

بتوقيع هذا النموذج، فإنك توافق على الالتحاق ببرنامج Health Home. Health Home للالتحاق ببرنامج Health Home، يتعين أن يتمكن مقدمو الرعاية الصحية وغيرهم من المشاركين في تقديم الرعاية لك من التواصل فيما بينهم بشأن رعايتك وتبادل معلوماتك الصحية، وذلك لتقديم رعاية أفضل لك. على الرغم من أن الالتحاق ببرنامج Health Home سيساعد في ضمان حصولك على الرعاية المطلوبة، إلا أنه سيظل بإمكانك تلقي خدمات الرعاية الصحية والتأمين الصحي حتى في حال عدم توقيعك على هذا النموذج أو عدم رغبتك في الالتحاق بالبرنامج.

يملك برنامج Health Home صلاحية الحصول على معلوماتك الصحية ومشاركتها -مثل سجلاتك الصحية- المقدمة من الشركاء المدرجين في نهاية هذا النموذج، وغيرها من الجهات المصرح لها قانوناً باستلامها، و/أو آخرين من خلال أنظمة الحاسوب الآتية:

- شبكة المعلومات الصحية على مستوى ولاية نيويورك (Statewide Health Information Network for New York, SHIN-NY) التي تشرف عليها إدارة الصحة في ولاية نيويورك (New York State Department of Health). وتتولى شبكة SHIN-NY عملية جمع المعلومات الصحية وتخزينها، بما في ذلك السجلات الطبية الواردة من الأطباء ومقدمي الرعاية الصحية المتابعين لحالتك. تقتصر مشاركة شبكة SHIN-NY لمعلوماتك الصحية على الأشخاص الذين تمنحهم صلاحية معرفة معلوماتك أو الحصول عليها.
- يشرف مكتب الصحة العقلية في ولاية نيويورك (New York State Office of Mental Health) على نظام PSYCKES. PSYCKES هو نظام حاسوبي لحمل وتخزين بيانات علاحك الصحي الواردة من الأطباء ومقدمي الرعاية الصحية المتابعين لحالتك والتابعين لبرنامج Medicaid.
- يشرف مكتب خدمات الأشخاص ذوي الإعاقات التنموية في ولاية نيويورك (New York State Office for People With Developmental Disabilities) على نظام TABS/CHOICES. TABS/CHOICES هو نظام حاسوبي يجمع المعلومات المتعلقة بإعاقاتك التنموية ويخزنها.
- تشرف إدارة الصحة في ولاية نيويورك على نظام التقييم الموحد لولاية نيويورك (Uniform Assessment System NY, UASNY). يُعدّ نظام UASNY قاعدة بيانات آمنة على مستوى الولاية، تتولى جمع وتخزين البيانات التعريفية والتقييمات المكتملة لكل فرد مستفيد من الخدمات.

في حال موافقتك والتوقيع على هذا النموذج، فإنه يُسمح لبرنامج Health Home والشركاء المدرجين في هذا النموذج بالحصول على جميع معلوماتك الصحية (بما يشمل جميع معلوماتك الصحية التي يحصل عليها برنامج Health Home من شبكة SHIN-NY و/أو نظام PSYCKES و/أو TABS/CHOICES و/أو UASNY) والاطلاع عليها وقراءتها ونسخها ومشاركتها فيما بينهم، وذلك بالقدر اللازم لتقديم الرعاية لك، أو إدارة رعايتك أو دراستها بهدف تحسين خدمات الرعاية الصحية للأعضاء المستفيدين. قد تتضمن المعلومات الصحية بيانات يعود تاريخها إلى ما قبل توقيعك على هذا النموذج أو ما بعده. يمكن أن تحتوي سجلاتك الصحية على معلومات متعلقة بحالات مرضية أو إصابات تعرضت لها أو ربما تكون قد تعرضت لها سابقاً، بالإضافة إلى نتائج الفحوصات مثل الأشعة السينية أو تحاليل الدم، وكذلك الأدوية التي تتناولها حالياً أو تناولتها سابقاً. وقد تتضمن سجلاتك الصحية أيضاً معلومات عن:

1. برامج العلاج من إدمان الكحول أو تعاطي المخدرات التي تشارك فيها حالياً أو شاركت فيها سابقاً بصفقتك عضواً؛
2. خدمات تنظيم الأسرة مثل وسائل منع الحمل والإجهاض؛
3. الإصابة بأمراض وراثية؛
4. الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز؛
5. حالات اضطراب الصحة العقلية؛
6. تشخيص الإعاقات التنموية وخدماتها؛ و/أو،
7. الأمراض المنقولة جنسياً (التي يمكن أن تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي).

تحظى معلوماتك الصحية بالخصوصية، ولا يُسمح بالإفصاح عنها للآخرين دون الحصول على موافقتك، وذلك بموجب القوانين واللوائح المعمول بها في ولاية نيويورك والولايات المتحدة. يتعين على الشركاء وبرنامج Health Home المصرح لهم بالحصول على معلوماتك الصحية والاطلاع عليها الامتثال لجميع هذه القوانين واللوائح، ولا يجوز لهم الكشف عن معلوماتك للآخرين إلا بموافقتك أو إذا كان القانون يسمح بذلك. ويسري هذا سواء كانت معلوماتك الصحية محفوظة في نظام حاسوبي أو مستند ورقي. تنظم بعض القوانين الرعاية المتعلقة بالإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، بالإضافة إلى سجلات الصحة العقلية، وتعاطي المخدرات والكحول. بتوقيعك على هذا النموذج، فإنك تمنح الإذن بجمع ومشاركة المعلومات المتعلقة بحالتك من حيث الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وصحتك العقلية، وتعاطي المخدرات والكحول، وذلك لتنسيق الرعاية والخدمات حسب الحاجة.

يرجى قراءة جميع المعلومات الواردة في هذا النموذج قبل توقيعك.

أوافق على الالتحاق ببرنامج Health Home \_\_\_\_\_

كما أوافق على أن برنامج Health Home لديه صلاحية الحصول على جميع معلوماتي الصحية من الشركاء المدرجين في نهاية هذا النموذج ومن جهات أخرى عبر شبكة SHIN-NY و/أو نظام PSYCKES و/أو TABS/CHOICES و/أو UASNY؛ وذلك لتقديم الرعاية الصحية لي أو إدارتها، وللتحقق مما إذا كنت مسجلاً في خطة صحية ونطاق تغطيتها، ولإجراء الدراسات وتحسين خدمات الرعاية لجميع الأعضاء المستفيدين. أوافق أيضاً على أنه يجوز لبرنامج Health Home وللشركاء المدرجين في نهاية هذا النموذج مشاركة معلوماتي الصحية فيما بينهم ومع الجهات الأخرى المصرح لها قانوناً باستلامها. أدرك أن نموذج الموافقة هذا يحل محل أي نماذج موافقة أخرى لمشاركة معلومات المرضى/الأعضاء في برنامج Health Home سبق أن وقعتها لمشاركة معلوماتي الصحية. يمكنني تغيير قراري والتراجع عن موافقتي في أي وقت من خلال التواصل مع مدير رعايتي، أو وكالة إدارة الرعاية، أو برنامج Health Home.

اسم العضو بأحرف واضحة: \_\_\_\_\_ تاريخ ميلاد العضو: \_\_\_\_\_

توقيع العضو أو الممثل القانوني له: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

اسم الممثل القانوني بأحرف واضحة (إن وُجد): \_\_\_\_\_

صلة الممثل القانوني بالعضو (إن وُجد): \_\_\_\_\_

## 1. ما آلية استخدام الشركاء لمعلوماتي الصحية؟

في حال موافقتك، سيستخدم الشركاء معلوماتك الصحية من أجل:

- تقديم الرعاية الصحية لك وإدارة رعايتك؛
- التحقق مما إذا كان لديك تأمين صحي وتحديد ما يغطيه هذا التأمين؛
- إجراء الدراسات وتحسين خدمات الرعاية الصحية للأعضاء المستفيدين.

إن القرار الذي تتخذه لا يتيح لشركات التأمين الصحي الاطلاع على معلوماتك لتقرير أهليتك للحصول على تأمين صحي أو سداد فواتيرك العلاجية. يمكنك اتخاذ هذا القرار في نموذج منفصل، حيث تلتزم شركات التأمين الصحي بتطبيقه.

## 2. ما مصادر معلوماتي الصحية؟

تستمد معلوماتك الصحية مصادرها من الجهات والأفراد الذين قدموا لك الرعاية الصحية أو التأمين الصحي سابقًا. وقد تشمل هذه الجهات المستشفيات، والأطباء، والصيديات، والمختبرات، ومقدمي خدمات الإعاقات التنموية، والخطط الصحية (مثل شركات التأمين)، وبرنامج Medicaid، وغيرها من المجموعات التي تشارك المعلومات الصحية. يمكنك الحصول على قائمة بجميع هذه الجهات والأفراد من خلال الاتصال بالرقم \_\_\_\_\_ أو التحدث إلى مدير رعايتك.

## 3. ما القوانين واللوائح التي تخضع لها آلية مشاركة معلوماتي الصحية؟

تشتمل هذه القوانين واللوائح على القسم 33.13 من قانون السلامة العقلية بولاية نيويورك (New York Mental Hygiene Law)، والقسم 27-F من قانون الصحة العامة بولاية نيويورك (New York Public Health Law)، واللوائح الفيدرالية المتعلقة بسرية المعلومات، بما في ذلك الجزء 2 من العنوان 42 ضمن مدونة CFR والجزءان 160 و164 من العنوان 45 ضمن CFR (وهي اللوائح المشار إليها باسم قانون "HIPAA"). الجزء 300 من العنوان 10 ضمن مدونة NYCRR - شبكة المعلومات الصحية على مستوى ولاية نيويورك (SHIN-NY).

## 4. في حال موافقتي، من الجهات التي يحق لها معرفة معلوماتي الصحية والاطلاع عليها؟

إن الأشخاص المسموح لهم بالاطلاع على معلوماتك الصحية فقط هم من توافق على منحهم الإذن بالوصول إليها والاطلاع عليها، مثل الأطباء وغيرهم من العاملين لدى أحد شركاء برنامج Health Home المشاركين في رعايتك الصحية، ومقدمي الرعاية الصحية العاملين لدى أحد شركاء برنامج Health Home المنوطين بتقديم الرعاية لك، بالإضافة إلى العاملين لدى أحد شركاء برنامج Health Home المعنيين بتقديم رعايتك؛ وذلك لمساعدتهم في التحقق من تغطيتك التأمينية الصحية أو لإجراء الدراسات وتحسين خدمات الرعاية الصحية لجميع الأعضاء المستفيدين. عندما تتلقى الرعاية الصحية من شخص ليس طبيبك أو مقدم رعايتك المعتاد، مثل صيدلية جديدة أو مستشفى جديد أو مقدم رعاية آخر، فقد يتم تزويدهم ببعض المعلومات أو اطلاعهم عليها، مثل الخدمات التي تغطيها خطتك الصحية أو اسم مقدم رعايتك في برنامج Health Home.

## 5. ما الإجراءات المتبعة في حال استخدام أحد الأشخاص معلوماتي الصحية دون موافقتي؟

إذا واجهت هذا الأمر، يمكنك:

- الاتصال بخط مساعدة برنامج Medicaid على الرقم 1-800-541-2831، أو
- الاتصال بمكتب الحقوق المدنية (Office for Civil Rights) التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (Department of Health and Human Services) على الرقم 1-800-368-1019، أو يمكنك تقديم شكوى كتابية من خلال هذا الرابط: <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>

قد ترغب أيضًا في:

- الاتصال بأحد مقدمي الرعاية الذين سمحت لهم بالاطلاع على سجلاتك الصحية،
- الاتصال بمدير رعايتك أو برنامج Health Home: \_\_\_\_\_ على الرقم: \_\_\_\_\_ أو
- الاتصال بخطة Managed Care التابع لها، إذا كنت مسجلًا في إحدى خطتها.

## 6. ما مدة سريان موافقتي؟

تظل موافقتك سارية حتى اليوم الذي تسحب فيه هذه الموافقة، أو في حال مغادرتك لبرنامج Health Home، أو عند توقف برنامج Health Home عن خدماته.

## 7. ماذا لو غيّرت قراري لاحقًا وأردت التراجع عن موافقتي؟

يمكنك التراجع عن موافقتك في أي وقت من خلال الاتصال بمدير رعايتك، أو وكالة إدارة الرعاية، أو برنامج Health Home. إذا وافقت على مشاركة معلوماتك، فسيتمكن جميع شركاء برنامج Health Home المدرجين في نهاية هذا النموذج من الحصول على معلوماتك الصحية، إلى جانب الشركاء الآخرين المصرح لهم بموجب القانون. إذا كنت لا ترغب في الحصول على معلوماتك الصحية من قبل شركاء برنامج Health Home المدرجين في هذا النموذج أو المسموح لهم قانونًا، فإنه يتعين عليك التراجع عن موافقتك من برنامج Health Home. يمكنك إجراء ذلك من خلال الاتصال بالرقم \_\_\_\_\_.

**ملاحظة:** حتى إذا قررت لاحقًا التراجع عن موافقتك، فإن مقدمي الرعاية الذين لديهم معلوماتك الصحية بالفعل غير ملزمين بإعادة هذه المعلومات إليك أو إزالتها من سجلاتهم.

## 8. كيف يمكنني الحصول على نسخة من هذا النموذج؟

يمكنك الحصول على نسخة من هذا النموذج بعد توقيعه.

الشركاء المشاركون

يمكنك نسخ هذه الصفحة عند الحاجة لإدراج جميع الشركاء المشاركين.

الأحرف الأولى من اسم العضو: التاريخ:

اسم الشريك المشارك:

اسم الشريك المشارك:

اسم الشريك المشارك:

اسم الشريك المشارك:

اسم الشريك المشارك:

اسم الشريك المشارك:

اسم الشريك المشارك:

اسم الشريك المشارك:

اسم الشريك المشارك:

اسم الشريك المشارك:

اسم الشريك المشارك:

اسم الشريك المشارك:

اسم الشريك المشارك:

اسم الشريك المشارك:

اسم الشريك المشارك:

اسم الشريك المشارك:

اسم الشريك المشارك:

اسم الشريك المشارك:

اسم الشريك المشارك:

اسم الشريك المشارك:

اسم الشريك المشارك:

اسم الشريك المشارك:

اسم الشريك المشارك:

اسم الشريك المشارك:

اسم الشريك المشارك: