

**الغاية:**

دائرة الصحة العقلية (DMH) تقوم بتوفير الخدمات والدعم للمساعدة في الشفاء والشعور بالاستقلال للأطفال الشباب والعوائل التي تواجه اضطرابات والبالغين الذين يعانون من امراض عقلية خطيرة ومستمرة.

كيفية طلب خدمات DMH:

الأشخاص الذين يحاولون التقديم على خدمات الصحة العقلية من DMH يجب عليهم تقديم الوثائق التالية. من المهم ادراج **التوافيع والتواريخ** في الأماكن المحددة على الاستمارة:

- ☐ استمارة طلب خدمات DMH. (راجع الصفحات 5-9)
- ☐ استمارة موقعة لقرار تخويل خدمات DMH (راجع الصفحة 10)
- ☐ استمارة موقعة لتحويل مشاركة معلومات (راجع الصفحات 11 و 12)

المعلومات التالية سوف تساعدنا في اتخاذ القرار خلال الفترة الزمنية المتوقعة. نحن نشجع تقديم المعلومات الصحية مع استمارة التقديم للتسريع من الاجراءات. إذا لم تقم بتقديم الوثائق الصحية الرجاء تقديم وثيقة مشاركة المعلومات مع الأطباء المعالجين بالإضافة لأي مستشفى حيث استلمتم الخدمات الطبية، هذه المعلومات تتضمن:

- ☐ سجلات الطب النفسي خارج المستشفى والفحوصات.
- ☐ تقارير وتلخيصات الدخول والخروج من المستشفى.
- ☐ التقييمات (الطبيب النفسي، العلاج النفسي، الخ)
- ☐ الفحوصات العصبية النفسية
- ☐ الخطط العلاجية
- ☐ الخطة التعليمية الخاصة (IEP) إذا تنطبق على المقدم

قد تحتاج DMH معلومات علاجية إضافية اذا تطلب الامر.

ما المتوقع بعد تقديم المعاملة:

خلال سبعة (7) أيام من استلام DMH للمعاملة، سوف تتصل DMH بالمتقدم او المسؤولين عنه للتبليغ باستلام معاملة طلب خدمات.

اخصائي تحويل خدمات DMH من الممكن ان يتطلب باللقاء وجها لوجه مع المتقدم او المسؤول عنه لمناقشة وتقييم احتياجات المقدم او العائلة.

إذا تم الإقرار بان المعلومات الصحية للمتقدم مؤهلة، سيقوم مسؤول المنطقة او المخول باتخاذ القرار إذا كان المتقدم بحاجة الى الخدمات. بما انه خدمات DMH محدودة، على DMH ان تقرر كيفية توفير الخدمات ومن المستحق. ضوابط DMH تقرر من هو المخول له استلام الخدمات، وكيفية تعيين الخدمات.

سيقوم مسؤول المنطقة والمخولون بإصدار قرار وعرض الوثائق طبقاً لضوابط DMH:

<https://www.mass.gov/files/documents/2018/07/03/104cmr29.pdf>

الوقت المأخوذ لاتخاذ القرار قد يختلف بناء على وجود الوثائق المسندة. سوف يتم اتخاذ القرار خلال 90 يوما من استلام المعاملة، بناء على الوثائق المتوفرة.

من اين يمكن الحصول على الاستمارات واستمارات تخويل مشاركة المعلومات:

ان استمارات طلب خدمات DMH واستمارات تخويل مشاركة المعلومات يمكن الحصول عليها من مكاتب DMH وعيادات الامراض العقلية الشديدة، وفي الدوائر الاجتماعية في المنطقة. ويمكن أيضا الحصول عليها من الموقع الالكتروني:

<http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/dmh/service-application-forms-and-appeal-guidelines.html>

تستطيع DMH توفير خدمات الترجمة الفورية والكتابية للمتقدم او الاوصياء عنه حتى يستطيعون استخدام لغتهم الدارجة والتواصل مع DMH.



الى اين يجب ارسال طلب DMH :

الرجاء قم بإيجاد مدينة او قرية المتقدم في القائمة الظاهرة في الصفحات التالية، وأرسل المعاملة الى المكتب المطابق من القائمة ادناه. الرجاء الاتصال بالرقم المرادف ان كان لديك أي سؤال.

استمارة طلب خدمات DMH يجب ان تكون موقعة مع التاريخ، ومرفقة مع استمارات تحويل مشاركة المعلومات **موقعة** يجب تسليمها بالبريد، بالفاكس، او الصورة الضوئية (سكان) وارسالها عن طريق البريد الالكتروني الى موقع DMH او الى مكتبهم الواقع في نفس منطقة سكن المتقدم او والديه او الاوصياء حين تقديم المعاملة.

كنت بحاجة الى المساعدة لإكمال طلب خدمات DMH الرجاء الاتصال بالمكتب الكائن في منطقة سكن المتقدم.

رقم الفاكس	رقم الهاتف	العنوان البريدي	المكتب
(617) 626-9216	(617) 626-9200	85 East Newton Street, Boston, MA 02118	Boston
(508) 897-2047	(508) 897-2000	165 Quincy Street, Brockton, MA 02302	Brockton
(413) 587-6240	(413) 587-6200	1 Prince Street, Northampton, MA 01060	Northampton
(978) 863-5091	(978) 863-5000	P.O. Box 387, Tewksbury, MA 01876-0387	Tewksbury
(774) 420-3165	(774) 420-3140	361 Plantation St. Worcester, MA 01605	Worcester

يجب عدم ارسال المعاملات الى مكتب DMH الرئيسي الكائن في Staniford Street في Boston. سيتسبب ذلك باستلام المعاملة من قبل الدائرة غير الصحيحة، ومن الممكن ان يتسبب بتأجيل عملية اتخاذ القرار.

فئات الأصل والعرقية:

الأصل والعرقية مطلوبة من DMH لكي نقوم بخدمات أفضل وتكون مناسبة لتقاليد الشخص ولغته. وذلك أيضا يساعد الدائرة باتتباع الضوابط والأنظمة، ويساعد في تحديد الخدمات غير المنسوبة. وان ادراج معلومات الأصل والعرقية هي **خيارية**. إذا قررت بأدراج المعلومات او لا، لن يؤثر على مجرى المعاملة لطلب خدمات DMH.

الخيارات التالية من الممكن ان تستخدم لإكمال قسم الأصل والعرقية في طلب خدمات DMH. عند مليء الاستمارة، الأشخاص الذين يرجعون لأكثر من أصل او عرقية واحدة من الممكن ان يذكروا ذلك.

فئات الأصول المذكورة ادناه هي مبنية على معيار موضوع من قبل الحكومة الفيدرالية. العرقية تعرف كمجموعة من الناس الذين يتصلون بأرض، تاريخ، نسب، لغة او عادات او تقاليد معينة. القائمة التالية مصممة لعرض بعض الأمثلة عن الأعراق او المجموعات العرقية، ولا تعتبر كقائمة كاملة.

خيارات الأصل
امريكي هندي\الاسكي الأصل
اسيوي
اسود\امريكي افريقي
اسود\لاتيني
أفضل عدم الذكر
أصل هاواي او من جزر المحيط الهادي
اخرى
أصلين او أكثر
غير معروف
ابيض\لاتيني
ابيض\غير لاتيني

أمثلة الاعراق
باكستاني
بيروفي
بانامي
بولندي
برتغالي
بورتركي
روسي
سالفادوري
صومالي
تايلاندي
تبيتي
اوكراني
غير معروف
فنزويلي
فيتنامي
غرب هندي\كاربي
عرقين او أكثر
اخرى
أفضل عدم الذكر

المدينة او البلدة	مكتب DMH	المدينة او البلدة	مكتب DMH	المدينة او البلدة	مكتب DMH	المدينة او البلدة	مكتب DMH
Abington	Brockton	Boston - Hyde Park	Boston	Danvers	Tewksbury	Hadley	Northampton
Acton	Tewksbury	Boston-Jamaica Plain	Boston	Dartmouth	Brockton	Halifax	Brockton
Acushnet	Brockton	Boston - Mattapan	Boston	Dedham	Worcester	Hamilton	Tewksbury
Adams	Northampton	Boston - North End	Boston	Deerfield	Northampton	Hampden	Northampton
Agawam	Northampton	Boston - Revere	Boston	Dennis	Brockton	Hancock	Northampton
Alford	Northampton	Boston - Roslindale	Boston	Dennisport	Brockton	Hanover	Brockton
Allston	Boston	Boston - Roxbury	Boston	Dighton	Brockton	Hanson	Brockton
Amesbury	Tewksbury	Boston - Somerville	Boston	Dorchester	Boston	Hardwick	Worcester
Amherst	Northampton	Boston - South End	Boston	Douglas	Worcester	Harvard	Worcester
Andover	Tewksbury	Boston - Southie	Boston	Dover	Worcester	Harwich	Brockton
Aquinnah	Brockton	Boston - W. Roxbury	Boston	Dracut	Tewksbury	Harwichport	Brockton
Arlington	Tewksbury	Boston - Winthrop	Boston	Dudley	Worcester	Hatfield	Northampton
Ashburnham	Worcester	Bourne	Brockton	Dunstable	Tewksbury	Haverhill	Tewksbury
Ashby	Worcester	Boxborough	Tewksbury	Duxbury	Brockton	Hawley	Northampton
Ashfield	Northampton	Boxford	Tewksbury	East Boston	Boston	Heath	Northampton
Ashland	Worcester	Boylston	Worcester	E. Bridgewater	Brockton	Hingham	Brockton
Assonet	Brockton	Bradford	Tewksbury	East Brookfield	Worcester	Hinsdale	Northampton
Athol	Northampton	Braintree	Brockton	E. Longmeadow	Northampton	Holbrook	Brockton
Attleboro	Brockton	Brewster	Brockton	East Sandwich	Brockton	Holden	Worcester
Auburn	Worcester	Bridgewater	Brockton	Eastham	Brockton	Holland	Worcester
Avon	Brockton	Brighton	Boston	Easthampton	Northampton	Holliston	Worcester
Ayer	Worcester	Brimfield	Worcester	Easton	Brockton	Holyoke	Northampton
Back Bay	Boston	Brockton	Brockton	Edgartown	Brockton	Hopedale	Worcester
Baldwinville	Worcester	Brookfield	Worcester	Egremont	Northampton	Hopkinton	Worcester
Barnstable	Brockton	Brookline	Boston	Erving	Northampton	Hubbardston	Worcester
Barre	Worcester	Buckland	Northampton	Essex	Tewksbury	Hudson	Worcester
Beacon Hill	Boston	Burlington	Tewksbury	Everett	Tewksbury	Hull	Brockton
Becket	Northampton	Buzzards Bay	Brockton	Fairhaven	Brockton	Huntington	Northampton
Bedford	Tewksbury	Byfield	Tewksbury	Fall River	Brockton	Hyannis	Brockton
Belchertown	Northampton	Cambridge	Boston	Falmouth	Brockton	Hyde Park	Boston
Bellingham	Worcester	Canton	Worcester	Fenway	Boston	Ipswich	Tewksbury
Belmont	Tewksbury	Carlisle	Tewksbury	Fiskdale	Worcester	Jamaica Plain	Boston
Berkeley	Brockton	Carver	Brockton	Fitchburg	Worcester	Jefferson	Worcester
Berlin	Worcester	Charlemont	Northampton	Florida	Northampton	Kingston	Brockton
Bernardston	Northampton	Charlestown	Boston	Foxborough	Worcester	Lakeville	Brockton
Beverly	Tewksbury	Charlton	Worcester	Framingham	Worcester	Lancaster	Worcester
Billerica	Tewksbury	Chatham	Brockton	Franklin	Worcester	Lanesborough	Northampton
Blackstone	Worcester	Chelmsford	Tewksbury	Freetown	Brockton	Lawrence	Tewksbury
Blandford	Northampton	Chelsea	Boston	Gardner	Worcester	Lee	Northampton
Bolton	Worcester	Cherry Valley	Worcester	Gay Head	Brockton	Leicester	Worcester
Bondsville	Northampton	Cheshire	Northampton	Georgetown	Tewksbury	Lenox	Northampton
Boston - Allston	Boston	Chester	Northampton	Gilbertville	Worcester	Leominster	Worcester
Boston - Back Bay	Boston	Chesterfield	Northampton	Gill	Northampton	Leverett	Northampton
Boston - Beacon Hill	Boston	Chicopee	Northampton	Gloucester	Tewksbury	Lexington	Tewksbury
Boston - Brighton	Boston	Chilmark	Brockton	Goshen	Northampton	Leyden	Northampton
Boston - Brookline	Boston	Clarksburg	Northampton	Gosnold	Brockton	Lincoln	Tewksbury
Boston - Cambridge	Boston	Clinton	Worcester	Grafton	Worcester	Linwood	Worcester
Boston-Charlestown	Boston	Cohasset	Brockton	Granby	Northampton	Littleton	Tewksbury
Boston - Chelsea	Boston	Colrain	Northampton	Granville	Northampton	Longmeadow	Northampton
Boston - Chinatown	Boston	Concord	Tewksbury	Great Barrington	Northampton	Lowell	Tewksbury
Boston - Dorchester	Boston	Conway	Northampton	Green Harbor	Brockton	Ludlow	Northampton
Boston - Downtown	Boston	Cotuit	Brockton	Greenfield	Northampton	Lunenburg	Worcester
Boston - East	Boston	Cummington	Northampton	Groton	Worcester	Lynn	Tewksbury
Boston - Fenway	Boston	Dalton	Northampton	Groveland	Tewksbury	Lynnfield	Tewksbury

المدينة أو البلدة	مكتب DMH	المدينة أو البلدة	مكتب DMH	المدينة أو البلدة	مكتب DMH	المدينة أو البلدة	مكتب DMH
Malden	Tewksbury	North Truro	Brockton	Sandisfield	Northampton	Wales	Worcester
Manchester	Tewksbury	Northampton	Northampton	Sandwich	Brockton	Walpole	Worcester
Manomet	Brockton	Northborough	Worcester	Saugus	Tewksbury	Waltham	Tewksbury
Mansfield	Brockton	Northbridge	Worcester	Savoy	Northampton	Ware	Northampton
Marblehead	Tewksbury	Northfield	Northampton	Scituate	Brockton	Wareham	Brockton
Marion	Brockton	Norton	Brockton	Seekonk	Brockton	Warren	Worcester
Marlborough	Worcester	Norwell	Brockton	Sharon	Worcester	Warwick	Northampton
Marshfield	Brockton	Norwood	Worcester	Sheffield	Northampton	Washington	Northampton
Marston Mills	Brockton	Oak Bluffs	Brockton	Shelburne	Northampton	Watertown	Tewksbury
Martha's Vineyard	Brockton	Oakham	Worcester	Sherborn	Worcester	Wayland	Worcester
Mashpee	Brockton	Onset	Brockton	Shirley	Worcester	Webster	Worcester
Mattapan	Boston	Orange	Northampton	Shrewsbury	Worcester	Wellesley	Worcester
Mattapoisett	Brockton	Orleans	Brockton	Shutesbury	Northampton	Wellfleet	Brockton
Maynard	Tewksbury	Osterville	Brockton	Somerset	Brockton	Wendell	Northampton
Medfield	Worcester	Otis	Northampton	Somerville	Boston	Wenham	Tewksbury
Medford	Tewksbury	Oxford	Worcester	South Boston	Boston	West Barnstable	Brockton
Medway	Worcester	Palmer	Northampton	South Hadley	Northampton	West Boylston	Worcester
Melrose	Tewksbury	Paxton	Worcester	South Wellfleet	Brockton	West Bridgewater	Brockton
Mendon	Worcester	Peabody	Tewksbury	South Yarmouth	Brockton	West Brookfield	Worcester
Merrimac	Tewksbury	Pelham	Northampton	Southampton	Northampton	West Newbury	Tewksbury
Methuen	Tewksbury	Pembroke	Brockton	Southborough	Worcester	West Roxbury	Boston
Middleborough	Brockton	Pepperell	Worcester	Southbridge	Worcester	West Springfield	Northampton
Middlefield	Northampton	Peru	Northampton	Southwick	Northampton	West Stockbridge	Northampton
Middleton	Tewksbury	Petersham	Northampton	Spencer	Worcester	West Tisbury	Brockton
Milford	Worcester	Phillipston	Northampton	Springfield	Northampton	West Yarmouth	Brockton
Millbury	Worcester	Pittsfield	Northampton	Sterling	Worcester	Westborough	Worcester
Millers Falls	Northampton	Plainfield	Northampton	Stockbridge	Northampton	Westfield	Northampton
Millis	Worcester	Plainville	Worcester	Stoneham	Tewksbury	Westford	Tewksbury
Millville	Worcester	Plymouth	Brockton	Stoughton	Brockton	Westhampton	Northampton
Milton	Brockton	Plympton	Brockton	Stow	Tewksbury	Westminster	Worcester
Monroe	Northampton	Pocasset	Brockton	Sturbridge	Worcester	Weston	Worcester
Monson	Northampton	Princeton	Worcester	Sudbury	Worcester	Westport	Brockton
Montague	Northampton	Provincetown	Brockton	Sunderland	Northampton	Westwood	Worcester
Monterey	Northampton	Quincy	Brockton	Sutton	Worcester	Weymouth	Brockton
Montgomery	Northampton	Randolph	Brockton	Swampscott	Tewksbury	Whately	Northampton
Mt Washington	Northampton	Raynham	Brockton	Swansea	Brockton	White Horse Bch	Brockton
Nahant	Tewksbury	Reading	Tewksbury	Taunton	Brockton	Whitinsville	Worcester
Nantucket	Brockton	Rehoboth	Brockton	Teaticket	Brockton	Whitman	Brockton
Natick	Worcester	Revere	Boston	Templeton	Worcester	Wilbraham	Northampton
Needham	Worcester	Richmond	Northampton	Tewksbury	Tewksbury	Williamsburg	Northampton
New Ashford	Northampton	Rochdale	Worcester	Thorndike	Northampton	Williamstown	Northampton
New Bedford	Brockton	Rochester	Brockton	Three Rivers	Northampton	Wilmington	Tewksbury
New Braintree	Worcester	Rockland	Brockton	Tisbury	Brockton	Winchendon	Worcester
New Marlborough	Northampton	Rockport	Tewksbury	Tolland	Northampton	Winchester	Tewksbury
New Salem	Northampton	Roslindale	Boston	Topsfield	Tewksbury	Windsor	Northampton
Newbury	Tewksbury	Rowe	Northampton	Townsend	Worcester	Winthrop	Boston
Newburyport	Tewksbury	Rowley	Tewksbury	Truro	Brockton	Woburn	Tewksbury
Newton	Worcester	Roxbury	Boston	Turners Falls	Northampton	Wollaston	Brockton
Norfolk	Worcester	Royalston	Northampton	Tyngsborough	Tewksbury	Woods Hole	Brockton
North Adams	Northampton	Russell	Northampton	Tyringham	Northampton	Worcester	Worcester
North Andover	Tewksbury	Rutland	Worcester	Upton	Worcester	Worthington	Northampton
North Attleboro	Brockton	Sagamore	Brockton	Uxbridge	Worcester	Wrentham	Worcester
North Brookfield	Worcester	Salem	Tewksbury	Vineyard Haven	Brockton	Yarmouth	Brockton
North Reading	Tewksbury	Salisbury	Tewksbury	Wakefield	Tewksbury	Yarmouthport	Brockton



SSN

اسم القانوني لمقدم الطلب

الاسم الأخير الاسم الأول الاسم الوسيط رقم الضمان الاجتماعي

الاسم المفضل (ان وجد، عدى الاسم القانوني)

الاسم الأخير الاسم الأول الاسم الوسيط

العنوان (او اخر عنوان سكن إذا لا يملك سكن)

الرقم والشارع رقم الشقة المدينة الولاية الرمز البريدي

عنوان استلام البريد (إذا كان مختلفا عن عنوان السكن أعلاه)

الرقم والشارع رقم الشقة المدينة الولاية الرمز البريدي

الحالة الزوجية

الجنس

العمر

تاريخ الميلاد

سنة / يوم / شهر

اللغة المستخدمة

العرقية

الأصول

هل تحتاج مترجم فوري؟	☐ نعم ☐ لا	
➤ إذا نعم من يحتاج المترجم؟	☐ المقدم ☐ الابوين	☐ الاوصياء
هل المقدم على الطلب اصم او لديه مشاكل في السمع؟	☐ نعم ☐ لا	
هل المقدم اعمر قانوني (النظر > 200\20 او عمى كلي)	☐ نعم ☐ لا	
إذا كان عمرك 18 او أكبر هم المتقدم مسجل للانتخاب (اختياري):	☐ نعم ☐ لا	☐ غير معلوم
هل خدم المتقدم مع الجيش؟	☐ نعم ☐ لا	☐ غير معلوم

(الرجاء اذكر كل ما لديك ادناه، واذكر البريد الالكتروني ورقم الهاتف)

☐ هاتف العمل\النهارى	() هل نستطيع ترك رسالة؟ ☐ نعم ☐ لا
☐ الهاتف المسائي	() هل نستطيع ترك رسالة؟ ☐ نعم ☐ لا
☐ الهاتف المحمول	() هل نستطيع ترك رسالة؟ ☐ نعم ☐ لا
☐ الايميل	() هل نستطيع ترك رسالة؟ ☐ نعم ☐ لا

هل المقدم متبنى او تحت إجراءات التبني؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ لا يعلم

اللغة المستخدمة من الابوين او الاوصياء (لمن تحت سن 18):

إذا كنت تحت سن 18 من المسؤول عنك؟ ☐ الوالدين ☐ DCF ☐ مكفول من المحكمة ☐ نفسه (متحرر)إذا تحت سن 18، من لديه الوصاية الجسدية عنك؟ ☐ الوالدين ☐ DCF ☐ DYS ☐ نفسه (متحرر)

جهات الاتصال الإضافية (الرجاء اضمن وثيقة تحويل الترخيص لكل شخص مذكور)

بمن نتصل في الحالات الطارئة:

العلاقة بالمقدم: رقم الهاتف:

العنوان:

الوالدين\المؤسسة الكفيلة (1):

العلاقة بالمقدم: رقم الهاتف:

العنوان:

الوالدين\المؤسسة الكفيلة (2):

العلاقة بالمقدم: رقم الهاتف:



الوضع الحالي:

هل المتقدم حاليا في المستشفى او برنامج CBAT؟	☐ نعم	☐ لا	تاريخ المتوقع للخروج: _____
➤ إذا نعم، أين؟ _____			
هل انت حاليا بلا مسكن؟	☐ نعم	☐ لا	
➤ إذا نعم، هل تعيش في مؤسسة؟ _____			
هل المقدم حاليا في الحبس القانوني؟	☐ نعم	☐ لا	تاريخ إطلاق السرح المتوقع؟ _____
➤ إذا نعم، أين؟ _____			
هل المقدم حاليا تحت حكم إطلاق السراح المشروط CRA؟	☐ نعم	☐ لا	
➤ إذا نعم، ما اسم ضابط المشرف؟ _____			

إذا كنت والد او زوج الوالدين، هل يعيش معك أطفال؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ لا ينطبقهل المتقدم يعمل حاليا مع مؤسسة ولاية او حكومية (مثل VA) أخرى؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ غير معلوم

إذا اجبت نعم، مع أي مؤسسة؟ (اختر كل ما ينطبق)

VA ☐ MCB ☐ MCDHH ☐ MRC ☐ DYS ☐ DPH ☐ EOEa ☐ DDS ☐ DCF ☐

جهة اتصال من المؤسسة _____ الهاتف # _____

الرجاء إضافة طلب مشاركة المعلومات

الاسم الأخير _____ الاسم الأول _____ الهاتف # _____

الرجاء إضافة طلب مشاركة المعلومات

معلومات الوصاية (إذا ينطبق):

هل المتقدم لديه وصي معين من المحكمة؟ ☐ نعم ☐ لا

• إذا نعم، ما نوع الوصاية _____

هل هناك وصي من خلال برنامج DCF او Mittimus؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ غير معلوم

• إذا نعم، ما نوعه؟ _____

معلومات هامة: إذا كان لديك وصي معين من قبل المحكمة، قم بإدراج شهادة الوصاية، مع هذه الاستمارة. الوصي القانوني او الوالد يجب ان يوقع هذه الاستمارة وكل الوثائق المدرجة لتحويل الاشتراك بالمعلومات ليتم قبول إجراءات البرنامج.

اسم الوصي القانوني _____ (الأخير) _____ (الأول) _____ العلاقة _____ (العلاقة مع المتقدم)

عنوان الوصي _____ رقم البناية والشارع _____ رقم الشقة _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

كيف يمكن الاتصال بالوصي؟ (اختر كل ما هو متوفر، واذف البريد الالكتروني والهاتف)

☐	هاتف العمل/النهاري	()	هل نستطيع ترك رسالة؟	☐ نعم ☐ لا
☐	الهاتف المسائي	()	هل نستطيع ترك رسالة؟	☐ نعم ☐ لا
☐	الهاتف المحمول	()	هل نستطيع ترك رسالة؟	☐ نعم ☐ لا
☐	الايميل	()	هل نستطيع ترك رسالة؟	☐ نعم ☐ لا

مصادر الدخل:

SSDI ☐ الاهل ☐ ضمان اجتماعي ☐ SSI ☐ وظيفة ☐لا يوجد مصدر دخل ☐ الاعانة الطارئة ☐ اخر (الرجاء التحديد): _____

معلومات التعليم\المدرسة\الكلية:

هل المتقدم في المدرسة حالياً؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ غير معلوم

• إذا نعم ما المدرسة، والمدينة\الضاحية

ما هي المؤسسة المحلية المسؤولة عن التعليم؟

هل لدى المتقدم خطة تعليم خاصة؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ غير معلوم

إذا نعم، ما هي خدمات التعليم الخاصة التي تستلهمها؟ (اختر كل ما ينطبق)

☐ سكني ☐ نهارى ☐ غير معلوم

☐ أخرى (الرجاء التحديد):

هل هذه إحالة 688؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ غير معلوم

هل لديك خطة موافقة 504؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ غير معلوم

التأمين الصحي:

التغطية الحالية (اختر كل ما لديك):

Medicare ☐ العضوية #

Medicaid/MassHealth ☐ العضوية #

النوع:

اسم العضو:

هل المتقدم مشترك حالياً ببرنامج خدمات الصحة السلوكية للأطفال CBHI؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا "نعم" الرجاء إدراج الخدمات المشتملة ادناه مع اسم المؤسسة الاجتماعية (CSA).

• اسم المؤسسة الاجتماعية (CSA):

• خدمات CBHI المستلمة من المتقدم:

هل المتقدم مشترك حالياً مع منظمة الرعاية المسؤولة (ACO)؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا نعم، الرجاء إدراج الاسم والاتصال ادناه:

هل المتقدم حالياً مشترك مع الشراكة الاجتماعية للصحة السلوكية (BHCP)؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا نعم أضيف الاسم والاتصال ادناه:

One Care ☐

الخطة:

تجاري\خاصة العضوية #

شركة التأمين:

اسم المشترك:

☐ لا يوجد تأمين صحي

هل استثمارة التأمين الصحي معلقة؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا نعم ما هي شركة التأمين:



الجهة الرئيسية للعلاج العقلي:

الرجاء اذكر ما هي العيادة او المعالج الرئيسي الذي ينظم علاج منتظم للمتقدم. إذا لا يوجد شيء مماثل اذكر ما هو اخر مصدر علاج عقلي ان وجد:

المعالج الرئيسي للعلاج العقلي:

(الاول)

(الاخير)

☐

لا

☐

نعم

المعالج الحالي؟

اسم المؤسسة:

العنوان:

رقم البنية والشارع

رقم الشقة

المدينة

الولاية

الرمز البريدي

رقم الهاتف:

التوصيلة:

معلومات التشخيص:

هل لديك تشخيص حالي من الطبيب النفسي؟

☐

نعم

☐

لا

☐

غير معلوم

إذا نعم، رجاء أدرج في الحقول كل التشخيصات المعروفة:

المعيلين الاخرين:

الاسم	العلاقة (عائلة، معالج، الخ)	عنوان	الهاتف	مخول لهم بمعرفة المعلومات؟ (ن/ل)

الصحة الجسدية العامة:

الرجاء ادراج معلومات المصادر التي تشرف على الرعاية الصحية للمتقدم. إذا لا يوجد مصدر حالي الرجاء ادراج اخر مصدر للرعاية الصحية.
المصدر الرئيسي للرعاية الصحية: _____ المصدر الحالي؟ ☐ نعم ☐ لا

اسم المؤسسة: _____

عنوان العيادة: _____

رقم هاتف العيادة: _____

هل توجد أي مشاكل صحية وتتطلب رعاية مستمرة؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ لا اعلم

هل هناك تشخيص بمشاكل عصبية او عقلية؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ لا اعلم

إذا نعم أدرج في الحقول أي مشاكل صحية او عقلية عصبية:

ادوية

هل المتقدم حالياً يتعاطى أي نوع من الادوية؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ لا اعلم

إذا نعم أدرج في الحقول الادوية، الجرع، والجهة الصارفة للدواء:

سبب التقديم للخدمات؟

ما نوع الخدمات المحتاجة؟

قرار تخويل الخدمات من DMH

- انا اطلب من دائرة الصحة العقلية DMH بعملية تخويل استحقاق الخدمات. ولقد قمت بتضمين استمارة الإفصاح بالمعلومات موقعة بالإضافة لهذه الاستمارة إذا تطلب الامر. انا على علم ان DMH سوف تطلع على سجلاتي الصحية كشرط من شروط القبول بالخدمات. وانا على علم ان معلوماتي الشخصية واسمي سوف يحفظ في سجلات DMH للحفظ على المعلومات.
- من الممكن ان DMH سوف تتطلب عمل مقابلة شخصية او عمل تقييم لحالتي الصحية. في حال عدم توفر سجلات او معلومات صحية كافية.
- من الممكن ان يتطلب من مشاركة معلومات عن الدخل والتأمين، وإمكانية دفع للخدمات الصحية إذا كنت قادراً على تحمل التكاليف.
- افهم انه هناك عملية استئناف في حالة وجود ان ليس لدي مؤهلات كافية للحصول على خدمات DMH.
- لقد استلمت نسخة من سياسات الخصوصية لسياسات DMH (ملحق مع استمارة طلب الخدمات).
- انا أصرح ل DMH ان تتصل بالشخص المذكور ادناه بخصوص طلب خدمات DMH هو الشخص الذي ساعدني بمليء هذه المعاملة. هذا التحويل سار المفعول حتى تتم عملية تحويل الخدمات من DMH او حتى أقوم بتبليغ DMH بسحب الصلاحيات من الشخص.

التوقيع

تاريخ التوقيع

اسم الشخص (كتابة رجاء)

توقيع المتقدم او الوصي الشرعي عنه

- التوقيع من قبل: ☐ الوالدين ☐ الوصي القانوني ☐ المتقدم إذا كان بالغاً او تحت السن القانوني متحرر
- هل وثيقة الوصاية او DCF Mittimus ملحق؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ لا اعلم

الشخص المساعد في مليء الاستمارات

هذا الجزء يجب اكماله من قبل الشخص المساهم بمليء الاستمارة او الطبيب.

الاسم _____ العلاقة _____

الأول _____ العلاقة بالمتقدم _____

الآخر _____

اسم المؤسسة _____

العنوان _____

رقم البناية والشمارع _____ رقم الشقة _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

الهاتف _____

المحمول ☐ المسائي ☐ النهاري ☐

البرنامج او المنظمة التي تساعد الشخص بالتقديم:

هذا القسم يجب اكماله من قبل البرنامج او المنظمة اتي ساعدت الشخص بالتقديم.

اسم البرنامج او المنظمة

اسم المتقدم

- ☐ تم تبليغ المتقدم او الاوصياء في التاريخ _____ بان الاستمارة سوف تملأ بالنيابة عنهم، ولم يكن لهم أي اعتراض على ذلك.
- ☐ المتقدم ليس لديه الاستيعاب الكافي، وبناءً على ذلك تم تقديم طلب وصاية من المحكمة المناسبة (نسخة من الطلب مرفق مع الاستمارة)

التوقيع

الاسم كتابياً للشخص المقدم للاستمارة

توقيع ومنصب الشخص المقدم للاستمارة

لتقديم استمارات المشاركة بالمعلومات

كجزء من عملية تقرير احقية الخدمات من DMH سوف تقوم DMH بعرض كل السجلات والمعلومات الصحية العقلية للمتقدم. **المرجو تقديم وثائق تخويل سحب المعلومات والسجلات الصحية وان تكون موقعة وملحقة بالاستمارة.**

1. الرجاء قم بتقديم استمارة مشاركة المعلومات الصحية من كل عيادات الصحة العقلية. إذا كنت تراجع عيادة فالرجاء ذكر الطبيب الرئيسي في العيادة. قم بعمل نسخ إضافية قدر الحاجة.
2. الرجاء قم بتقديم استمارة مشاركة المعلومات لأي عيادة إضافية يريد المتقدم اخذها بعين الاعتبار. قم بعمل نسخ إضافية قدر الحاجة.
3. الرجاء قم بالتحقق من دقة المعلومات للعيادة كالاسم، العنوان، ورقم الهاتف في كل استمارة مشاركة معلومات. إذا كانت الأسماء، العناوين، وأرقام الهواتف سيبرع ذلك من عملية إقرار الخدمات.
4. الرجاء قم بكتابة الحروف الأولية من اسمك الكامل وتوقيع معلومات اشتراك المعلومات (في المناطق المخصصة لذلك).

كم استمارة لتحويل مشاركة المعلومات سوف تقوم الحاقها مع هذه الاستمارة؟

5. سوف تأخذ بعين الاعتبار أي وثائق صحية للمتقدم او مساعد المتقدم الذي يملكها ويجب تضمينها من ضمن الوثائق الداعمة.
6. الرجاء قم بمليء وتوقيع استمارة للتصريح بمشاركة معلومات مع أي سجل تقرير صحي، في حالة احتياج موظفي DMH بالتأكد من بعض المعلومات.
- السجلات الطبية لا تعاد لصاحبها، رجاء قم بإرسال نسخة وليس الاصلية.

كم نسخة من السجلات الطبية ملحقة مع هذه الاستمارة؟

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only**تصريح لاصدار معلومات العلاج النفسي
من الجانبين**

1. المريض / معلومات مقدم الطلب :	
الاسم :	أسماء أخرى:
الشارع :	رقم الشقة:
المدينة / البلدة :	الولاية:
رقم التعريف الوطني # :	الرمز البريدي :
الهاتف :	تاريخ الميلاد :

2. اذن تحرير المعلومات :	
اعطي ادارة العلاج النفسي (DMH) السماح بتلقي واصدار ملاحظات الجلسات النفسية، من والى الاشخاص، المنظمة او الهيئة المذكورة ادناه، اما شفها او خطيا	
المعلومات الخاصة بـ ال DMH	الشخص، المنظمة او المركز (على سبيل المثال، اسم وعنوان المستشفى، العيادات الخارجية، برنامج الاسكان، وغيرها)
	الاسم :
	انتباه :
	الشارع :
	المدينة / البلدة :
	الولاية / الرمز البريدي :
	الهاتف :
الفاكس :	

3. اشر الى المعلومات التي تريد مشاركتها (ضع علامة على كل ما ينطبق)			
☐ ،تشخيص الحالة العقلية والعلاج المقدم من الطبيب النفسي، دكتور علم النفس، الممرضة المختصة بالحالات النفسية المرشد الاجتماعي المرخص؛ اواية جهة اخرى مرخصة ومختصة بالعلاج النفسي.			
☐ ملف كامل للحالة العقلية، باستثناء ملاحظات العلاج النفسي التي تتطلب تصريح منفصل.			
☐ ملخص انتهاء الزيارات	☐ خطط العلاج		
☐ الخطة الشخصية وتفاصيل	☐ اختبار الحالة النفسية والعصبية	☐ ملخص النقل	
☐ وثائق القبول	☐ الفحص الطبي العام	☐ نتائج المختبر	

☐ غير ذلك (يرجى التوضيح) معلومات اضافية:

4. تواريخ المعلومات التي تريد مشاركتها : (حدد التواريخ أو حدد فترة 3 سنوات عن طريق تحديد المربع)
تواريخ المعلومات المطلوبة: من: _____ الى: _____
أو ☐ لمدة 3 سنوات قبل تاريخ هذا التفويض .

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only

تصريح لإصدار معلومات العلاج النفسي
من الجانبين

اسم المريض / مقدم الطلب: _____

5. يرجى التحقق للإشارة إلى أنك أعطيت الإذن بنشر المعلومات التالية إذا كانت موجودة في سجلك: (ضع علامة على كل ما ينطبق).
☐ نتائج اختبار فيروس نقص المناعة البشرية (التصريح المطلوب لكل طلب إصدار
☐ سجلات تعاطي الكحول والمخدرات التي تحميها قواعد السرية الفيدرالية 24 الجزء 2 تحظر القواعد الاتحادية أي إفشاء إضافي لهذه المعلومات ما لم يتم الإفصاح صراحة عن الإفصاح عن طريق إذن خطي من الشخص الذي ينتمي إليه أو كما يسمح به قواعد السرية الفيدرالية 42 الجزء 2 .

الغرض من الإصدار: إذن الخدمة.

أنا أفهم ذلك:

- لدي الحق في إلغاء هذا التفويض في أي وقت.
- إذا قمت بإلغاء هذا التفويض ، يجب عليّ القيام بذلك كذا وتقديمها إلى DMH في عنوان DMH المحدد في الصفحة الأولى أو مكتب قسم الصحة العقلية DMH في منطقتي .(ابحث عن مكاتب منطقة DMH على .
- www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory ; اتصل بالرقم 1-800-221-0053 ; أو أرسل بريداً إلكترونياً dmhinfo@MassMail.State.MA.US .
- لا يسري الإلغاء على المعلومات التي تم إصدارها بالفعل بموجب هذا التفويض.
- لن يسري الإلغاء على شركة التأمين الخاصة بي عندما يمنح القانون شركة التأمين حق المطالبة بالطعن في المطالبة بموجب بوليصة التأمين الخاصة بي .
- بمجرد إطلاق المعلومات المذكورة أعلاه ، يمكن للمستلم إعادة توزيعها ، وقد لا تتم حماية المعلومات بواسطة قوانين أو لوائح الخصوصية الفيدرالية أو الحكومية .
- الإذن بالكشف عن المعلومات المحددة أعلاه طوعي .
- لست بحاجة إلى التوقيع على هذا النموذج لتلقي العلاج أو الخدمات من DMH و / أو الشخص أو المنشأة أو الوكالة الأخرى ؛ ومع ذلك ، فإن عدم القدرة على مشاركة المعلومات أو الحصول عليها قد يمنع DMH و / أو الشخص أو المرفق أو الوكالة الأخرى من توفير الرعاية المناسبة والضرورية.
- تنتهي صلاحية هذا التفويض (حدد تاريخاً أو فترة زمنية أو حدثاً) _____ أو ، إذا لم يتم تحديد أي شيء ، فسوف تنتهي صلاحيته سنة واحدة من تاريخ التوقيع أو إذا اقل الملف عند ال DMH .

6. التوقيع / التحويل: قم بالتوقيع وتقديم المعلومات كما هو مطلوب أدناه .
X توقيعك أو توقيع الممثل الشخصي
تاريخ
كتابة اسم الموقع
المعلومات التالية مطلوبة إذا وقعت من قبل ممثل شخصي :
نوع السلطة (على سبيل المثال ، المحكمة المعنية ، الوالد الحاضن): _____
إذا هناك إذن محكمة يرجى تقديمه .

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only**تصريح لاصدار معلومات العلاج النفسي
من الجانبين**

1. المريض / معلومات مقدم الطلب :	
الاسم :	أسماء أخرى:
الشارع :	رقم الشقة:
المدينة / البلدة :	الولاية:
رقم التعريف الوطني # :	الرمز البريدي :
الهاتف :	تاريخ الميلاد :

2. اذن تحرير المعلومات : اعطي ادارة العلاج النفسي (DMH) السماح بتلقي واصدار ملاحظات الجلسات النفسية، من والى الاشخاص، المنظمة او الهيئة المذكورة ادناه، اما شفها او خطيا	
المعلومات الخاصة بـ ال DMH	الشخص، المنظمة او المركز (على سبيل المثال، اسم وعنوان المستشفى، العيادات الخارجية، برنامج الاسكان، وغيرها)
	الاسم :
	انتباه :
	الشارع :
	المدينة / البلدة :
	الولاية / الرمز البريدي :
	الهاتف :
الفاكس :	

3. اشر الى المعلومات التي تريد مشاركتها (ضع علامة على كل ما ينطبق)			
☐ ،تشخيص الحالة العقلية والعلاج المقدم من الطبيب النفسي، دكتور علم النفس، الممرضة المختصة بالحالات النفسية المرشد الاجتماعي المرخص؛ اواية جهة اخرى مرخصة ومختصة بالعلاج النفسي.			
☐ ملف كامل للحالة العقلية، باستثناء ملاحظات العلاج النفسي التي تتطلب تصريح منفصل.			
☐ ملخص انتهاء الزيارات	☐ خطط العلاج		
☐ الخطة الشخصية وتفاصيل	☐ اختبار الحالة النفسية والعصبية	☐ ملخص النقل	
☐ وثائق القبول	☐ الفحص الطبي العام	☐ نتائج المختبر	

☐ غير ذلك (يرجى التوضيح) معلومات اضافية:

4. تواريخ المعلومات التي تريد مشاركتها : (حدد التواريخ أو حدد فترة 3 سنوات عن طريق تحديد المربع)
تواريخ المعلومات المطلوبة: من: _____ الى: _____
أو ☐ لمدة 3 سنوات قبل تاريخ هذا التفويض .

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only

تصريح لإصدار معلومات العلاج النفسي
من الجانبين

اسم المريض / مقدم الطلب: _____

5. يرجى التحقق للإشارة إلى أنك أعطيت الإذن بنشر المعلومات التالية إذا كانت موجودة في سجلك: (ضع علامة على كل ما ينطبق).
☐ نتائج اختبار فيروس نقص المناعة البشرية (التصريح المطلوب لكل طلب إصدار
☐ سجلات تعاطي الكحول والمخدرات التي تحميها قواعد السرية الفيدرالية 24 الجزء 2 تحظر القواعد الاتحادية أي إفشاء إضافي لهذه المعلومات ما لم يتم الإفصاح صراحة عن الإفصاح عن طريق إذن خطي من الشخص الذي ينتمي إليه أو كما يسمح به قواعد السرية الفيدرالية 42 الجزء 2 .

الغرض من الإصدار: إذن الخدمة.

أنا أفهم ذلك:

- لدي الحق في إلغاء هذا التفويض في أي وقت.
- إذا قمت بإلغاء هذا التفويض ، يجب عليّ القيام بذلك كذا وتقديمها إلى DMH في عنوان DMH المحدد في الصفحة الأولى أو مكتب قسم الصحة العقلية DMH في منطقتي .(ابحث عن مكاتب منطقة DMH على.
- www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory ; اتصل بالرقم 1-800-221-0053 ; أو أرسل بريداً إلكترونياً dmhinfo@MassMail.State.MA.US .
- لا يسري الإلغاء على المعلومات التي تم إصدارها بالفعل بموجب هذا التفويض.
- لن يسري الإلغاء على شركة التأمين الخاصة بي عندما يمنح القانون شركة التأمين حق المطالبة بالطعن في المطالبة بموجب بوليصة التأمين الخاصة بي .
- بمجرد إطلاق المعلومات المذكورة أعلاه ، يمكن للمستلم إعادة توزيعها ، وقد لا تتم حماية المعلومات بواسطة قوانين أو لوائح الخصوصية الفيدرالية أو الحكومية .
- الإذن بالكشف عن المعلومات المحددة أعلاه طوعي .
- لست بحاجة إلى التوقيع على هذا النموذج لتلقي العلاج أو الخدمات من DMH و / أو الشخص أو المنشأة أو الوكالة الأخرى ؛ ومع ذلك ، فإن عدم القدرة على مشاركة المعلومات أو الحصول عليها قد يمنع DMH و / أو الشخص أو المرفق أو الوكالة الأخرى من توفير الرعاية المناسبة والضرورية.
- تنتهي صلاحية هذا التفويض (حدد تاريخاً أو فترة زمنية أو حدثاً) _____ أو ، إذا لم يتم تحديد أي شيء ، فسوف تنتهي صلاحيته سنة واحدة من تاريخ التوقيع أو إذا أفلت الملف عند ال DMH .

6. التوقيع / التحويل: قم بالتوقيع وتقديم المعلومات كما هو مطلوب أدناه .
X
توقيعك أو توقيع الممثل الشخصي
تاريخ
كتابة اسم الموقع
المعلومات التالية مطلوبة إذا وقعت من قبل ممثل شخصي :
نوع السلطة (على سبيل المثال ، المحكمة المعنية ، الوالد الحاضن): _____
إذا هناك إذن محكمة يرجى تقديمه .

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only**تصريح لاصدار معلومات العلاج النفسي
من الجانبين**

1. المريض / معلومات مقدم الطلب :	
الاسم :	أسماء أخرى:
الشارع :	رقم الشقة:
المدينة / البلدة :	الولاية:
رقم التعريف الوطني # :	الرمز البريدي :
الهاتف :	تاريخ الميلاد :

2. اذن تحرير المعلومات :	
اعطي ادارة العلاج النفسي (DMH) السماح بتلقي واصدار ملاحظات الجلسات النفسية، من والى الاشخاص، المنظمة او الهيئة المذكورة ادناه، اما شفها او خطيا	
المعلومات الخاصة بـ ال DMH	الشخص، المنظمة او المركز (على سبيل المثال، اسم وعنوان المستشفى، العيادات الخارجية، برنامج الاسكان، وغيرها)
	الاسم :
	انتباه :
	الشارع :
	المدينة / البلدة :
	الولاية / الرمز البريدي :
	الهاتف :
الفاكس :	

3. اشر الى المعلومات التي تريد مشاركتها (ضع علامة على كل ما ينطبق)			
☐ ،تشخيص الحالة العقلية والعلاج المقدم من الطبيب النفسي، دكتور علم النفس، الممرضة المختصة بالحالات النفسية المرشد الاجتماعي المرخص؛ اواية جهة اخرى مرخصة ومختصة بالعلاج النفسي.			
☐ ملف كامل للحالة العقلية، باستثناء ملاحظات العلاج النفسي التي تتطلب تصريح منفصل.			
☐ ملخص انتهاء الزيارات	☐ خطط العلاج		
☐ الخطة الشخصية وتفاصيل	☐ اختبار الحالة النفسية والعصبية	☐ ملخص النقل	
☐ وثائق القبول	☐ الفحص الطبي العام	☐ نتائج المختبر	

☐ غير ذلك (يرجى التوضيح) معلومات اضافية:

4. تواريخ المعلومات التي تريد مشاركتها : (حدد التواريخ أو حدد فترة 3 سنوات عن طريق تحديد المربع)
تواريخ المعلومات المطلوبة: من: _____ الى: _____
أو ☐ لمدة 3 سنوات قبل تاريخ هذا التفويض .

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only

تصريح لاصدار معلومات العلاج النفسي
من الجانبين

اسم المريض / مقدم الطلب: _____

5. يرجى التحقق للإشارة إلى أنك أعطيت الإذن بنشر المعلومات التالية إذا كانت موجودة في سجلك: (ضع علامة على كل ما ينطبق).
☐ نتائج اختبار فيروس نقص المناعة البشرية (التصريح المطلوب لكل طلب إصدار
☐ سجلات تعاطي الكحول والمخدرات التي تحميها قواعد السرية الفيدرالية 24 الجزء 2 تحظر القواعد الاتحادية أي إفشاء إضافي لهذه المعلومات ما لم يتم الإفصاح صراحة عن الإفصاح عن طريق إذن خطي من الشخص الذي ينتمي إليه أو كما يسمح به قواعد السرية الفيدرالية 42 الجزء 2 .

الغرض من الإصدار: إذن الخدمة.

انا افهم ذلك :

- لدي الحق في إلغاء هذا التفويض في أي وقت.
- إذا قمت بإلغاء هذا التفويض ، يجب عليّ القيام بذلك كذا وتقديمها إلى DMH في عنوان DMH المحدد في الصفحة الأولى أو مكتب قسم الصحة العقلية DMH في منطقتي .(ابحث عن مكاتب منطقة DMH على .
- www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory ; اتصل بالرقم 1-800-221-0053 ; أو أرسل بريداً إلكترونياً dmhinfo@MassMail.State.MA.US .
- لا يسري الإلغاء على المعلومات التي تم إصدارها بالفعل بموجب هذا التفويض.
- لن يسري الإلغاء على شركة التأمين الخاصة بي عندما يمنح القانون شركة التأمين حق المطالبة بالطعن في المطالبة بموجب بوليصة التأمين الخاصة بي .
- بمجرد إطلاق المعلومات المذكورة أعلاه ، يمكن للمستلم إعادة توزيعها ، وقد لا تتم حماية المعلومات بواسطة قوانين أو لوائح الخصوصية الفيدرالية أو الحكومية .
- الإذن بالكشف عن المعلومات المحددة أعلاه طوعي .
- لست بحاجة إلى التوقيع على هذا النموذج لتلقي العلاج أو الخدمات من DMH و / أو الشخص أو المنشأة أو الوكالة الأخرى ؛ ومع ذلك ، فإن عدم القدرة على مشاركة المعلومات أو الحصول عليها قد يمنع DMH و / أو الشخص أو المرفق أو الوكالة الأخرى من توفير الرعاية المناسبة والضرورية.
- تنتهي صلاحية هذا التفويض (حدد تاريخاً أو فترة زمنية أو حدثاً) _____ أو ، إذا لم يتم تحديد أي شيء ، فسوف تنتهي صلاحيته سنة واحدة من تاريخ التوقيع أو إذا أقفل الملف عند ال DMH .

6. التوقيع / التحويل: قم بالتوقيع وتقديم المعلومات كما هو مطلوب أدناه .
X توقيعك أو توقيع الممثل الشخصي
تاريخ
كتابة اسم الموقع
المعلومات التالية مطلوبة إذا وقعت من قبل ممثل شخصي :
نوع السلطة (على سبيل المثال ، المحكمة المعنية ، الوالد الحاضن): _____
إذا هناك إذن محكمة يرجى تقديمه .



المصلحة العامة لماستشوستس دائرة الصحة العقلية

اشعار ممارسات الخصوصية

هذا الاشعار يبين كيفية استخدام او الافصاح عن معلوماتك الصحية وكيف يمكنك الحصول على هذه المعلومات.
الرجاء اقرأه بتمعن

تاريخ فعالية الاشعار: ايار 15, 2018

الخصوصية

دائرة الصحة العقلية (DMH) ملزمة قانونيا وبقانون الولاية بالحفاظ على خصوصية معلوماتك الصحية المحمية (PHI). PHI تتضمن اي معلومات تتضمن معلوماتك التعريفية للحالة الجسدية والعقلية، الرعاية الصحية التي تستلمها، ومعلومات الدفع للرعاية الصحية. ومعلومات العلاج من عيادات اخرى يمكن ان تضمن بال PHI الخاص بك.

DMH ملزمة قانونيا لتقديم هذا الاشعار لك للتوضيح لك بكيفية مشاركتهم ال PHI الخاص بك وتبلغك بحقوقك. DMH يجب ان تتبع ممارسات الخصوصية كما هو موضح في احدث اشعار لممارسات الخصوصية.

التغييرات في هذا الاشعار

DMH مخولة بتغيير ممارساتها للخصوصية او الشروط الموضوعية في هذا الاشعار باي وقت. التغييرات سوف تنطبق على PHI التي بحوزة DMH بالإضافة الى PHI التي سوف تستلمها DMH في المستقبل. اخر اصدار لاشعار الخصوصية سوف يوضع في دوائر DMH وبرامجها، على موقع DMH الالكتروني (www.state.ma.us/dmh)، وسوف يكون متوفرا للطلب. كل اشعار الخصوصية سوف يحتوي على تاريخ.

كيفية استخدام والافصاح عن PHI خاصتك من قبل DMH

ان DMH مصرح لهم باستخدام PHI الخاص بك في داخل دوائر DMH ومشاركتها خارج المنظمة بدون تخويلك للأسباب التالية:

- 1. للعلاج – DMH** لديهم الصلاحية باستخدام مشاركة PHI للأطباء، الممرضين، الأطباء المقيمين او طلاب الطب ومقدمي الرعاية الصحية المساهمين بالعلاج الصحي لك ومقدمي الخدمات المشتركة. PHI الخاص بك سوف يستخدم في تطوير علاجك و/او لخدمات الخطة الصحية ولتقديم التقييمات الروتينية والفحوصات. PHI من الممكن ان يشارك مع اخصائيي الرعاية الصحية والأطباء للحصول على الوصفات العلاجية، التحاليل المختبرية، الاستشارات، ولاغراض اخرى لاحتياجاتك الصحية. PHI سوف يشارك للمعالجين الصحيين لاحتياجك الى خدمات وتحديد وتقديم الخدمات التي تستلمها.
- 2. لدفع التكاليف – DMH** يمكنهم استخدام مشاركة PHI خاصتك لفوترة وسحب الدفعات لخدماتك الصحية. DMH مصرحة بالافصاح عن اجزاء من PHI لبرامج Medicaid او Medicare او جهة اخرى مغطاة للتكاليف لتقرير اذا كانوا سوف يقومون بالدفع، او بالحصول على موافقة مسبقة، او لدعم اي فاتورة او تقرير.
- 3. لعمليات الرعاية الصحية – DMH** باستطاعتهم استخدام مشاركة PHI لدعم نشاطات مثل تخطيط البرامج، نشاطات الادارة والادارية، ضمان النوعية، استلام والاجابة عن الشكاوي، برامج الطوعية (مثل، Medicare)، التدقيق، تدريب وترخيص اخصائيو الرعاية الصحية، و التشهيد والترخيص (مثل المفوضية المدمجة).
- 4. تذكير المواعيد – DMH** تستطيع استخدام PHI لتذكيرك بمواعيدك او تعليمات المراجعة او توفير لك معلومات بخصوص بدائل علاجية او فوائد صحية اخرى وخدمات التي من الممكن ان تكون ذات اهمية لك.

5. **شركاء الاعمال - DMH** باستطاعتهم استخدام مشاركة PHI للمتعاقدین، الوكلاء وا شركاء الاعمال الاخرين الذين يساندون DMH بالحصول على الدفعات او استمرارها بعمليات الاعمال. اذا DMH قامت بمشاركة PHI الخاص بك لشركاء الاعمال، سوف تقوم DMH بعمل عقد مكتوب مع ذلك الشريك للتأكد من الحفاظ على امان PHI الخاص بك.

6. **العائلة والاصدقاء رجال الدين - DMH** من الممكن ان يشاركوا جزء محدد من PHI للأسباب التالية:

- رجال الدين - اذا وافقت، شفويا او غير ذلك، الانتماء الديني الخاص بك وسوف يتم مشاركته مع رجال الدين.
- للاهل، الاصدقاء او غيرهم - اذا وافقت او لم تعارض، PHI من الممكن ان يشارك مع اشخاص المسؤولين عن رعايتك او لدفع تكاليف علاجك اذا كانوا مسؤولين عن علاجك بشكل مباشر او عن دفع تكاليف علاجك.

7. **تطلبه القانون - DMH** باستطاعتهم استخدام مشاركة PHI اذا تطلب قانونيا، مثلا كالتبليغ عن جنحة ارتكبت في داخل البناية الملاحقة لامر قضائي لتبليغ اساءة معاملة او اهمال، او لحالات اخرى التي تكون DMH ملزمة بالتبليغ واو مشاركة PHI طبقا لقانون التشريع والقوانين.

8. **الدعوى القضائية والخلافات -** اذا قمت باستخدام دعوى قضائية او دعاوى اخرى ضد DMH او ضد موظفينا او الوكلاء الخاصين بنا، يمكننا استخدام ومشاركة PHI الخاص بك للدفاع عن انفسنا.

9. **لأسباب اخرى - DMH** بإمكانهم استخدام مشاركة:

- للصاية او اجراءات الالتزام عندما تكون DMH جزء؛
- لاجراءات قانونية وقضائية اخرى اذا وافق المؤهلات؛
- للدوائر الحكومية المسؤولة عن قضايا سوء المعاملة او الاهمال؛
- لاغراض الابحاث، بعد مراجعة داخلية دقيقة؛
- لتفادي تهديد خطير للصحة او للامان؛
- للأشخاص المسؤولين عن عن رعايتك في حالة الطوارئ اذا استوفيت معايير معينة؛
- للمؤسسات الاصلاحية في حال كونك متهم او كنت معتقل من قبل مفوض قانوني، نستطيع مشاركة PHI خاصتك من ضباط السجن او ضباط فرض القانوني اذا كان ضروريا لتقديم العلاج الصحي، او للحفاظ على الامان، الحماية والانضباط في المكان الذي انت فيه؛
- لمسؤولي الصحة العامة المخولين للرعاية الصحية لنشاطات الصحة العامة مثل مراقبة الامراض او تقديم الاحصائيات المهمة؛
- للجن الحكومية المخولة بالقيام بتدقيق، التحقيقات، وتفتيش مؤسستنا. هذه اللجن تقوم بمراقبة نظام الرعاية الصحية، برامج الفوائد الحكومية مثل Medicaid و Medicare، والتزاما بالمقومات الحكومية والبرامج وقانون الحقوق المدنية؛
- لدعاوى تعويض الموظفين؛
- لبعض المهام الحكومية اذا تم موافقة معايير معينة؛ و
- في حالات معينة مثل وفاتك، من الممكن ان نشارك PHI الخاص بك مع الطب الشرعي، الفاحصين الشرعيين، المسؤولين عن الجنازة، والحصول على اعضاء او انسجة معينة من منظمات معينة.

الاستخدامات المشاركة التي تتطلب تخويل كتابي

تتطلب DMH ان تحصل على تخويل كتابي منك او من الشخص المخول قانونيا للاستخدامات المشاركة التي ما فوق العلاجات، الدفعات، وعمليات الرعاية الصحية، عدا في حالة استثناء من المذكورة اعلاه. تستطيع الغاء اي تخويل في اي وقت، على شرط ان يكون كتابيا. الالغاء سوف يوقف استخدامات ومشاركات مستقبلية ما عدا التي عمل بها مسبقا من قبل DMH بتخويلك.

التخويل مطلوب لمعظم الاستخدامات والمشاركات لملاحظات العلاج النفسي (هذه الملاحظات التي يستعملها بعض اطباء العلاج النفسي التي تسجل مواعيدك التي معهم والتي غير مخزنة بملفك الطبي)، واستخدام بعض المواد والاضطرابات ومعلوماتها، فحوصات HIV (نقص المناعة المكتسب) ونتائجها، وبعض المعلومات الوراثية حتى اذا كان الطلب للعلاج، الفوترة، او العمليات العلاجية الموصوفة اعلاه.

بالرغم من ان الاستخدامات الاشتراكات التالية غير مدققة من قبل DMH، يجب علينا تبليغك ان اي استخدام او مشاركة PHI للتسويق المتعلق بالمكافئة ل DMH سوف يتطلب تحويل. وبالمثل، لبيع PHI، DMH يجب عليهم الحصول على تحويل. DMH لن تستخدم او تشارك PHI الخاص بك لاغراض جمع التبرعات.

حقوقك المتعلقة بـ PHI الخاص بك

انت او الشخص المخول قانونيا بتمثيلك لديكم الحق ب:

- الطلب من DMH بان تستخدم عنوان ورقم هاتف معين للاتصال بك. ستحاول DMH بالموافقة على كل الطلبات المعقولة.
- الحصول، عند الطلب، على نسخة ورقية من هذا الاشعار او اي تنقيح لهذا الطلب، حتى لو طلبت نسخة الكترونية منه.
- التحقيق من وطلب نسخة من PHI المستخدم لاتخاذ قراراتك العلاجية. في حالة استخدام سجلات الكترونية، تستطيع طلب نسخة الكترونية. الحصول على سجلاتك قد يكون محدودا في ظروف محدودة. اذا رفضت DMH طلبك، كاملا او جزاء منه، تستطيع طلب اعادة النظر في طلبك. من الممكن دفع تكاليف النسخ والبريد. في الظروف الطبيعية، ستستجيب DMH لك خلال 30 يوما. اذا تطلب الامر وقت اضافي للاستجابة، DMH سوف تبغك خلال 30 يوما لشرح الاسباب للتأخير وتوضيح الجواب الاخير لخصوص طلبك **هذا الطلب يجب تقديمه كتابيا.**
- طلب اضافات وتصحيح PHI. DMH غير ملزمة بالموافقة على هذا طلب. اذا لم يتم الاخذ بطلبك، سوف تقوم DMH باخبارك بالسبب كتابيا خلال 60 يوما واخبارك بحقوقك في تلك الحالة. اذا تطلب الامر وقتا اضافيا للاستجابة، ستبغك DMH خلال 60 يوما لشرح الاسباب التأخير وتحديد الوقت الذي سيتم اخبارك بالقرار الاخير لطلبك. **هذا الطلب يجب ان يقدم كتابيا.**
- طلب حسابات المشاركات (الى حد الستة سنين الماضية) الذي سوف يحدد، طبعا لتشريعات المنطقة، للأشخاص المعنيين والدوائر التي قامت DMH بمشاركة PHI والسبب. الحساب لن يتضمن المشاركات التي كانت: (1) معك او مع مندوبك القانوني؛ (2) المخولة والموافق عليها من قبلك؛ (3) التي عملت للعلاج، الدفع، وعمليات الرعاية الصحية؛ و (4) بعضها التي طلبت ان تقدم قانونيا. عادتاً، DMH ستستجيب لطلبك خلال 60 يوما. اذا تطلب الامر وقتا اضافيا للاستجابة، DMH ستبغك خلال 60 يوما لشرح الاسباب للتأخير وتحديد القرار الاخير لطلبك. **هذا الطلب يجب تقديمه كتابيا.**
- الطلب من DMH بحصر كيفية استخدامها ومشاركاتها PHI الخاص بك. DMH غير ملزمة بالانصياع لهذه التحديدات، مع استثناء اذا انت، او شخص بالنيابة عنك، قام بالدفع لخدمات الرعاية الصحية ومستلزماتها من جيبه بالكامل، DMH ستوافق على عدم مشاركة PHI المتعلق حصرا بالخدمات او المواد التي تنتمي لتأمينك الصحي لسبب الدفع او عمليات علاجية، الا اذا الزمت DMH قانونيا لمشاركة PHI. **هذا الطلب يجب تقديمه كتابيا.**

الطلبات اعلاه تستطيع تقديمها او طلبها او ارسالها لاي مكتب DMH.

ابقاء السجل

سجلاتك الخاصة سوف يتم الاحتفاظ بها الى مدة ادناها 20 عاما من اخر تاريخ استلمت به خدمات من منشآت DMH و/او خدمات اجتماعية من DMH. بعد ذلك، سوف يتم اتلاف سجلاتك غالبا.

خرق PHI

سوف يتم تبليغك من قبل DMH اذا حصل اختراق ملفات PHI الغير محمية.

الشكوى

اذا ايقنت انه خصوصيتك او حقوقيات خصوصيتك تم انتهاكها، او اذا اردت تقديم شكوى، تستطيع الاتصال على:

DMH Privacy Officer, Department of Mental Health, 25 Staniford Street, Boston, MA 02114, E-mail:

DMHPrivacyOfficer@MassMail.State.MA.US, Phone: 617-626-8160, Fax: 617-626-8242. الشكوى يجب تقديمها

كتابيا.

تستطيع ان تقدم شكوى مع سكرتير الصحة والخدمات المدنية، مكتب الحقوق المدنية، دائرة الصحة والخدمات الانسانية في الولايات المتحدة،
You also may file a complaint with the Secretary of Health and Human Services, Office for Civil Rights, U.S.
Department of Health and Human Services, JFK Federal Building, Room 1875, Boston, MA. 02203.
لن يقوم احد بتهديدك لتقديم شكوى او بالقيام بحقوقك كما هو مذكور في هذا الاشعار.

معلومات الاتصال بالخصوصية

اذا اردت الحصول على معلومات اضافية بخصوص ممارسات الخصوصية ل DMH، او اذا اردت ممارسة حقوقك، تستطيع الاتصال على:
DMH Privacy Officer, Department of Mental Health, 25 Staniford Street, Boston, MA 02114, E-mail:
DMHPrivacyOfficer@MassMail.State.MA.US, Phone: 617-626-8160, Fax: 617-626-8131. الشكاوي يجب ان تقدم
كتابتا.

وتستطيع ايضا الاتصال بمنشأة السجلات الطبية ل DMH ومكتب (الخاص بالسجلات)، مدير برنامج DMH، المكتب المحلي (او سجلات اذارة
الاحوال)، او ضابط الحقوق الانسانية في فرعك او برنامجك، لطلب المعلومات الاضافية او المساعدة.

معلومات الاتصال ب DMH

اذا اردت الحصول على معلومات اخرى (غير متعلقة بالخصوصية) بخصوص DMH وخدماتهم تستطيع الاتصال على:
DMH Information, Department of Mental Health, 25 Staniford Street, Boston, MA 02114, E-mail:
dmhinfo@state.ma.us, Phone: 800-221-0053, Fax: (617) 626-8131.

تستطيع ايضا الاتصال بمدير برنامجك ل DMH، المكتب المحلي، او الضابط الخاص بالحقوق الانسانية بمنشأتك او برنامجك، للمعلومات الاضافية او
المساعدة.