحتاجون إلى معرفتهما. وتُسمى هذه العملية إعداد توجيه مسبق.

ستحصل على ملف المعلومات حول التوجيهات المسبقة المسماة "حقك في اتخاذ قرارات بشأن العلاج الطبي" بناءً على طلبك. يصف هذا الملف أهمية إعداد توجيه مسبق، وأنواع الأمور التي قد تفكر فيها إذا قررت إعداد توجيه مسبق، كما يصف قوانين الولاية المعنية. لا يلزم عليك إعداد توجيه مسبق ولكننا نوصيك بالتعرف على المشكلات المتعلقة بإنشاء توجيه مسبق والتعامل معها. يمكن لطاقم العمل ومزودي الخدمات لدى ACBH في مقاطعة ألآميدا دعمك في هذه العملية لكن لا يمكنهم إعداد توجيه مسبق نيابةً عنك. نحن نأمل أن تساعدك المعلومات على فهم كيفية زيادة مدى تحكمك في علاجك الطبي. لن تستند الرعاية المقدمة لك من قبل أي مزود خدمة لدى ACBH في مقاطعة ألآميدا إلى ما إذا كنت قد أعددت توجيهًا مسبقًا أم لا. إذا كانت لديك أي شكاوى حول متطلبات التوجيه المسبق، فيرجى الاتصال بمكتب مساعدة المستهلك على الرقم 1-800-779-0787.



## إشعار ممارسات الخصوصية

يصف هذا الإشعار كيف يمكن استخدام المعلومات الصحية عنك والإفصاح عنها وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. لذا يُرجى مراجعته بعناية.

إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذا الإشعار، فيُرجى التواصل مع مزود خدمات الرعاية الصحية الذي تتعامل معه أو إدارة وكالة خدمات الرعاية الصحية في مقاطعة ألاميدا المختصة:

- القسم الإداري والصحي للمحتاجين على الرقم 618-3452 (510)
- خدمات الرعاية الصحية السلوكية، مكتب مساعدة المستهلك على الرقم 779-0787 (800)
- مكتب مدير إدارة الصحة العامة في 267-8000 (510)
- قسم الصحة البيئية على الرقم 567-6700 (510)

### الغرض من هذا الإشعار

يصف هذا الإشعار ممارسات الخصوصية لوكالة خدمات الرعاية الصحية في مقاطعة ألاميدا (ACHCSA) وإدارتها وبرامجها والأفراد الذين يشاركون في توفير خدمات الرعاية الصحية لك هؤلاء الأفراد هم اختصاصيو الرعاية الصحية وغيرهم من الأفراد المصرح لهم من قبل مقاطعة ألاميدا بالوصول إلى معلوماتك الصحية في إطار عملية تقديم الخدمات لك أو الامتثال لقوانين الولاية والقوانين الفيدرالية.

من بين متخصصي الرعاية الصحية والأفراد الآخرون:

- اختصاصيو الرعاية الصحية البدنية (مثل الأطباء والممرضات والممارسين وطلاب الطب)
  - اختصاصيو الرعاية الصحية السلوكية (مثل الأطباء النفسيين وعلماء النفس والاختصاصيين الاجتماعيين السريريين المرخص لهم واختصاصيي مشكلات الزواج والأسرة والاستشاريين السريريين المختصين وممارسي الطب النفسي والممرضات المسجلات والمتدربين)
  - الأفراد الآخرون الذين يشاركون في رعايتك في هذه الوكالة أو الذين يعملون مع هذه الوكالة لتوفير الرعاية لعملائها، بما في ذلك موظفي ACHCSA وطاقم العمل وغيرهم من العاملين الذين يؤدون خدمات أو وظائف تجعل رعايتك الصحية ممكنة.
- يجوز لهؤلاء الأشخاص مشاركة المعلومات الصحية عنك مع بعضهم البعض ومع مزودي خدمات الرعاية الصحية الآخرين لأغراض العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية، ومع أشخاص آخرين لأسباب أخرى كما هو موضح في هذا الإشعار.

### مسؤولياتنا

يلزم علينا بموجب القانون الحفاظ على خصوصية وأمن معلوماتك الصحية المحمية وتقديم هذا الإشعار بواجباتنا القانونية وممارسات الخصوصية لك. كما تقع على عاتقنا مسؤولية الالتزام بشروط هذا الإشعار السارية حاليًا.



من مهام هذا الإشعار ما يلي:

- تحديد أنواع الاستخدامات وعمليات الإفصاح عن معلوماتك التي يمكن أن تحدث دون موافقتك الكتابية المسبقة.
- تحديد الحالات التي ستتاح لك فيها فرصة الموافقة أو عدم الموافقة على استخدام معلوماتك أو الإفصاح عنها.
- سنعلمك على الفور في حالة حدوث خرق قد يكون قد جعل خصوصية معلوماتك أو أمنها عرضة للخطر.
- يجب علينا اتباع الواجبات وممارسات الخصوصية الموضحة في هذا الإشعار وتقديم نسخة منه لك.
- لن نستخدم أو نشارك معلوماتك بخلاف ما هو موضح في هذا المستند ما لم نخبرنا أنه يمكننا إجراء ذلك كتابيًا.
- وإذا أخبرتنا بذلك، فيجوز لك تغيير رأيك في أي وقت. أخبرنا كتابيًا إذا غيرت رأيك.
- تقديم نصائح لك عن حقوقك فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية الشخصية.

### كيف يمكننا استخدام معلوماتك الصحية والإفصاح عنها

يمكن تقسيم أنواع الاستخدامات وعمليات الإفصاح عن المعلومات الصحية إلى فئات فيما يلي وصف لهذه الفئات مزودة بالتفسيرات وبعض الأمثلة. لا يمكن إدراج كل نوع من أنواع الاستخدام والإفصاح، ولكن جميع الاستخدامات وعمليات الإفصاح ستدرج ضمن إحدى الفئات.

**العلاج.** يمكننا استخدام معلوماتك الصحية أو مشاركتها وتبادلها مع المختصين الآخرين الذين يقدمون لك العلاج. يشمل مصطلح "العلاج الطبي" علاج الرعاية الصحية البدنية وكذلك "خدمات الرعاية الصحية السلوكية" (خدمات الصحة النفسية وخدمات علاج مشكلات الكحول أو المخدرات الأخرى) التي قد تتلقاها. على سبيل المثال، يجوز لطبيب مرخص له اتخاذ الترتيبات اللازمة مع طبيب نفسي للكشف عليك بشأن الأدوية المحتملة وقد يناقش مع الطبيب النفسي رأيه حول علاجك، أو يجوز لأحد أعضاء طاقم العمل لدينا إعداد طلب لإنهاء فحص في المختبر أو الحصول على إحالة إلى طبيب خارجي لإجراء فحص بدني. وإذا حصلت على رعاية صحية من مزود خدمة آخر، فيجوز لنا أيضًا أن نفصح عن معلوماتك الصحية لمزود الخدمة الجديد لأغراض العلاج.

**الدفع.** يمكننا استخدام معلوماتك الصحية أو مشاركتها لإصدار الفواتير والحصول على المدفوعات من برنامجي Medi-Cal و Medicare والخطط الصحية وشركات التأمين الأخرى مقابل العلاج والخدمات التي قدمناها لك. على سبيل المثال، قد نحتاج إلى تقديم معلومات عن خطتك الصحية حول العلاج أو الاستشارة التي تلقيتها معنا حتى يتمكنوا من الدفع لنا أو تعويضك عن الخدمات. يجوز لنا أن نخبرهم أيضًا عن العلاج أو الخدمات التي نخطط لتقديمها للحصول على موافقة مسبقة أو لتحديد ما إذا كانت خطتك ستغطي العلاج. وإذا حصلت على رعاية صحية من مزود خدمة آخر، فيجوز لنا أن نفصح أيضًا عن معلوماتك الصحية لمزود الخدمة الجديد لأغراض الدفع.



**عمليات الرعاية الصحية.** يمكننا استخدام معلوماتك الصحية ومشاركتها لإدارة أعمالنا وتحسين رعايتك والاتصال بك عند الضرورة. يجوز لنا مشاركة أجزاء محدودة من معلوماتك الصحية مع إدارات مقاطعة الأميديا ولكن فقط بالقدر اللازم لأداء الوظائف المهمة لدعم عمليات الرعاية الصحية لدينا. فهذه الاستخدامات وعمليات الإفصاح ضرورية للعمليات الإدارية لوكالة خدمات الرعاية الصحية وللتأكد من أن جميع عملائنا يتلقون رعاية رفيعة المستوى. على سبيل المثال، يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية لما يلي:

- مراجعة طريقة علاجنا وخدماتنا وتقييم أداء الموظفين بخصوص تقديم الرعاية بك.
  - المساعدة في تحديد الخدمات الإضافية التي يجب أن نقدمها، والخدمات غير المطلوبة، ومدى فعالية بعض العلاجات الجديدة.
  - مراجعة أو معرفة الأنشطة للأطباء والمرضى والأطباء والممارسين وغيرهم من طاقم عمل الرعاية الصحية والطلاب والمتدربين وغيرهم من موظفي الوكالة.
  - مساعدتنا في الإدارة المالية والامتثال للقوانين.
  - إذا حصلت على رعاية صحية من مزود خدمة آخر، فيجوز لنا أن نفصح أيضًا عن معلوماتك الصحية لمزود الخدمة الجديد الذي ستتعامل معه لبعض عمليات الرعاية الصحية الذي يقدمها. بالإضافة إلى ذلك، يجوز لنا أن نزيل المعلومات التي تحدد هويتك من هذه مجموعة المستندات هذه من المعلومات الصحية حتى يتمكن الآخرون من استخدامها لدراسة الرعاية الصحية وتقديمها دون معرفة هوية مرضى معينين.
  - يجوز لنا أيضًا مشاركة معلوماتك الطبية مع مزودي خدمات الرعاية الصحية الآخرين ومراكز تبادل معلومات الرعاية الصحية والخطط الصحية التي تشارك معنا في "ترتيبات الرعاية الصحية المنظمة" (OHCAs) لأي من عمليات الرعاية الصحية التابعة إلى OHCAs. تشمل ترتيبات OHCA المستشفيات ومؤسسات الأطباء والخطط الصحية والهيئات الأخرى التي تقدم خدمات الرعاية الصحية بشكل جماعي. قائمة ترتيبات OHCA التي نشارك فيها متاحة من برنامج ACCESS.
- دفتر التسجيل.** يجوز لنا استخدام معلوماتك الطبية ونفصح عنها من خلال التسجيل عند وصولك إلى مكتبنا. ويجوز لنا أن ننادي أيضًا على اسمك عندما يحين موعد استعدادنا لرؤيتك.

**اختيارك.** للحصول على معلومات صحية معينة، يمكنك إخبارنا باختياراتك حول ما نشاركه. فإذا كان لديك تفضيل واضح لكيفية مشاركتنا معلوماتك في الحالات التالية الموضحة أدناه، فيرجى إخبارنا بما تريد منا إجراؤه، ونحن سنتبع تعليماتك. لديك الحق والاختيار في إخبارنا بمن يجوز لنا مشاركة المعلومات معه من عائلتك أو أصدقائك المقربين أو غيرهم من المشاركين في رعايتك بشأن موقعك أو حالتك العامة أو، ما لم تطلب منا خلاف ذلك، في حالة وفاتك. ولديك الحق والاختيار في إخبارنا بإدراج معلوماتك في دليل المستشفى أو إزالتها. وكذلك لديك الحق والاختيار لإخبارنا ما إذا كان بإمكاننا التواصل معك عند محاولات جمع التبرعات. في حالة الإغاثة في حالات الكوارث، يجوز لنا أن نفصح عن المعلومات لمنظمة الإغاثة حتى تتمكن من تنسيق جهود الإشراف هذه. ويجوز لنا أن نفصح أيضًا عن المعلومات لشخص يشارك في رعايتك أو يساعد في دفع تكاليف رعايتك. لديك كل من الحق والاختيار إذا كنت قادرًا ومتاحًا للموافقة أو الاعتراض، فنسمح لك بالاعتراض قبل تنفيذ عمليات الإفصاح المذكورة، على الرغم من أننا قد نفصح عن هذه المعلومات في حالة وقوع كارثة بالرغم من اعتراضك في حال رأينا أنه من الضروري الاستجابة لظروف الطوارئ. إذا لم تتمكن من إخبارنا بما تفضله، مثلاً، إذا كنت فاقداً للوعي، فيجوز لنا أن نتابع خطواتنا ونشارك معلوماتك إذا كنا نرى أن ذلك في مصلحتك. يجوز لنا أيضًا مشاركة معلوماتك عند الحاجة للحد من التهديد الخطير والمحقق للصحة أو السلامة.



**كيف يمكننا استخدام معلوماتك الصحية أو مشاركتها؟** يُسمح لنا أو يُطلب منا مشاركة معلوماتك بطرق أخرى – عادةً بطرق تساهم في تحقيق الصالح العام، مثل الصحة العامة والأبحاث. يجب أن نلبي العديد من الشروط في القانون قبل أن نتمكن من مشاركة معلوماتك لهذه الأغراض. لمزيد من المعلومات، اطلع على:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

**عمليات الإفصاح التي لا يتعين علينا فيها منحك فرصة للموافقة أو الاعتراض** علاوةً على الحالات المذكورة أعلاه، يسمح لنا القانون بمشاركة معلوماتك الصحية دون الحصول على إذن منك أولاً. يرد ذكر هذه الحالات لاحقاً

**حسبما يقتضيه القانون.** سنفصح عن المعلومات الصحية عنك عندما يُطلب ذلك بموجب القانون الفيدرالي أو المحلي أو على مستوى الولاية.

**الاشتباه في إساءة المعاملة أو الإهمال.** سنفصح عن معلوماتك الصحية للوكالات المختصة في حالة الاشتباه في إساءة معاملة/إهمال الأطفال أو إساءة معاملة/إهمال كبار السن أو الكبار غير المستقلين أو العنف الأسري. وإما أنك توافق على الإفصاح أو أننا مخولون بموجب القانون بالإفصاح عن المعلومات، إذ يُعتقد أن الإفصاح ضروري لمنع تهديد الصحة أو السلامة الفردية أو العامة.

**المساعدة في مخاطر الصحة العامة.** يمكننا مشاركة المعلومات الصحية عنك في حالات معينة مثل:

- الوقاية من الأمراض أو الإصابات أو حالات الإعاقة
- الإبلاغ عن المواليد والوفيات
- المساعدة في عمليات طلب إعادة المنتجات
- الإبلاغ عن الأضرار الجانبية للأدوية
- الإبلاغ عن حالات الاشتباه في إساءة المعاملة أو الإهمال أو العنف الأسري
- منع تهديد خطير لصحة أي شخص أو سلامته أو الحد منه

**أنشطة الرقابة الصحية.** يجوز لنا أن نفصح عن المعلومات الصحية لوكالة الرقابة الصحية للأنشطة المصرح بها بموجب القانون. وتشمل أنشطة الرقابة هذه، على سبيل المثال، عمليات التدقيق والتحقيق والتفتيش والترخيص. فهذه الأنشطة لها ضرورتها عند الحكومة لمراقبة نظام الرعاية الصحية والبرامج الحكومية والامتثال لقوانين الحقوق المدنية.

**الإجراءات القضائية والإدارية.** يمكننا مشاركة المعلومات الصحية عنك استجابة لأمر من المحكمة أو أمر إداري ودعوى قضائية وإجراءات قانونية أو استجابة لأمر استدعاء للمثول أمام المحكمة.

**إنفاذ القانون** يجوز لنا أن نكشف عن معلومات صحية إذا طلب منا ذلك مسؤول معني بإنفاذ القانون:

- لمساعدة المسؤولين المعنيين بإنفاذ القانون على التصدي للأعمال الإجرامية.
- لتحديد هوية أو مكان المشتبه به أو الشاهد أو الشخص المفقود وما إلى ذلك.
- لتوفير معلومات لإنفاذ القانون حول ضحية الجريمة.
- للإبلاغ عن العمل الإجرامي أو التهديدات التي تستهدف منشأتنا أو طاقم العمل لدينا.



**الأطباء الشرعيون والأطباء المحققون ومديرو الجنازات.** يجوز لنا أن نكشف عن المعلومات الصحية إلى الطبيب الشرعي أو الأطباء المحققين أو متعهد إقامة الجنازة. فقد يكون هذا ضرورياً لتحديد هوية الشخص المتوفى أو تحديد سبب الوفاة على سبيل المثال. يجوز لنا أيضاً أن نكشف عن المعلومات الصحية عن المرضى في منشأتنا لمساعدة متعهدي إقامة الجنازات عند الضرورة لأداء واجباتهم.

**التبرع بالأعضاء أو الأنسجة.** إذا كنت متبرعاً بالأعضاء، فيجوز لنا أن نكشف عن المعلومات الطبية للمؤسسات المعنية بشراء الأعضاء.

**الأبحاث.** يمكننا استخدام معلوماتك أو مشاركتها لإجراء الأبحاث الصحية.

**لمنع تهديد الصحة أو السلامة الفردية أو العامة.** يجوز لنا استخدام ومشاركة المعلومات الصحية عنك عند الضرورة لمنع تهديد خطير لصحتك وسلامتك أو صحة وسلامة العامة أو شخص آخر. ولكن أي عملية إفصاح لن تكون إلا للشخص الذي نعتقد أن ب قدرته منع حدوث التهديد أو الضرر.

**بالنسبة إلى الوظائف الحكومية الخاصة.** يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية أو الإفصاح عنها لمساعدة الحكومة في أداء الوظائف المتعلقة بك. يجوز الإفصاح عن معلوماتك الصحية (1) لسلطات القيادة العسكرية إذا كنت عضواً في القوات المسلحة، بغرض المساعدة في تنفيذ مهمة عسكرية؛ (2) للمسؤولين الفيدراليين المعتمدين لتنفيذ أنشطة الأمن القومي؛ (3) للمسؤولين الفيدراليين المعتمدين لتوفير خدمات الحماية للرئيس أو الأشخاص الآخرين أو للتحقيقات وفقاً لما يقتضيه القانون؛ (4) لمؤسسة إصلاحية، إذا كنت في السجن، لأغراض الرعاية الصحية والصحة والسلامة؛ (5) لبرامج تعويض العمال والمطالبات وفقاً لما يقتضيه القانون؛ (6) لوكالات إنفاذ القانون الحكومية لحماية المسؤولين الدستوريين المنتخبين على المستوى الفيدرالي وعلى مستوى الولاية وأسره؛ (7) لوزارة العدل في كاليفورنيا لأغراض النقل وتحديد الهوية بشأن بعض المرضى المتهمين في قضايا جنائية، أو فيما يتعلق بالأشخاص الذين لا يجوز لهم شراء أو امتلاك أو حيازة سلاح ناري أو سلاح قاتل؛ (8) للجنة قوانين الجمعية أو مجلس الشيوخ لغرض إجراء تحقيق تشريعي؛ (9) لمؤسسة الحماية والدعوة على مستوى الولاية ومكتب حقوق المرضى بالمقاطعة لأغراض إجراء تحقيقات معينة وفقاً لما يقتضيه القانون.

**فئات خاصة أخرى من المعلومات، إن وجدت.** قد تنطبق متطلبات قانونية خاصة على استخدام فئات معينة من المعلومات أو الإفصاح عنها - على سبيل المثال، فحوصات فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو العلاج والخدمات المتعلقة بمعالجة مشكلات تعاطي الكحول والمخدرات. علاوةً على ذلك، قد تنطبق قواعد مختلفة نوعاً ما على استخدام المعلومات الطبية المتعلقة بأي رعاية طبية عامة (بخلاف الصحة النفسية) تتلقاها والإفصاح عنها.

**ملاحظات العلاج النفسي، إن وجدت.** تشير ملاحظات العلاج النفسي إلى الملاحظات المسجلة (بأي وسيلة) من قبل مزود خدمات الرعاية الصحية المتخصص في الصحة النفسية الذي يوثق أو ترحل محتويات المحادثة خلال جلسة استشارية خاصة أو جلسة استشارية جماعية أو مشتركة أو عائلية والتي يتم فصلها عن بقية السجل الطبي للفرد. تستبعد ملاحظات العلاج النفسي وصف الأدوية ورصدها وبدء جلسات الاستشارة وأوقات التوقف وأساليب العلاج المقدم ومعدلات تكراره ونتائج الفحوصات السريرية وأي ملخص للعناصر التالية: التشخيص والحالة الوظيفية وخطة العلاج والأعراض وتوقع سير المرض والتقدم المحرز حتى تاريخه.



يجوز لنا استخدام ملاحظات العلاج النفسي الخاصة بك أو الإفصاح عنها، وفقاً لما يقتضيه القانون أو لما يلي:

- للاستخدام من قبل كاتب الملاحظات.
- في برامج التدريب على الصحة النفسية الخاضعة للإشراف للطلاب أو المتدربين أو الممارسين.
- من قبل مزود الخدمة المذكور للدفاع عن دعوى قانونية أو إجراءات أخرى رفعها الفرد.
- لمنع تهديد خطير ومحدد لصحة أو سلامة شخص أو مجموعة أشخاص والحد منه.
- للإشراف الصحي من كاتب ملاحظات العلاج النفسي.
- للاستخدام أو الإفصاح للطبيب الشرعي أو الطبيب المحقق للإبلاغ عن وفاة المريض.
- للاستخدام أو الإفصاح الضروري لمنع تهديد خطير ومحدد لصحة أو سلامة شخص أو مجموعة أشخاص والحد منه.
- للاستخدام أو الإفصاح لك أو لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية إذا كانت تريد التأكد من أننا نمثل لقانون الخصوصية الفيدرالي، في أثناء تحقيق، أو وفقاً لما يقتضيه القانون.
- إلى الطبيب الشرعي أو الطبيب المحقق بعد وفاتك.
- حسب الحد الذي تلغي عنده الإذن باستخدام ملاحظات العلاج النفسي الخاصة بك أو الإفصاح عنها، سنتوقف عن استخدام هذه الملاحظات أو الإفصاح عنها.

**تغيير الملكية، إن أمكن.** في حالة بيع هذه الخدمة/البرنامج أو دمجها مع مؤسسة أخرى، ستصبح المعلومات/السجل الصحي الخاص بك ملكاً للمالك الجديد، رغم أنك ستحتفظ بالحق في طلب نقل نسخ من معلوماتك الصحية الشخصية إلى خدمة/برنامج آخر.

#### **عدم تنفيذ الإفصاح إلا بعد منحك الفرصة للموافقة أو الاعتراض.**

هناك حالات لن نشارك فيها معلوماتك الصحية ما لم نناقشها معك (إن أمكن) ولم تعترض على هذه المشاركة. وهذه الحالات هي:

**أدلة المرضى.** يمكنك تحديد البيانات الصحية، إن وجدت، التي تريد إدراجها في أدلة المرضى.

**الأشخاص المشاركون في رعايتك أو عملية الدفع.** يجوز لنا مشاركة بياناتك الصحية مع أحد أفراد الأسرة أو صديق مقرب أو شخص آخر ذكرت اسمه كمشارك في تقديم الرعاية الصحية لك. على سبيل المثال، إذا طلبت من أحد أفراد الأسرة أو الأصدقاء شراء دواء لك من الصيدلية، فقد نخبر هذا الشخص عن الدواء ومتى سيكون جاهزاً للاستلام. كما نخبر أحد أفراد الأسرة (أو الأشخاص الآخرين المسؤولين عن رعايتك) بموقعك وحالتك الطبية بشرط عدم اعتراضك.

**عمليات الإفصاح في الاتصالات التي نجريها معك.** قد نجري اتصالات معك سنشارك خلالها معلوماتك الصحية. على سبيل المثال، قد نستخدم المعلومات الصحية ونفصح عنها للتواصل معك كنوع من التذكير بأن لديك موعداً للعلاج معنا أو لإخبارك بخيارات العلاج المحتملة أو البدائل التي قد تهمك أو التوصية بها. يجوز لنا استخدام معلومات صحية عنك والإفصاح عنها لإخبارك بالمنافع أو الخدمات الصحية التي قد تهمك. وقد نتواصل معك بشأن أنشطة جمع التبرعات التي نجريها.



**استخدامات أخرى للبيانات الصحية.** لن يتم إجراء الاستخدامات الأخرى التي لا يغطيها هذا الإشعار أو القوانين التي تنطبق علينا إلا بموافقتك الكتابية.

إذا قدمت لنا إذنًا لاستخدام معلومات صحية عنك أو الإفصاح عنها، فيمكنك إلغاء هذا الإذن كتابيًا في أي وقت. وإذا ألغيت إذنك، فلن نستخدم أو نفصح عن المعلومات الصحية عنك للأسباب الواردة في التفويض الكتابي الذي قدمته. كما أنك تتفهم أنه لا يمكننا استعادة أي معلومات أفصحنا عنها بالفعل بإذن منك وأنا مطالبون بالاحتفاظ بسجلاتنا للرعاية التي قدمناها لك.

**حقوقك فيما يتعلق بالمعلومات الصحية عنك.** لديك حقوق معينة عندما يتعلق الأمر بمعلوماتك الصحية. ويشرح هذا القسم حقوقك وبعض مسؤولياتنا تجاهك.

**إشعار الخرق.** في حالة خرق المعلومات الصحية الشخصية المحمية وغير الأمانة، سنخبرك على الفور في حالة حدوث خرق قد يكون قد جعل خصوصية معلوماتك أو أمنها عرضة للخطر. إذا كنت قد قدمت عنوان بريد إلكتروني حال لنا، فقد نستخدم البريد الإلكتروني لتوصيل المعلومات المتعلقة بالخرق. يجوز لشريك الأعمال لدينا تقديم الإشعار في بعض الحالات. كما أننا نقدم إشعارًا بطرق أخرى حسب الاقتضاء.

[ملاحظة: لن يتم استخدام الإشعار عبر البريد الإلكتروني إلا إذا كنا متأكدين من أنه لن يحتوي على معلومات صحية محمية ولن يفصح عن معلومات غير ملائمة. على سبيل المثال، إذا كان عنوان بريدنا الإلكتروني هو "digestivediseasassociates.com"، فإن رسالة البريد الإلكتروني المرسلة بهذا العنوان، إذا تم الوصول إليها، تحدد المريض وحالته.]

**احصل على نسخة إلكترونية أو ورقية من سجلك الطبي.** يحق لك فحص هذه المعلومات الصحية ونسخها. وعادةً ما يشمل ذلك السجلات الطبية وسجلات الفواتير، ولكن قد لا يتضمن بعض معلومات الصحة النفسية كما تنطبق قيود معينة، وهي:

- يمكنك طلب الاطلاع أو الحصول على نسخة إلكترونية أو ورقية من سجلك الطبي والمعلومات الصحية الأخرى التي لدينا عنك.
- سنقدم نسخة أو ملخصًا لمعلوماتك الصحية، عادةً في غضون 30 يومًا من طلبك. قد نفرض رسومًا معقولة على أساس التكلفة.
- يجب عليك تقديم طلبك كتابيًا. يمكننا أن نقدم لك نموذجًا بذلك وإرشادات حول كيفية إرساله.
- يمكنك توقع تلقي إشعارات تتعلق بهذا الطلب في غضون 10 أيام عمل.
- قد نرفض طلبك في ظروف معينة. إذا تم رفض حصولك على المعلومات الصحية، يمكنك طلب مراجعة الرفض وفقًا لما يقتضيه القانون.
- إذا رفضنا طلبك للحصول على ملاحظات العلاج النفسي الخاصة بك، فسيكون لديك الحق في نقلها إلى اختصاصي صحة نفسية آخر.

**اطلب منا تصحيح سجلك الطبي.** يمكنك أن تطلب منا تصحيح المعلومات الصحية عنك التي تعتقد أنها غير صحيحة أو غير كاملة. قد نرفض طلبك، إلا أننا سنخبرك بالسبب كتابيًا في غضون 60 يومًا. كما أننا لسنا ملزمين بإزالة المعلومات من سجلاتك. أما إذا كان هناك خطأ، فسيتم تصحيحه بإضافة معلومات توضيحية أو تكميلية. كما يحق لك طلب التعديل طالما تم الاحتفاظ بالمعلومات من قبل المنشأة أو لصالحها. كما تنطبق قيود معينة، وهي:

- يجب عليك تقديم طلبك للتعديل كتابيًا. يمكننا أن نقدم لك نموذجًا بذلك وإرشادات حول كيفية إرساله.
- يجب عليك تقديم سبب يدعم طلبك.



بالإضافة إلى ذلك، يجوز لنا رفض طلبك إذا طلبت منا تعديل المعلومات بالحالات التالية:

- لم يتم إنشاؤها من قبلنا، إلا إذا لم تعد الطرف المنشئ للمعلومات متاحًا لإجراء التعديل؛
- ليست جزءًا من المعلومات الصحية التي تم الاحتفاظ بها من قبل منشأتنا أو لصالحها؛
- ليست جزءًا من المعلومات التي يُسمح لك بفحصها أو نسخها. حتى إذا رفضنا طلبك للتعديل، فلديك الحق في تقديم ملحق كتابيًا بشأن أي بند أو بيان في سجلك تعتقد أنه غير كامل أو غير صحيح. إذا أشرت كتابيًا إلى أنك تريد أن يكون الملحق جزءًا من سجلك الصحي، فسنرفقه بسجلاتك وندرجه في وقت نفصح فيه عن البند أو البيان الذي تعتقد أنه غير كامل أو غير صحيح.

**الحق في أن تطلب منا تقييد ما نستخدمه أو نشاركه.** يمكنك أن تطلب منا عدم استخدام أو مشاركة معلومات صحية معينة للعلاج أو الدفع أو لإجراء عملياتنا. إلا أنه لا يلزم علينا الموافقة على طلبك وقد نرفضه إذا كان ذلك سيؤثر على رعايتك. يحق لك أيضًا طلب تقييد المعلومات الصحية التي نفصح عنها بشأنك لشخص يشارك في رعايتك أو الدفع مقابل هذه الرعاية، مثل أحد أفراد الأسرة أو الأصدقاء. على سبيل المثال، يمكنك أن تطلب منا عدم استخدام أو الإفصاح عن أي معلومات لصديق أو لأحد أفراد الأسرة حول تشخيصك أو علاجك.

إذا وافقنا على طلبك للحد من كيفية استخدامنا لمعلوماتك بغرض العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية، فسوف نلتزم بطلبك ما لم تكن المعلومات مطلوبة لتقديم العلاج الطارئ لك. لطلب وضع قيود، يجب عليك تقديم طلبك كتابيًا إلى مزود الخدمة الذي تتعامل معه. ويجب أن نخبرنا في طلبك بالمعلومات التي تريد تقييدها، وما إذا كنت تريد تقييد استخدامنا أو إفصاحنا عنها أو كليهما، والأفراد التي تريد تطبيق التقييدات عليهم.

إذا كنت تدفع مقابل خدمة أو منتج رعاية صحية على نفقتك الخاصة بالكامل، يمكنك أن تطلب منا عدم مشاركة هذه المعلومات بغرض الدفع أو إجراءات عملياتنا مع شركة التأمين الصحي التي تؤمن عليك. وسنوافق على طلبك ما لم يقتضي القانون منا مشاركة هذه المعلومات.

**الحق في طلب التواصل سرّيًا.** يمكنك أن تطلب منا التواصل معك بطريقة محددة (على سبيل المثال، عن طريق هاتف المنزل أو المكتب) أو إرسال بريد إلى عنوان مختلف. سنوافق على طلبك لجميع الطلبات المعقولة. أما لطلب التواصل سرّيًا، يجب عليك تقديم طلبك كتابيًا إلى مزود الخدمة الذي تتعامل معه. ولن نسألك عن سبب طلبك.

**الحق في الحصول على نسخة من إشعار الخصوصية المذكور.** يمكنك طلب نسخة ورقية من هذا الإشعار في أي وقت، حتى إذا كنت قد وافقت على تلقي الإشعار إلكترونياً، وسنقدم لك نسخة ورقية على الفور. يمكنك الحصول على نسخة من هذا الإشعار من مزود الخدمة الذي تتعامل معه أو أي من البرامج المشار إليها أعلاه.



**الحق في الحصول على قائمة بالأشخاص الذين شاركنا معهم المعلومات.** يمكنك طلب قائمة (بيان) بالأوقات التي شاركنا فيها معلوماتك الصحية لمدة ست سنوات قبل تاريخ الذي قدمت فيه الطلب والأشخاص الذين شاركناهم معهم والسبب في ذلك. لن تتضمن هذا البيان ما يلي:

- عمليات الإفصاح اللازمة للعلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية.
- عمليات الإفصاح التي قدمناها لك.
- عمليات الإفصاح التي كانت عرضية نتيجة لإفصاح مسموح به أو مطلوب بشكل آخر.
- عمليات الإفصاح التي تم إجراؤها بتفويض كتابي منك.
- بعض عمليات الإفصاح الأخرى التي أجريناها على النحو المسموح به أو المطلوب بما يقتضيه القانون.

سندرج جميع عمليات الإفصاح باستثناء تلك المتعلقة بالعلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية وبعض عمليات الإفصاح الأخرى (مثل أي إفصاح طلبت منا إجراؤه). كما سنقدم بيانًا واحدًا سنويًا بالمجان ولكن قد نفرض رسومًا معقولة على أساس التكلفة إذا طلبت بيانًا آخر في غضون 12 شهرًا لطلب هذه القائمة أو البيان لعمليات الإفصاح، يجب عليك تقديم طلبك كتابيًا. يمكننا أن نقدم لك نموذجًا بذلك وإرشادات حول كيفية إرساله. يجب أن يحدد طلبك فترة زمنية، وينبغي أن يشير إلى النموذج الذي تريده للقائمة (على سبيل المثال، ورقياً أو إلكترونياً). سنخبرك بالتكلفة اللازمة، ويمكنك اختيار سحب طلبك أو تعديله في ذلك الوقت قبل تحمل أي تكاليف.

**الحق في اختيار شخص للتصرف نيابةً عنك.** إذا كنت قد منحت شخصًا توكيلاً رسميًا طبيًا أو إذا كان هناك شخص يمثل الوصي القانوني لك، فيمكن لهذا الشخص ممارسة حقوقك واتخاذ خيارات بشأن معلوماتك الصحية. وسنتأكد من أن الشخص لديه هذه السلطة ويمكنه التصرف نيابةً عنك قبل اتخاذ أي إجراء.

**التغييرات في شروط هذا الإشعار.** يمكننا تغيير شروط هذا الإشعار، وستطبق التغييرات على جميع المعلومات التي لدينا عنك. سيتاح الإشعار الجديد عند الطلب، في مكتبنا وعلى موقعنا الإلكتروني كما أنك ستتلقى نسخة من الإشعار الجديد عند/في حال تغيير إشعار ممارسات الخصوصية، أو إذا سجلت في موقع خدمة جديد.

**تشمل الحالات التي لا نشارك فيها معلوماتك على الإطلاق.** ما لم تمنحنا إذنًا كتابيًا ما يلي: أغراض التسويق وبيع معلوماتك ومعظم ملاحظات العلاج النفسي للمشاركة. اطلع على ملاحظات العلاج النفسي في الصفحة 29 لمزيد من التفاصيل. في حالة جمع التبرعات أو الحملات الإعلامية، يجوز لنا التواصل معك لجمع التبرعات أو في إطار جهود الحملة الإعلامية، ولكن يمكنك إخبارنا بعدم التواصل معك مرة أخرى.



**قدّم شكوى إذا شعرت بانتهاك حقوقك.** تلتزم جميع البرامج داخل وكالة خدمات الرعاية الصحية بحماية خصوصية معلوماتك الصحية الشخصية. إذا كنت تعتقد أن حقوق الخصوصية الخاصة بك قد انتهكت، فيمكنك تقديم شكوى إلى القسم الذي تعتقد أن الانتهاك حدث فيه وسنجرى تحقيقًا من جانبنا في المطالباتك على الفور ونتخذ إجراءات تصحيحية إذا لزم الأمر. ولن نتخذ إجراء ضدك بسبب تقديم شكوى.

يجب تقديم جميع الشكاوى كتابيًا، وبإمكانك الحصول على نسخة من النموذج والتعليمات بخصوص تقديم شكوى عن طريق التواصل مع:

|                                                                                                                            |                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| مكتب مساعدة المستهلك<br>2000 Embarcadero Cove, Suite 400<br>Oakland, CA 94606<br>(800) 779-0787                            | خدمات الرعاية الصحية السلوكية  |
| مكتب المدير<br>1131 Harbor Parkway<br>Alameda, CA 94502<br>(510) 567-6700                                                  | قسم الصحة البيئية              |
| مكتب المدير<br>1000 San Leandro Blvd, Suite 300<br>San Leandro, CA 94577<br>(510) 618-3452                                 | القسم الإداري والصحي للمحتاجين |
| مكتب المدير<br>توجه إلى: قسم مشكلات الخصوصية<br>1000 Broadway 5 <sup>th</sup> Floor<br>Oakland, CA 94607<br>(510) 267-8000 | قسم الصحة العامة               |

يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى مكتب الحقوق المدنية التابع إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية عن طريق إرسال خطاب إلى:

مكتب الحقوق المدنية  
وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية  
90 Seventh Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103

أو عن طريق الاتصال على الرقم 1-800-368-1019 أو زيارة [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/) ولن نتخذ إجراء ضدك بسبب تقديم شكوى.



مكتب خدمات الامتثال  
1000 San Leandro Boulevard, Suite 300  
San Leandro, CA 94577  
رقم الهاتف: (510) 618-3333

### ملخص إشعار ممارسات الخصوصية

يصف هذا الملخص كيف يمكن استخدام البيانات الصحية عنك ومشاركتها وكيف يمكنك الحصول على هذه البيانات. ملاحظة مهمة: هذه الصفحة عبارة عن ملخص فقط ولا تتضمن جميع التفاصيل حول سياسة الخصوصية لدينا. تُقدم تفاصيل جميع الأقسام في النص الكامل لإشعار ممارسة الخصوصية عند الطلب.

#### أ. كيف يمكننا استخدام ومشاركة البيانات الصحية عنك:

- العلاج – يجوز لنا استخدام بياناتك الصحية أو مشاركتها لنقدم لك العلاج الطبي أو أنواع أخرى من الخدمات الصحية.
- الدفع – يجوز لنا استخدام بياناتك الصحية أو مشاركتها لإصدار فواتيرك أو لطرف ثالث مقابل الدفع نظير الخدمات المقدمة لك.
- عمليات الرعاية الصحية – يجوز لنا استخدام البيانات الصحية عنك ومشاركتها لإجراء عملياتنا مثل مراقبة الجودة ومراقبة الامتثال وتقييم النتائج والتدقيق وما إلى ذلك.

#### ب. عمليات الإفصاح التي لا يتعين علينا فيها منحك فرصة للموافقة أو الاعتراض:

- وفقًا لما يقتضيه القانون الفيدرالي أو المحلي أو قانون الولاية.
- في حالة الاشتباه في إساءة معاملة/إهمال الأطفال أو إساءة معاملة/إهمال كبار السن أو كبار غير المستقلين أو العنف الأسري.
- مخاطر الصحة العامة لأنشطة الصحة العامة للوقاية من الأمراض ومكافحتها.
- الدعاوى القضائية والنزاعات استجابة لأمر من المحكمة أو أمر إداري أو استجابة لأمر استدعاء للمثول أمام المحكمة.
- إنفاذ القانون لمساعدة المسؤولين المعنيين بإنفاذ القانون على التصدي للأعمال الإجرامية.
- الأطباء الشرعيون والأطباء المحققون ومدبرو الجنازات.
- المنشآت المعنية بالتبرع بالأعضاء أو الأنسجة إذا كنت متبرعًا بالأعضاء.
- لمنع تهديد الصحة أو السلامة الفردية أو العامة.

#### ج. عمليات الإفصاح التي يتعين علينا فيها منحك فرصة للموافقة أو الاعتراض:

- أدلة المرضى – يمكنك تحديد البيانات الصحية، إن وجدت، التي تريد إدراجها في أدلة المرضى.
- الأشخاص المشاركون في رعايتك أو الدفع مقابل هذه الرعاية - يجوز لنا مشاركة بياناتك الصحية مع أحد أفراد الأسرة أو صديق مقرب أو شخص آخر ذكرت اسمه كمشارك في تقديم الرعاية الصحية لك.

#### د. استخدامات أخرى للبيانات الصحية:

- لن يتم إجراء الاستخدامات الأخرى التي لا يغطيها هذا الإشعار أو القوانين التي تنطبق علينا إلا بموافقتك الكتابية.



هـ. لديك هذه الحقوق للبيانات الصحية التي نحتفظ بها عنك:

1. الحق في الحصول على معلوماتك الصحية
2. الحق في فحص سجلك الصحي وتلقي نسخة من هذا السجل عند الطلب
3. الحق في تعديل المعلومات في سجلك الصحي التي تعتقد أنها غير دقيقة أو غير كاملة
4. الحق في معرفة الأطراف التي أفصحنا لها عن معلوماتك الصحية
5. الحق في طلب تقييدات على بيانات المعلومات الصحية التي نقدمها عنك
6. الحق في تلقي اتصالات منا حول معلوماتك الصحية بطرق بديلة
7. الحق في الحصول على نسخة ورقية من الإشعار الكامل لممارسات الخصوصية

أقر بأنني ☐ قدمت إشعارًا بممارسات الخصوصية ☐ أو تلقيته

|                                |                             |
|--------------------------------|-----------------------------|
| التاريخ                        | توقيع العميل أو ممثل العميل |
| اسم العميل/ممثل العميل مطبوعًا | اسم القسم/البرنامج لدى HCSA |

## إشعار المعلومات في المادة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية الجزء الثاني: معلومات عن الإفصاح عن بيانات مرضى المخدرات والكحول

لذا يُرجى مراجعته بعناية

تحمي المادة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية الجزء الثاني معلوماتك الصحية إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على خدمات أو تتلقى خدمات متعلقة بمعالجة مشكلات تعاطي المخدرات أو الكحول. إذا كنت تتقدم بطلب أو تتلقى خدمات متعلقة بمعالجة مشكلات تعاطي المخدرات أو الكحول بشكل عام، فلا يمكننا أن نكشف لشخص خارج مؤسستنا بأنك تحضر برنامجنا أو نفصح عن أي معلومات تحدد هويتك كفرد يسعى للعلاج من تعاطي المخدرات، ما لم تحدث الظروف المنصوص عليها في هذا الإشعار.

المادة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية الجزء الثاني: المعلومات العامة المتعلقة برعايتك الصحية، بما يشمل الدفع مقابل خدمات الرعاية الصحية، محمية بموجب القوانين واللوائح الفيدرالية، بما في ذلك قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة لعام 1996 ("HIPAA")، والمادة 42 من قانون الولايات المتحدة الفقرة 1320د وما يليها، والمادة 45 من قانون اللوائح الفيدرالية الأجزاء 160 و164 وقانون السرية، والمادة 42 من قانون الولايات المتحدة الفقرة 290د-2، والمادة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية الجزء الثاني. بموجب هذه القوانين واللوائح، تحمي سرية سجلات علاج اضطراب تعاطي المخدرات ("SUD") سرية الهوية أو التشخيص أو توقع سير المرض أو سجل العلاج الذي يتم الاحتفاظ به في إطار أداء أي برنامج أو نشاط برعاية الحكومة الفيدرالية يتعلق بالتوعية في مجال تعاطي المخدرات أو الوقاية أو التدريب أو العلاج أو إعادة التأهيل أو البحث. لا يجوز لمزود الخدمة أن يقول لشخص خارج البرنامج أنك تحضر البرنامج، ولا يجوز للمزود الإفصاح عن أي معلومات تحدد هويتك كمرضى يتعالج من الكحول أو المخدرات، أو الإفصاح عن أي معلومات محمية أخرى باستثناء ما يسمح به القانون الفيدرالي.

يجب أن يحصل مزود الخدمة على موافقتك الكتابية قبل أن يتمكن من الإفصاح عن معلومات عنك لأغراض الدفع. على سبيل المثال، يجب أن يحصل مزود الخدمة على موافقتك الكتابية قبل أن يتمكن من الإفصاح عن المعلومات لشركة التأمين الصحي التي تؤمن عليك من أجل الدفع مقابل الخدمات. يُطلب من مزود الخدمة أيضًا الحصول على موافقتك الكتابية قبل أن يتمكن من بيع معلومات عنك أو الإفصاح عنها لأغراض التسويق. كما يجب عليك بشكل عام التوقيع على موافقة كتابية قبل أن يتمكن مزود الخدمة من مشاركة المعلومات لأغراض العلاج أو لعمليات الرعاية الصحية. ورغم أن المزود لا يمكنه عمومًا الإفصاح عن المعلومات التي من شأنها الإفصاح بشكل مباشر أو غير مباشر عن العمل باعتباره ضمن عملاء SUD، تسمح القوانين واللوائح الفيدرالية له بالإفصاح عن المعلومات دون إذن كتابي منك، والتي قد تشمل:

1. عندما يشكل العمل خطرًا على نفسه أو على الآخرين؛
2. عندما يشكل العمل خطرًا أو يهدد بالحاق الأذى بالآخرين؛
3. عندما يكون العمل معاقًا كليًا وغير قادر على اتخاذ قرار عقلائي بشأن حاجته إلى العلاج؛
4. عندما يشتبه بارتكاب العميل أفعال إساءة معاملة الأطفال أو إهمالهم؛
5. عندما يشتبه بارتكاب العميل أفعال إساءة معاملة كبار السن؛
6. عندما يعاني العميل حالة طبية طارئة وغير قادر على منح الإذن؛



7. عندما يتم استخدام معلومات العميل لمراجعة الجودة؛
  8. وفق اتفاقية مع مؤسسة مؤهلة لتقديم الخدمات (QSO)، على سبيل المثال، لحفظ السجلات أو إصدار البيانات أو الخدمات المهنية الأخرى؛
  9. للمراجعة من قبل هيئات الاعتماد والترخيص.
- يُعد انتهاك القانون واللوائح الفيدرالية من قبل برنامج خاضع للمادة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية الجزء الثاني جريمة من الجرائم، ويمكن الإبلاغ عن الانتهاكات المشتبه بها إلى السلطات المختصة، بما في ذلك المدعي العام بالولايات المتحدة للمنطقة الشمالية من كاليفورنيا (450 Golden Gate Avenue, San Francisco, CA 94102) وإدارة خدمات الرعاية الصحية بكاليفورنيا (1501 Capital Avenue, MS 0000, Sacramento, California 95389-7413).
- قبل أن يتمكن مزود الخدمات من استخدام أي معلومات تتعلق بصحتك بطريقة غير مبينة أعلاه أو غير مسموح بها بموجب القوانين أو اللوائح المعمول بها أو الإفصاح عنها (على سبيل المثال، المادة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية الجزء الثاني)، يجب عليه أولاً الحصول على موافقتك الكتابية المحددة التي تسمح له بالإفصاح. ويجوز لك إلغاء أي موافقة كتابية من هذا النوع شفهيًا أو كتابيًا.
- واجبات مزود الخدمة: يتعين على مزود الخدمة بموجب القانون الحفاظ على خصوصية معلوماتك الصحية ومعلومات SUD وتقديم إشعار لك بواجباته القانونية وممارسات الخصوصية المتعلقة بمعلوماتك الصحية. ويلزم على المزود بموجب القانون الالتزام بشروط هذا الإشعار وجعل أحكام الإشعار الجديدة سارية لجميع المعلومات الصحية المحمية التي يحتفظ بها هذا الإشعار. سيُقدم إشعارات بالمراجعة والتحديث للأفراد أثناء جلسات العلاج سُنشر على لوحة الإشعارات العامة في الردهة.
- التظلم والإبلاغ عن الانتهاكات: إذا لم تكن راضيًا عن أي مسألة تتعلق بخدماتك بما في ذلك مشكلات السرية أو كنت تشعر بعدم الرضا عند التحدث إلى مزود الخدمة الذي تتعامل معه حول إحدى المشكلات، فيمكنك الاتصال بمكتب مساعدة المستهلك على الرقم 779-0787 (800) 1 اطلع على عملية تسوية مشكلة المستفيد بدءًا من الصفحة 20 من مجموعة المستندات هذه لمزيد من المعلومات.

|                        |                |               |
|------------------------|----------------|---------------|
| اسم البرنامج:          | اسم المستفيد:  |               |
|                        | تاريخ الميلاد: | تاريخ القبول: |
|                        | رقم INSYST:    |               |
| رقم RU، إذا كان ينطبق: |                |               |

إقرار بالاستلام

الموافقة على الخدمات

كما هو موضح في الصفحة الأولى من مجموعة المستندات هذه، فإن توقيعك أدناه يمنح موافقتك على تلقي خدمات الرعاية الصحية السلوكية الطوعية من مزود الخدمة المذكور. وإذا كنت الممثل القانوني للمستفيد، فإن توقيعك يمنح هذه الموافقة.

مواد إعلامية

يعني توقيعك أيضًا أن المواد الموضحة أدناه جرى مناقشتها معك بلغة أو طريقة يمكنك فهمها، وأنك حصلت على مجموعة المواد الإعلامية لسجلاتك، وتبدي موافقتك على طريقة استلام الدليل وكتيب مزودي الخدمات كما تم التحقق منها. يجوز لك طلب شرح و/أو نسخ من المواد مرة أخرى في أي وقت.

الإشعار المبني

يُرجى وضع علامة على المربعات أدناه لعرض المواد التي جرى مناقشتها معك عند القبول أو في أي وقت آخر.

☐ الموافقة على الخدمات

☐ حرية الاختيار

☐ إشعار عدم التمييز

☐ السرية والخصوصية

☐ الحفاظ على مكان مرحب وآمن (ليس مادة إعلامية مطلوبة من الولاية)

☐ "دليل خدمات الصحة النفسية لدى Medi-Cal" أو "دليل خدمات علاج مشكلات المخدرات لدى Medi-Cal"

الاستلام: ☐ على الويب ☐ البريد الإلكتروني ☐ نسخة ورقية

☐ كتيب مزودي الخدمات لدى خطة الصحة السلوكية في مقاطعة الأميدا

الاستلام: ☐ على الويب ☐ البريد الإلكتروني ☐ نسخة ورقية

☐ معلومات حول تسوية مشكلة المستفيد

☐ معلومات التوجيه المسبق (لعمرك ما فوق 18 عامًا وعندما يبلغ العميل 18 عامًا)

هل سبق لك إنشاء توجيه مسبق؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فهل يمكننا الحصول على نسخة لسجلاتنا؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بلا، فهل يمكننا دعمك لإنشاء واحدة؟ ☐ نعم ☐ لا

☐ إشعار ممارسات الخصوصية – HIPAA وHITECH

☐ إشعار المعلومات في المادة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية الجزء الثاني: معلومات عن الإفصاح عن بيانات مرضى المخدرات والكحول (للملاء الذين يتلقون خدمات علاج مشكلات تعاطي المخدرات فقط)

|                                                                      |          |
|----------------------------------------------------------------------|----------|
| توقيع المستفيد:<br>(أو ممثل قانوني، إن وجد)                          | التاريخ: |
| الأحرف الأولى من اسم الشاهد من طاقم العمل/فريق الطب السريري:         | التاريخ: |
| عنوان البريد الإلكتروني لاستلام الدليل وكتيب مزودي الخدمات، إن أمكن: |          |

الإشعار السنوي: يجب أن يذكر مزود الخدمة الذي تتعامل معه كل عام بأن المواد المذكورة أعلاه متاحة للمراجعة. يُرجى وضع الأحرف الأولى والتاريخ في المربع أدناه لعرض موعد ذلك.

|                         |                         |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| الأحرف الأولى والتاريخ: | الأحرف الأولى والتاريخ: | الأحرف الأولى والتاريخ: | الأحرف الأولى والتاريخ: |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|

استخدم مربعًا واحدًا لكل عام (انظر أعلاه) للأحرف الأولى للمستفيد والتاريخ (أو مثله القانوني).

## توجيهات مزود الخدمة:

- الإشعار المبدئي: ناقش كل بند ذي صلة في مجموعة المستندات مع المستفيد (أو الممثل القانوني) باللغة أو طريقة التواصل المفضلة. وأكمل مربع معلومات تحديد الهوية في أعلى الصفحة السابقة. ثم ضع علامة على مربعات الاختيار ذات الصلة للإشارة إلى البنود التي جرى مناقشتها/توفيرها. اطلب من المستفيد التوقيع وكتابة التاريخ في المربع المطلوب. أدخل الأحرف الأولى لطاقي العمل وكتابة التاريخ في المربع المطلوب. قدّم مجموعة المواد الإعلامية المتبقية للمستفيد للإضافة على سجلاته. ضع صفحة التوقيع هذه في الملف.
- الإشعارات السنوية: ذكّر المستفيدين بتوفر جميع المواد لمراجعتها ومراجعة أي مواد، عند الطلب. احصل على الأحرف الأولى محددة التاريخ المطلوبة في المربعات المقدمة.
- تتوفر مجموعة المستندات بجميع اللغات الأساسية وبيان التعليمات التفصيلية على <http://www.ACBH.org/providers/QA/General/informing.htm>.