

كومونولث Massachusetts
المكتب التنفيذي للخدمات الصحية والإنسانية
إدارة الخدمات الإنمائية

طلب الحصول على أهلية إدارة الخدمات الإنمائية

معلومات مقدم الطلب

الفئة العمرية الحالية لمقدم الطلب:

العُمر 22 سنة فما فوق

بين سن 5 سنوات و 22 سنة

_____/_____/_____ تاريخ الميلاد:

الأوسط

الأول

الاسم الكامل: _____
الأخير _____

العنوان:

رقم الشقة/الوحدة

اسم الشارع

رقم الشارع

رقم الضمان الاجتماعي

الرمز البريدي

الولاية

المدينة/البلدة

بأي لغة يفضل مقدم الطلب، الوصي أو الوالد ما يلي:

• التحدث عن مقدم الطلب؟

• تلقى مواد مكتوبة عن مقدم الطلب؟

هل هناك حاجة لخدمات الترجمة الشفوية في جلسات الاستماع؟ نعم لا

ملحوظة: الترجمة التحريرية والشفوية مجانية للمتقدمين

كيف يمكننا التواصل معك بشكل أفضل؟ (يرجى تحديد كل ما ينطبق)

ابتدائي () هل يمكننا ترك رسالة نعم لا

ثانوي () هل يمكننا ترك رسالة نعم لا

_____ البريد الإلكتروني

المستندات المطلوبة

تتطلب جميع الطلبات المقدمة إلى DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" نسخاً من المستندات التالية:

- شهادة الميلاد
- بطاقة الضمان الاجتماعي
- بطاقة (بطاقات) التأمين الصحي (MassHealth) "برنامج مزايا صحة"، Medicare "برنامج تأمين صحي حكومي"، التأمين الخاص
- إثبات محل الإقامة في ولاية Massachusetts—مثل. رخصة قيادة ولاية Massachusetts، بطاقة هوية ولاية Massachusetts، فاتورة خدمات عامة مع ذكر الاسم/العنوان
- تقارير توثيق التشخيص وفقاً للمعايير التي ترغب في أن تؤخذ في الاعتبار
- نموذج إشعار إقرار ممارسات الخصوصية (مرفق بالطلب)
- إذا تلقى مقدم الطلب أو أنت أيّاً من الخدمات/التقييمات أدناه، فيرجى تقديم الوثائق:
 - ملف التدخل المبكر/النمو
 - برنامج التعليم الفردي والتقييمات ذات الصلة و/أو خطة التكييف 504
 - تقارير المهارات التكيفية
 - تقرير يتضمن تشخيصاً نهائياً للإعاقة الذهنية (ID) و/أو اضطراب طيف التوحد (ASD)
 - تقرير معدل الذكاء من خلال التقييمات النفسية أو العصبية النفسية
 - نتائج الاختبارات الجينية لمرض Prader-Willi أو مرض Smith-Magenis أو حالات وراثية أخرى

الوصاية

يجب ملء هذا القسم فقط في حالة وجود وصي معين من قبل المحكمة

إذا كان لمقدم الطلب وصي معين من قبل المحكمة، فيجب تقديم أوراق الوصاية مع هذا الطلب. في حالة تعيين وصي من قبل المحكمة، يجب توقيع هذا الطلب من قبل ذلك الوصي

العلاقة	اسم الوصي القانوني
لمقدم الطلب	الأول
الأخير	
المدينة/البلدة	عنوان الأوصياء
البريدي	الرقم والشارع
الهاتف	البريد الإلكتروني

الوضع الحالي

هل مقدم الطلب أو أنت؟

نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل المعيشة في المنزل مع عائلة؟
إذا كانت الإجابة لا، أين تعيش باستثناء مدرسة داخلية؟	
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل المعيشة في مدرسة داخلية؟
إذا كانت الإجابة بنعم، اسم المدرسة	
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	بلا مأوى؟
إذا كانت الإجابة بنعم، فلبي متى؟	
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	على صلة مع أي وكالة حكومية أخرى؟
إذا كانت الإجابة بنعم، أي وكالة؟	
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل أنت حالياً في المستشفى؟
إذا كانت الإجابة بنعم، اذكر اسم المستشفى	
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل أنت مسجل في مدرسة/جامعة؟
إذا كانت الإجابة بنعم، اذكر اسم المدرسة/الكلية؟	

نوع الطلب

الحالة الانمائية ذات الصلة الوثيقة (تنطبق على الأطفال/البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 5 – 22 عاماً)

هل تقدم بطلب إلى إدارة خدمات الانمائية بسبب حالة نمانية وثيقة الصلة؟ CMR115 "قانون تعليمات الولاية 6.06" (1) نعم لا
ملاحظة: تشمل الحالات النمانية ذات الصلة الوثيقة الاضطرابات الوراثية.

إذا كنت تقدم بطلب بصفتك شخصاً مصاباً بحالة نمانية وثيقة الصلة، فيجب عليك تقديم تقرير تشخيصي شامل من ممارس مؤهل ومرخص مثل الحاصل على "درجة الدكتوراه"، "Psy.D" أو "MD" دكتوراه في علم النفس" أو "دكتوراه في الطب" وما إلى ذلك. يجب التحقق من تشخيصك في المستندات أو في نتائج الاختبارات الجينية.

الإعاقة الذهنية

هل تقدم بطلب إلى إدارة الخدمات التنموية بسبب الإعاقة الذهنية (ID)؟

إذا كنت تقدم بطلب بصفتك شخصاً من ذوي الإعاقة الذهنية (ID)، فيجب عليك إرفاق تقرير تشخيصي شامل مع هذا الطلب، صادر عن طبيب مرخص ومؤهل، مثل طبيب حاصل على "Psy.D" أو "MD" درجة الدكتوراه في الفلسفة" أو "علم النفس" أو "طب". يجب أن تؤكد هذه الوثيقة (أو الوثائق) تشخيصك، بما في ذلك اختبارات الذكاء والقدرات المعرفية.

اضطراب طيف التوحد

نعم لا

هل تقدم بطلب إلى قسم الخدمات التنموية بسبب اضطراب طيف التوحد(ASD)؟

إذا كنت تقدم بطلب كشخص مصاب باضطراب طيف التوحد (ASD)، فيجب عليك تقديم، مع هذا الطلب، تقرير تشخيصي شامل من ممارس مؤهل مرخص مثل حامل Ph.D "دكتوراه في الفلسفة"، Psy.D "دكتوراه في علم النفس" أو MD "دكتوراه في الطب" وما إلى ذلك.

متلازمة Prader-Willi

نعم لا

هل تقدم بطلب إلى إدارة الخدمات الانمائية بسبب تشخيص إصابتك بمتلازمة Prader-Willi؟

إذا كنت تقدم بطلب كشخص مصاب بمتلازمة Prader-Willi، فيجب عليك تقديم، مع هذا الطلب، الاختبار الجيني للتحقق من تشخيص متلازمة Prader-Willi.

متلازمة Smith Magenis

نعم لا

هل تقدم بطلب إلى إدارة الخدمات الانمائية بسبب تشخيص متلازمة Smith Magenis؟

إذا كنت تقدم بطلب كشخص مصاب بمتلازمة Smith Magenis، فيجب عليك تقديم، مع هذا الطلب، الاختبار الجيني للتحقق من تشخيص متلازمة Smith Magenis.

باقي الصفحة تركت فارغة

الوالد أو جهة الاتصال المباشرة

الاسم الكامل: _____
الأب _____
الأم _____

العلاقة: _____
لمقدم الطلب الأوسط الأول

رقم الشارع	اسم الشارع	رقم الشقة/الوحدة	المدينة	الولاية	البريدى
كيف يمكننا التواصل معك بشكل أفضل؟ (يرجى تحديد كل ما ينطبق)					
<input type="checkbox"/> هل يمكننا ترك رسالة نعم <input type="checkbox"/> لا () ابتدائي					
<input type="checkbox"/> هل يمكننا ترك رسالة نعم <input type="checkbox"/> لا () ثانوي					
<input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني					

جهة (جهات) الاتصال المعتمدة

إذا كان لديك شخص ترغب في تقويضه كجهة اتصال لغرض التحقق من الأهلية، فيرجى الإشارة إلى ذلك أدناه. يمكن أن يكون هذا أخصائياً اجتماعياً، مدرساً أو معالجاً نفسياً وما إلى ذلك. لا يمكن أن يكون هذا الشخص الوصي القانوني.

الاسم الكامل: _____
الأب _____
الأم _____

العلاقة: _____
لمقدم الطلب الأوسط الأول

رقم الشارع	اسم الشارع	رقم الشقة/الوحدة	المدينة	الولاية	البريدى
كيف يمكننا التواصل معك بشكل أفضل؟ (يرجى تحديد كل ما ينطبق)					
<input type="checkbox"/> هل يمكننا ترك رسالة نعم <input type="checkbox"/> لا () ابتدائي					
<input type="checkbox"/> هل يمكننا ترك رسالة نعم <input type="checkbox"/> لا () ثانوي					
<input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني					

أمنح إذن DDS "لادارة الخدمات الانمائية" لمناقشة طليبي وسجلاتي مع الشخص المذكور أعلاه لأغراض استكمال عملية تحديد الأهلية.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب/الحارس القانوني

كولونيل Massachusetts

إدارة الخدمات الإنمائية

نموذج تفويض إصدار المعلومات

القسم I. المعلومات الشخصية:

اسم الشخص: _____
اسم(أسماء) أخرى: _____

العنوان: _____

الهاتف: _____

رقم الضمان الاجتماعي: _____
تاريخ الميلاد: _____

أسمح بموجب هذا لإدارة الخدمات الإنمائية بالكشف لمقدم الخدمة، الوكالة، الكيان أو الفرد المذكور في القسم II أدناه عن المعلومات التالية:

أسمح بموجب هذا لمقدم الخدمة أو الوكالة أو الكيان أو الفرد المذكور في القسم II أدناه بنشر المعلومات التالية إلى إدارة الخدمات الإنمائية:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> خطة خدمة أخرى | <input type="checkbox"/> سجل كامل | <input type="checkbox"/> الاختبارات النفسية |
| <input type="checkbox"/> وثائق الوصاية | <input type="checkbox"/> التاريخ الدوائي | <input type="checkbox"/> التاريخ الطبي |
| <input type="checkbox"/> تقارير المستشفى | <input type="checkbox"/> "ITP" خطة انتقالية فردية/ISP | <input type="checkbox"/> التاريخ التعليمي |
| خطة الخدمة الفردية | | |
| <input type="checkbox"/> أخرى (حدد) | | |

القسم II: المستلم(المستلمون) المعتمد. أمنج إذني لمقدم الخدمة، الوكالة، الكيان أو الفرد المذكور أدناه بمشاركة/استلام المعلومات المذكورة في القسم I مع/من إدارة الخدمات الإنمائية:

الاسم _____

المنظمة _____

العنوان _____

القسم III: الغرض من الإفصاح. يرجى توضيح الغرض من استخدام المعلومات أو الإفصاح عنها (مثل: الرعاية الطبية، القانونية، التأمينية، أو الشخصية، إلخ. - كن دقيقاً. إذا كنت لا ترغب في ذكر سبب، يمكنك ببساطة كتابة: "بناءً على طلبي"، إذا كنت أنت من بدأ بالطلب).

يُحظر أي استخدام أو الكشف عن هذه المعلومات بموجب قوانين ولاية Massachusetts وللواحة والسياسات الإدارية.

القسم IV. إفصاحات إضافية. يجوز لقسم الخدمات الانمائية أو المزود، الوكالة أو الكيان أو الفرد المدرج في القسم الثاني مشاركة معلوماتي مع هذا الشخص (الأشخاص) أو المنظمة:

الاسم

المنظمة

العنوان

القسم V: الإقرار. لقد أبلغت بمزايا وعيوب الإفصاح عن المعلومات المذكورة أعلاه، وأقرّ بالإفصاح عنها طواعيًّا. أدرك أن لي الحق في إلغاء هذا الإقرار في أي وقت. وفي حال إلغائي له، يجب علي القيام بذلك كتابيًّا وتقديمه إلى الشخص/المنشأة/الجهة المخولة بالإفصاح عن المعلومات. كما أدرك أن الإلغاء لا يسري على المعلومات التي تم الإفصاح عنها بالفعل استجابةً لهذا الإقرار.

سوف تنتهي صلاحية هذا التفويض (التاريخ أو الحدث – يجب ألا يتجاوز سنة واحدة). أدرك أنه بمجرد الكشف عن المعلومات المذكورة أعلاه، يجوز للمتلقي إعادة الكشف عنها، وقد لا تكون هذه المعلومات محمية بموجب قوانين أو لوائح الخصوصية الفيدرالية أو المحلية. كما أدرك أن السماح باستخدام أو الكشف عن المعلومات المذكورة أعلاه أمر اختياري. وأدرك أيضًا أنني لست ملزماً بتوقيع هذا النموذج لمواصلة تلقي الخدمات الصحية من DDS "إدارة الخدمات الانمائية".

التاريخ

توقيع الشخص المعنى بالمعلومات أو الوصي

أكتب الاسم (وحدد السلطة القانونية إذا تم التوقيع عليها من قبل الوصي أو أي ممثل قانوني/مفوض آخر)

القسم VI: التفويضات الخاصة. أوفق بشكل خاص بالإفصاح عن المعلومات التالية (يرجى تحديد جميع ما ينطبق):

إلى الحد الذي يحتوي فيه سجل الطبي على معلومات تتعلق باختبار الأجسام المضادة ودواء المناعة لفيروس نقص المناعة البشرية والتي يحميها قانون ولاية Massachusetts العام الفصل 111 القسم F70، أو تشخيص الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز أو علاج الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، فإنني أسمع على وجه التحديد بالإفصاح عن هذه المعلومات أو الكشف عنها.

إلى الحد الذي يحتوي فيه سجل الطبي على معلومات تتعلق بالعلاج من الكحول أو المخدرات المحمية بموجب اللائحة الفيدرالية، "CFR42 قانون التعليمات الفيدرالية"، الجزء 2، فإنني أسمع على وجه التحديد بالإفراج عن هذه المعلومات أو الكشف عنها.

التاريخ

توقيع الشخص المعنى بالمعلومات أو الوصي

الإرشادات:

1. يجب تعبئة هذا النموذج بالكامل (باستثناء الإصدارات المصرح بها خصيصاً) حتى يتم اعتباره صالحًا.
2. تأكد من أن تاريخ انتهاء الصلاحية أو الحدث المذكور في الصفحة 2 عملٍ.
3. توزيع النسخ: الأصل إلى مقدم الخدمة؛ نسخة إلى الفرد أو الممثل الشخصي؛ نسخة إلى الشخص/المنشأة/الوكالة التي تقدم الطلب.

تفويض DDS "إدارة الخدمات الانمائية" لتحديد الأهلية

أطلب من إدارة الخدمات الانمائية (DDS) إجراء تحديد الأهلية للحصول على الخدمات. يظل هذا الإذن صالحًا حتى تتم معالجة طلبي بالكامل أو ما لم أخطر DDS "إدارة الخدمات الانمائية" كتابياً بإلغائه.

توقيع التفويض لتحديد الأهلية الخاص بـ:

اسم مقدم الطلب

مقدم الطلب الوصي القانوني

التاريخ

توقيع مقدم الطلب/الوصي القانوني

العنوان الكامل للوصي القانوني

كتابة اسم مقدم الطلب/الوصي القانوني

رقم المرحلة الثانوية

رقم المرحلة الابتدائية

التعليمات النهائية لتقديم الطلب إلى إدارة الخدمات الانمائية

- تأكد من اكتمال جميع المعلومات الموجودة في هذا الطلب
- تأكد من اكتمال جميع التوفيقات المطلوبة
- قم ببرفق جميع الوثائق المطلوبة بهذا الطلب
- في الصفحات التالية، اقرأ إشعار ممارسات الخصوصية (4 صفحات)
- احتفظ بالصفحات الأربع من إشعار ممارسات الخصوصية لسجلاتك الخاصة
- قم بالتوقيع على نموذج إشعار إقرار ممارسات الخصوصية وإعادته مع الطلب

قم بارسال هذه الحزمة المكتملة إلى المكتب الإقليمي المحلي التابع DDS "إدارة الخدمات الانمائية" عن طريق فريق الأهلية الإقليمي المحدد أدناه. إذا كانت لديك أي أسئلة قبل إرسال طلبك والمرفقات الازمة، فلا تتردد في الاتصال بفريق الأهلية الإقليمي المحلي لديك.

DDS Central/West Region

"إدارة الخدمات الانمائية" المنطة "الوسطى/ الغربية"
One Federal Street
Bldg. 111-2
Springfield, MA 01105
خط الاستقبال: (413)-205-0940
فاكس: (413) 205-1603

DDS Metro Region

"إدارة الخدمات الانمائية" المنطة "العاصمة"
465 Waverley Oaks Road Suite 120
Waltham, MA 02452
خط الاستقبال: (781) 314-7513
فاكس: 781-314-7539

DDS Southeast Region

"إدارة الخدمات الانمائية" المنطة "الجنوبية الشرقية"
151 Campanelli Drive Suite B
Middleboro, MA 02346
خط الاستقبال: (508)-866-8800
رقم الفاكس: (508) 866-8859

DDS Northeast Region

"إدارة الخدمات الانمائية" المنطة "الشمالية الشرقية"
Hogan Regional Center
PO Box A Hathorne, MA 01937
خط الاستقبال: 850 (978) 774-5000
فاكس: 978-739-0420

كوفنولث Massachusetts

المكتب التنفيذي للخدمات الصحية والإنسانية

إدارة الخدمات الإنمائية

إشعار بنموذج إقرار ممارسات الخصوصية

اسم مقدم الطلب: _____

المنشأة/المنطقة/المنطقة/البرنامج: _____

لقد قمت بمراجعة نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية الصادر عن DDS "إدارة الخدمات الإنمائية"

التاريخ _____

التوقيع: 

فرد أو ممثل شخصي مخول قانوناً باتخاذ قرارات الرعاية الصحية

إذا تم التوقيع من قبل ممثل شخصي:

اكتب الاسم: _____

(الوالد/الوصي، إلخ.) الدور: _____

التاريخ: _____

الشاهد: _____

يجب الاحتفاظ بهذا النموذج لمدة لا تقل عن ست سنوات في السجلات المناسبة وفقاً لدليل الخصوصية الخاص
"بإدارة الخدمات الإنمائية"

كومنولث Massachusetts

المكتب التنفيذي للخدمات الصحية والإنسانية
إدارة الخدمات الإنمائية

احفظ بهذه الوثيقة سجلاتك الخاصة

إشعار بمارسات الخصوصية

يصف هذا الإشعار كيفية استخدام المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك والإفصاح عنها وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. يرجى مراجعته بعناية.

الغرض منها:

يهدف هذا الإشعار إلى إعلامك بمارسات الخصوصية والواجبات القانونية لإدارة الخدمات التنموية المتعلقة بحماية خصوصية سجلاتك الطبية أو الصحية التي تقوم بإنشائها أو تلقيها. يوضح هذا الإشعار أيضاً حقوقك فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية ومسؤوليات الإدارة. كما هو موضح أدناه، يتبع علينا بموجب القانون التأكيد من الحفاظ على خصوصية المعلومات الطبية أو الصحية التي تحدد هويتك.

إذا كانت لديك أي أسئلة حول محتوى إشعار ممارسات الخصوصية هذا، أو إذا كنت بحاجة إلى الاتصال بشخص ما في الادارة بشأن أي من المعلومات الواردة في إشعار ممارسات الخصوصية هذا، أو إذا كانت لديك شكوك بشأن ممارسات الخصوصية الخاصة بالادارة، فيمكنك الاتصال بمكتب الخصوصية التابع للقسم على:

"مسؤول الخصوصية" Privacy Officer
Department of Developmental Services
1000 Washington Street
Boston, MA 02118
7717 (888) 367-4435

ما هي المعلومات الصحية المحمية؟

I.

المعلومات الصحية المحمية (PHI) هي المعلومات التي تجمعها الإداره حول صحتك أو حالتك الصحية الماضية، الحالية أو المستقبلية، أو حول تقديم الرعاية الصحية لك، أو حول الدفع مقابل الرعاية الصحية. سواء كان ذلك بناءً على سياسات السرية الخاصة بنا أو القانون المعمول به، فإن الإداره لديها التزام طويل الأمد بحماية خصوصيتك وأي معلومات صحية شخصية تحتفظ بها عنك. بموجب القانون الفيدرالي، يتبع علينا أن نقدم لك هذا الإشعار حول ممارسات الخصوصية لدينا والذي يشرح كيف ومتى ولماذا يجوز لنا استخدام PHI "معلوماتك الصحية المحمية" أو الكشف عنها.

يمكنك طلب نسخة من الإشعار من أي مكتب تابع لإدارة الخدمات الإنمائية. تم نشره أيضًا على موقعنا على www.dds.state.ma.us.

كيف يمكن للقسم استخدام PHI "معلوماتك الصحية المحمية" والإفصاح عنها؟

II.

من أجل تقديم الخدمات لك، يجب على DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" استخدام المعلومات الصحية المحمية والكشف عنها بعدة طرق. فيما يلي أمثلة لأنواع الاستخدامات والإفصاحات الخاصة PHI "معلوماتك الصحية المحمية" المسموح بها دون إذنك.

بشكل عام، يجوز للإداره استخدام PHI "معلوماتك الصحية المحمية" أو الكشف عنها على النحو التالي:

للتغقي العلاج: قد تستخدم DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" PHI "معلوماتك الصحية المحمية" لتزويديك بالعلاج أو الخدمات. على سبيل المثال، قد ينافق أعضاء فريق العلاج الخاص بك PHI "معلوماتك الصحية المحمية" داخلًا من أجل تطوير وتنفيذ خطة لخدمتك. بجوز DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" أيضًا الكشف عن PHI "معلوماتك الصحية المحمية" للأشخاص أو مقدمي الخدمات خارج القسم الذين قد يشاركون في رعايتك الطبية، ولكن سيتم استخدام أو الكشف عن الحد الأدنى الضروري فقط من المعلومات لتنفيذ ذلك.

للحصول على المدفوعات: يجوز DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" استخدام PHI "معلوماتك الصحية المحمية" أو الكشف عنها من أجل إصدار فواتير وتحصيل المدفوعات مقابل خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك. على سبيل المثال، قد تقوم DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" بإصدار أجزاء من PHI "معلوماتك الصحية المحمية" إلى برنامج Medicaid "ميديكيد"، مكتب الضمان الاجتماعي، أو الموظفين في الإداره، أو إلى شركة تأمين خاصة.

لأغراض عمليات الرعاية الصحية: يجوز DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" استخدام PHI "معلوماتك الصحية المحمية" أو الكشف عنها أثناء تشغيل مرافق الادارة ومكاتبها ومرافقها الانمائية وجميع برامج الادارة الأخرى. وتعتبر هذه الاستخدامات والإفصاحات ضرورية لتشغيل برامجنا بما في ذلك ضمان حصول عملائنا على رعاية عالية الجودة. على سبيل المثال، قد نستخدم PHI "معلوماتك الصحية المحمية" لتحسين الجودة لمراجعة علاجنا وخدماتنا وتقييم أداء موظفي القسم وأو مقدمي الخدمة في رعايتك. يجوز لنا أيضًا الكشف عن المعلومات للأطباء، الممرضات، الفنيين وطلاب الطب وغيرهم من الموظفين المذكورين أعلاه لأغراض المراجعة والتعلم. قد يكون من الضروري أيضًا الحصول على معلوماتك أو تبادلها مع وكالات ولاية Massachusetts الأخرى.

ينص القانون على أنه يجوز لنا استخدام PHI "معلوماتك الصحية المحمية" أو الكشف عنها دون موافقة أو إذن في الحالات التالية:
عندما يقتضي القانون ذلك **لأغراض حكومية محددة:** يجوز DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" الكشف عن PHI "المعلومات الصحية المحمية" عندما يتطلب القانون هنا الإبلاغ عن معلومات حول الاشتباه في الإساءة أو الإهمال أو العنف المنزلي، أو فيما يتعلق بنشاط إجرامي مشتبه به، أو استجابة لأمر من المحكمة. يجوز لنا أيضًا الكشف عن PHI "المعلومات الصحية المحمية" للسلطات التي تراقب الامثل لمتطلبات الخصوصية هذه. يجوز لنا أيضًا الكشف عن PHI "المعلومات الصحية المحمية" لبرامج المزايا الحكومية المتعلقة بالأهلية والتسجيل، مثل Medicaid "برنامـج ميديكـيد"، ومطالبات تعويض العمال، ولأسباب تتعلق بالأمن القومي، مثل حماية الرئيس.

بالنسبة لأنشطة الصحة والسلامة العامة: يجوز DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" الكشف عن PHI "المعلومات الصحية المحمية" عندما يطلب منا جمع معلومات حول المرض أو الإصابة، أو الإبلاغ عن الإحصاءات الحيوية إلى هيئة الصحة العامة، أو الإبلاغ عن التفاعلات الدوائية الضارة، أو سحب المنتجات، أو الوقاية من الأمراض.

بالنسبة لأنشطة الرقابة الصحية: يجوز DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" الكشف عن PHI "المعلومات الصحية المحمية" داخل الإداره أو للوكالات الأخرى المسئولة عن مراقبة نظام الرعاية الصحية لأغراض مثل الإبلاغ عن الحوادث غير العادية أو التحقيق فيها، ومراقبة برنامج Medicaid "برنامـج ميديكـيد".

فيما يتعلق بالموفين: يجوز DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" الكشف عن PHI "المعلومات الصحية المحمية" المتعلقة بالوفاة للأطباء الشرعيين، خبراء الطب الشرعي أو منظمي الجنائز، وللمنظمات التي تتبرع بالأعضاء المتعلقة بالتبرع بالأعضاء، العيون، الأنسجة أو عمليات زرع الأعضاء. وقد يتم أيضًا الكشف عن المعلومات فيما يتعلق بالتحقيقات الداخلية أو الخارجية.

لأغراض البحث، التدقيق أو التقييم: في ظروف معينة، تحت إشراف لجنة مراجعة الأبحاث، يجوز DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" الكشف عن PHI "المعلومات الصحية المحمية" للباحثين المعتمدين ونائبيهم من أجل المساعدة في البحث.

للرد على الدعوى والإجراءات القانونية: يجوز DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" مشاركة المعلومات الصحية الخاصة بك استجابةً لأمر قضائي أو إداري، أو استجابةً لأمر استدعاء بالقدر الذي يسمح به قانون الولاية أو القانون الفيدرالي، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، القانون العام الفصل B 123، المادة 17 (جريدة سجلات DDS "إدارة الخدمات الإنمائية")؛ القانون العام الفصل A66 ، المادة 2 (قانون ممارسات المعلومات العادلة)؛ القانون العام الفصل 111، المادة 70(f) (اختبار فيروس نقص المناعة البشرية)؛ القانون العام الفصل 111B ، المادة 11 (علاج إدمان الكحول)؛ والقانون العام الفصل 111E ، المادة 18 (علاج إدمان المخدرات).

لتجنب التهديد (التهديدات) للصحة أو السلامة: لتجنب تهديد خطير للصحة أو السلامة، يجوز DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" الكشف عن المعلومات الصحية المحمية حسب الضرورة لسلطات إنفاذ القانون أو الأشخاص الآخرين الذين يمكنهم بشكل معقول منع أو تقليل خطر الضرر.

استخدامات وإفصاحات PHI "المعلومات الصحية المحمية" التي تتطلب تصريحك.

بالنسبة لاستخدامات والإفصاحات الأخرى غير أغراض العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية، يتعين علينا الحصول على موافقتك الكتابية، ما لم يكن الاستخدام أو الإفصاح يقع ضمن أحد الاستثناءات الموضحة أعلاه.

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

III

يجوز إلغاء التراخيص في أي وقت لإيقاف الاستخدامات/الإفصاحات المستقبلية إلا بالقدر الذي اتخذنا فيه بالفعل إجراءً بالاعتماد على تاريخها.

IV. الاستخدامات والإفصاحات المحددة للعائلات والأصدقاء وغيرهم بشرط عدم اعتراضك

يجوز لنا الكشف عن كمية محدودة من معلوماتك الصحية المحمية للعائلات أو الأصدقاء أو غيرهم من المشاركون في رعايتك إذا أبلغناك بالإفصاح مسبقاً ولم تعارض، طالما أن القانون لا يحظر الإفصاح بخلاف ذلك.

V. تفضيلاتك (فضيلاتك) لكيفية مشاركة DDS "ادارة الخدمات الإنمائية" لمعلوماتك الصحية المحمية

للحصول على معلومات صحية معينة، يمكنك إبلاغ DDS "ادارة الخدمات الإنمائية" بتفضيلاتك بشأن كيفية/ما يمكننا مشاركته. في هذه الحالات، لديك الحق والاختيار لإبلاغ DDS "ادارة الخدمات الإنمائية" بما يلي:

- شارك معلوماتك مع عائلتك وأصدقائك المقربين أو أي شخص آخر مشارك برعايتك؛
- تبادل معلوماتك في حالات الإغاثة من الكوارث؛
- أدرج معلوماتك في دليل المستشفى/المركز الطبي؛
- تواصل معك لجمع التبرعات.

إذا لم تكن قادرًا على إخبارنا بتفضيلاتك، على سبيل المثال إذا كنت فاقدًا للوعي، فقد تشارك DDS "ادارة الخدمات الإنمائية" معلوماتك إذا اعتقدنا أن ذلك في مصلحتك. يجوز لنا أيضًا مشاركة معلوماتك عند الضرورة لتقليل تهديد خطير وشيك للصحة أو السلامة.

VI. الإفصاحات المحظورة

لن تقوم الإدارة أبدًا باستخدام معلوماتك الصحية المحمية أو الكشف عنها لأغراض التسويق أو بيع معلوماتك أو مشاركة معظم ملاحظات العلاج النفسي الخاصة بك ما لم تقدم إنذاراً كتابياً يسمح بذلك. في حالة جمع التبرعات، قد تتصل بك DDS "ادارة الخدمات الإنمائية" لجهود جمع التبرعات – ولكن يمكنك نصح "ادارة الخدمات الإنمائية" بعدم الاتصال بك مرة أخرى.

VII. حقوقك فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية المحمية

لديك الحقوق التالية المتعلقة بمعلوماتك الصحية المحمية:

• الحصول على نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية هذا: يمكنك أن تطلب من DDS "ادارة الخدمات الإنمائية" نسخة ورقية من هذا الإشعار في أي وقت.

• لفحص وطلب نسخة من PHI "معلوماتك الصحية المحمية": ما لم يكن الوصول إلى سجلاتك مقيداً لأسباب علاجية واضحة وموثقة، فلديك الحق في فحص والحصول على نسخة من معلوماتك الصحية الورقية والإلكترونية بناءً على طلبك الكتابي. يجب تقديم الطلب إلى مسؤول الخصوصية من خلال منسق الخدمة أو مكتب المنطقة. سوف تقوم DDS "ادارة الخدمات الإنمائية" بالرد على طلبك خلال 30 يوماً. إذا كنت تريد نسخاً من PHI "معلوماتك الصحية المحمية"، فقد يتم فرض رسوم.

• لاختيار شخص يتصرف نيابة عنك: إذا كنت قد منحت شخصاً توكيلاً طبياً أو إذا كان شخص ما هو الوصي القانوني عليك، فيحق لهذا الشخص ممارسة حقوقك واتخاذ خيارات بشأن معلوماتك الصحية إلى الحد الذي يسمح به القانون. ستاحترم DDS "ادارة الخدمات الإنمائية" طلبات/اختيارات ممثلك المعتمد قانوناً إلى الحد الذي يسمح به القانون.

• لطلب فرض قيود على الاستخدامات/الإفصاحات: لديك الحق في أن تطلب من DDS "ادارة الخدمات الإنمائية" الحد من كيفية استخدامنا أو الكشف عن معلوماتك الصحية المحمية أو أن تطلب من DDS "ادارة الخدمات الإنمائية" عدم استخدام أو مشاركة معلومات صحية معينة لأغراض العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية. ستتظر الإدارة في طلبك، ولكنها ليست ملزمة قانوناً بالموافقة على التقيد إذا كان من الممكن أن يؤثر على رعايتك أو تقديم الخدمة. إذا قمت بدفع ثمن الخدمة أو منتج الرعاية الصحية من جيبك بالكامل، فيمكنك أن تطلب من DDS "ادارة الخدمات الإنمائية" عدم مشاركة هذه المعلومات لأغراض الدفع أو عملياتنا مع شركة التأمين الصحي الخاصة بك.

- لاختيار كيفية الاتصال بك: لديك الحق في أن تطلب من DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" أن ترسل لك معلومات على عنوان بديل أو بوسيلة بديلة، بما في ذلك الطلب (الطلبات) بأن تتصل بك عن طريق الاتصالات السرية.
- طلب تعديل PHI "معلوماتك الصحية المحمية": إذا كنت تعتقد أن هناك خطأ أو معلومات مفقودة في سجلنا الخاص PHI "معلوماتك الصحية المحمية"، فيمكنك أن تطلب كتابياً من DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" تصحيح السجل أو إضافته إليه. سوف تقوم DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" بالرد خلال 60 يوماً من تلقى طلبك، وسيوضح أي رفض سبب الرفض ويشرح حقوقك في إلزاق الطلب والرفض، بالإضافة إلى أي بيان رد تقدمه، PHI "معلوماتك الصحية المحمية".
- طلب المحاسبة عن الإفصاحات التي تم إجراؤها: في ظروف معينة، لديك الحق في الحصول على قائمة بموعده إصدار PHI "معلوماتك الصحية المحمية" ولمن ولأي غرض وما هو محتوى معلوماتك الصحية المحمية.
- تقديم شكوى: إذا كنت تعتقد أن DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" ربما انتهكت حقوق الخصوصية الخاصة بك، أو كنت لا توافق على القرار الذي اتخذته الإدارة بشأن الوصول إلى PHI "معلوماتك الصحية المحمية"، فيمكنك تقديم شكوى إلى مسؤول خصوصية DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" تماذج أيضاً من تقديم شكوى إلى الولايات المتحدة. مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية عن طريق إرسال خطاب إلى 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201، على الرقم 1-877-696-6775، أو بزيارة موقع وزارة الصحة والخدمات الإنسانية على: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

VIII. مسؤوليات الخصوصية والأمن DDS "الإدارة الخدمات الإنمائية"

تقع على عاتق الإدارة المسؤوليات التالية فيما يتعلق بـ"معلوماتك الصحية المحمية":

- حماية خصوصية معلوماتك الصحية: يتبع على DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" بموجب القانون الحفاظ على خصوصية وأمان معلوماتك الصحية.
- إعلامك بالانتهاكات: ستتصل بك DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" على الفور إذا كان هناك خرق أمني قد يعرض خصوصية أو أمان معلوماتك الصحية غير المؤمنة للخطر.
- إشعار بمارسات الخصوصية: يجب على DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" الالتزام بالواجبات وممارسات الخصوصية الموضحة في هذا الإشعار وإناحة نسخ منها لك.
- الاستخدامات والإفصاحات المصرح بها: لن تستخدم DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" معلوماتك أو تشاركها بخلاف ما هو موضح في هذا الإشعار ما لم تأذن بذلك كتابياً. يمكنك أيضاً تغيير رأيك وإلغاء تفويضك في أي وقت عن طريق الاتصال بالإدارة كتابياً.

لمزيد من المعلومات راجع: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

تاريخ التقديم والنفاذ:

ينطبق هذا الإشعار على استخدام أو الكشف عن المعلومات الصحية المحمية في جميع مرافق الوزارة ومكاتبها ومرافقها التنموية أو الإقليمية وجميع برامج الوزارة الأخرى؛ بما في ذلك استخدام أو الكشف عن المعلومات الصحية المحمية من قبل الأفراد أو الكيانات المشاركة في ترتيبات الرعاية الصحية المنظمة (OHCA) مع الوزارة. يجب على أي فرد أو كيان يتعامل مع DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" في OHCA الالتزام بواجبات DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" وممارسات الخصوصية كما هو موضح في هذا الإشعار.

يسري هذا الإشعار اعتباراً من 14 أبريل 2003 (بصيغته المعدلة في 1 سبتمبر 2014). تحفظ الإدارة بالحق في إجراء تغييرات على ممارسات الخصوصية الخاصة بها وشروط هذا الإشعار في أي وقت. وسيكون الإشعار الجديد متاحاً عند الطلب، وفي أي مكتب من مكاتب DDS "إدارة الخدمات الإنمائية"، وعلى الموقع الإلكتروني الخاص بالوزارة.

كۆمنولث MASSACHUSETTS

ادارة الخدمات الإنمائية
القبول الإقليمي والأهلية
المدن/البلدات الإقليمية

DDS Central/West Region

"إدارة الخدمات التنموية المنطقة الوسطى/الغربية الإقليمية"
منسق الأهلية الإقليمي

One Federal Street
Bldg. 111-2
Springfield, MA 01105
خط الاستقبال: (413)-205-0940
فاكس: (413) 205-1605

المدن والبلدات "الوسطى/الغربية": CENTRAL/ WEST

Adams, Agawam, Alford, Amherst, Ashburnham, Ashby, Ashfield, Ashley Falls, Athol, Auburn, Ayer, Baldwinville, Barre, Becket, Belchertown, Bellingham, Berlin, Bernardston, Blackstone, Blandford, Bolton, Boylston, Brimfield, Brookfield, Buckland, Charlemont, Charlton, Cherry Valley, Cheshire, Chester, Chesterfield, Chicopee, Clarksburg, Clinton, Colrain, Conway, Cummington, Dalton, Deerfield, Douglas, Dudley, East Brookfield, Easthampton, East Longmeadow, Egremont, Erving, Feeding Hills, Fitchburg, Florida, Franklin, Gardner, Gill, Goshen, Grafton, Granby, Granville, Groton, Great Barrington, Greenfield, Hadley, Hancock, Hampden, Hardwick, Harvard, Hatfield, Hawley, Heath, Hinsdale, Holden, Holland, Holyoke, Hopedale, Housatonic, Hubbardston, Huntington, Indian Orchard, Lancaster, Lanesboro, Lee, Leeds, Leicester, Lenox, Leominster, Leverett, Leyden, Longmeadow, Ludlow, Lunenburg, Medway, Mendon, Middlefield, Millers Falls, Milford, Millbury, Millville, Monroe, Monson, Montague, Monterey, Montgomery, Mt. Washington, New Ashford, New Braintree, New Marlboro, New Salem, North Adams, Northampton, Northbridge, Northfield, North Brookfield, Oakham, Orange, Otis, Oxford, Palmer, Paxton, Pelham, Pepperell, Petersham, Peru, Phillipston, Pittsfield, Plainfield, Princeton, Richmond, Rowe, Royalston, Russell, Rutland, Sandisfield, Savoy, Sheffield, Shelburne, Shirley, Shrewsbury, Shutesbury, Southbridge, South Deerfield, South Hadley, Leominster, Southampton, Southwick, Spencer, Springfield, Sterling, Sturbridge, Stockbridge, Sunderland, Sutton, Templeton, Tolland, Townsend, Turners Falls, Tyringham, Upton, Uxbridge, Wales Ware, Warren, Warwick, Washington, Webster, Wendell, West Boylston, West Brookfield, Westfield, Westhampton, Westminster, West Springfield, West Stockbridge, Whately, Whitinsville, Wilbraham, Williamsburg, Williamstown, Winchendon, Windsor, Worthington, Worcester

كومنولث MASSACHUSETTS

إدارة الخدمات الإنمائية
القبول الإقليمي والأهلية
المدن/البلدات الإقليمية

DDS Metro Region

"ادارة الخدمات الإنمائية" "منطقة" "العاصمة"
منسق الأهلية الإقليمي

465 Waverley Oaks Road Suite 120
Waltham, MA 02452
خط الاستقبال: (781) 314-7513
رقم الفاكس: (781) 314-7539

مدن وبلدات منطقة "Metro" "العاصمة":

Allston, Ashland, Beacon Hill, Belmont, Boston, Brighton, Brookline, Cambridge, Canton, Charlestown, Chelsea, Chestnut Hill, Chinatown, Dedham, Dorchester, Dover, Downtown Crossing, East Boston, Foxboro, Framingham, Holliston, Hopkinton, Hudson, Hyde Park, Jamaica Plain, Marlboro, Mattapan, Medfield, Millis, Natick, Needham, Newton, Norfolk, Northborough, North Dorchester, North End, Norwood, Plainville, Revere, Roslindale, Roxbury, Sharon, Sherborn, Somerville, Southborough, South Boston, South End, Sudbury, Walpole, Waltham, Watertown, Wayland, West Roxbury, Wellesley, Westborough, Weston, Westwood, Winthrop, Wrentham

كۆمنولث MASSACHUSETTS

إدارة الخدمات الإنمائية
القبول الإقليمي والأهلية
المدن/البلدات الإقليمية

DDS Northeast Region

"إدارة الخدمات الإنمائية" "المنطقة" "الشمالية الشرقية"
منسق الأهلية الإقليمي

Hogan Regional Center

PO Box A

Hathorne, MA 01937

خط الاستقبال: 850 (978) 774-5000 هاتف فرعى

رقم الفاكس: (978)739-0420

مدن وبلدات منطقة "الشمالية الشرقية":

Acton, Amesbury, Andover, Arlington, Bedford, Beverly, Billerica, Boxborough, Boxford, Bradford, Burlington, Carlisle, Chelmsford, Concord, Danvers, Dracut, Dunstable, Essex, Everett, Georgetown, Gloucester, Groveland, Hamilton, Haverhill, Ipswich, Lawrence, Lexington, Lincoln, Littleton, Lowell, Lynn, Lynnfield, Malden, Manchester, Marblehead, Maynard, Medford, Melrose, Merrimac, Methuen, Middleton, Nahant, Newbury, Newburyport, North Andover, North Reading, Peabody, Reading, Rockport, Rowley, Saugus, Salem, Salisbury, Stoneham, Stow, Swampscott, Tewksbury, Topsfield, Tyngsboro, Wakefield, Wenham, West Newbury, Wilmington, Winchester, Woburn, Westford

كۆمنولث MASSACHUSETTS
إدارة الخدمات الإنمائية
القبول الإقليمي والأهلية
المدن/البلدات الإقليمية

DDS Southeast Region

" إدارة الخدمات الإنمائية " المنطقه " الجنوبيه الشرقيه "
منسق الأهلية الإقليمي

**151 Campanelli Drive Suite B
Middleboro, MA 02346
(508)-866-5000
خط الاستقبال
(508)-866-8859
رقم الفاكس**

: مدن وبلدات منطقة " الجنوبيه الشرقيه " Southeast

Abington, Acushnet, Assonet, Attleboro, Avon, Barnstable, Berkley, Bourne, Braintree, Brewster, Bridgewater, Brockton, Carver, Chatham, Chilmark, Cohasset, Dartmouth, Dennis, Dighton, Duxbury, East Bridgewater, Eastham, Easton, Edgartown, Fairhaven, Fall River, Falmouth, Freetown, Gay Head, Gosnold, Halifax, Hanover, Hanson, Harwich, Hingham, Holbrook, Hull, Hyannis, Kingston, Lakeville, Mansfield, Marion, Marshfield, Mashpee, Mattapoisett, Middleboro, Milton, Nantucket, New Bedford, North Attleboro, Norton, Norwell, Oak Bluffs, Orleans, Pembroke, Plymouth, Plympton, Provincetown, Quincy, Randolph, Raynham, Rehoboth, Rochester, Rockland, Sandwich, Scituate, Seekonk, Somerset, Stoughton, Swansea, Taunton, Tisbury, Truro, Wareham, Wellfleet, West Bridgewater, Westport, West Tisbury, Weymouth, Whitman, Yarmouth