

موافقة ولي الأمر على استخدام البريد الإلكتروني لتبادل المعلومات المحددة للهوية الشخصية

إدارة الصحة في ولاية نيويورك
(NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH)
مكتب التدخل المبكر (Bureau of Early Intervention)

اسم ولي الأمر: _____
عنوان البريد الإلكتروني: _____
اسم الطفل: _____
تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة): _____

- بناءً على طلبك، اخترت إرسال المعلومات المحددة للهوية الشخصية الخاصة بعلاج التدخل المبكر لطفلك عبر البريد الإلكتروني دون استخدام التشفير. ينطوي إرسال المعلومات المحددة للهوية الشخصية عبر البريد الإلكتروني على العديد من المخاطر التي يجب أن تكون على دراية بها قبل منح الإذن. تشمل هذه المخاطر، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:
- يمكن إعادة توجيه البريد الإلكتروني وتخزينه في شكل إلكتروني أو ورقي بسهولة دون معرفة مسبقة لولي الأمر.
 - يمكن لمرسلي البريد الإلكتروني إرسال عنوان خطأ للبريد الإلكتروني ويمكن إرسال المعلومات المحددة للهوية الشخصية إلى مستلمين غير صحيحين بالخطأ.
 - تُعد رسائل البريد الإلكتروني المرسلة عبر الإنترنت دون تشفير غير آمنة ويمكن لأطراف ثالثة غير معروفة اعتراضها.
 - يمكن تغيير محتوى البريد الإلكتروني دون علم المرسل أو المستلم.
 - قد تظل النسخ الاحتياطية من رسائل البريد الإلكتروني موجودة حتى بعد حذف المرسل والمتسلم للرسائل.
 - يحق لأصحاب العمل ومزودي الخدمات عبر الإنترنت التحقق من رسائل البريد الإلكتروني المرسلة عبر أنظمتهم.
 - يمكن أن تحتوي رسائل البريد الإلكتروني على فيروسات وبرامج أخرى ضارة.

أقر بأنني قرأت وفهمت البنود المذكورة أعلاه التي تصف المخاطر الكامنة في استخدام البريد الإلكتروني لإرسال المعلومات المحددة للهوية الشخصية. ومع ذلك، فإنني، _____،

أخوّل، _____، الذي يكون عنوان بريده الإلكتروني،

_____، بالتواصل معي على عنوان بريدي الإلكتروني،

_____، فيما يتعلق بمشاركة طفلي، _____،

في برنامج التدخل المبكر (Early Intervention Program, EIP)، بما يشمل على سبيل المثال لا الحصر، التواصل بشأن تقديم الخدمة، والتقدم المحرز في برنامج EIP، وأي أمور أخرى ذات صلة. وإني أعلم أن استخدام البريد الإلكتروني دون تشفير يمثل المخاطر المذكورة أعلاه وقد يؤدي إلى الكشف غير المقصود عن هذه المعلومات.

(اختياري) بالإضافة إلى ذلك، أُمّح الإذن لأعضاء فريق علاج طفلي لتبادل المعلومات المحددة للهوية الشخصية المتعلقة بطفلي مع بعضهم باستخدام البريد الإلكتروني غير المشفر. أعضاء فريق التدخل المبكر الذين أعطيتهم الإذن باستخدام البريد الإلكتروني غير المشفر للتواصل مع بعضهم بشأن طفلي هم:

1. _____ مع عنوان البريد الإلكتروني _____
2. _____ مع عنوان البريد الإلكتروني _____
3. _____ مع عنوان البريد الإلكتروني _____
4. _____ مع عنوان البريد الإلكتروني _____
5. _____ مع عنوان البريد الإلكتروني _____

توقيع ولي الأمر: _____ التاريخ (شهر/يوم/سنة): _____

يرجى ملاحظة: إذا كان نموذج موافقة ولي الأمر على استخدام البريد الإلكتروني لتبادل المعلومات المحددة للهوية الشخصية القابل للملء يتضمن توقيعًا إلكترونيًا لولي الأمر/الوصي القانوني للموافقة على منح الإذن لتبادل المعلومات المحددة للهوية الشخصية التي تتعلق بعلاج التدخل المبكر الخاص بطفله عبر البريد الإلكتروني، يجب أن يشتمل هذا التوقيع أيضًا على علامة التحقق من صحة التوقيع الإلكتروني (المتوفرة من خلال تطبيقات، مثل Adobe Acrobat و DocuSign، وما إلى ذلك) التي تتضمن تاريخ التوقيع والوقت في النموذج. إذا تعذر استيفاء هذا التدبير الاحترازي، يجب طباعة نموذج موافقة ولي الأمر على استخدام البريد الإلكتروني لتبادل المعلومات المحددة للهوية الشخصية للسماح لولي الأمر/الوصي القانوني بالتوقيع لإبداء الموافقة على النسخة الورقية.