

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:

☐ العمر 22 سنة فما فوق

☐ بين سن 5 سنوات و 22 سنة

الاسم الكامل: _____
الأخير الأول الأوسط تاريخ الميلاد: ____/____/____

العنوان:

رقم الشارع اسم الشارع رقم الشقة/الوحدة

المدينة/البلدة الولاية الرمز البريدي رقم الضمان الاجتماعي

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 صحية"، Medicare "برنامج تأمين صحي حكومي"، التأمين الخاص)
- إثبات محل الإقامة في ولاية Massachusetts - مثال. رخصة قيادة ولاية Massachusetts، بطاقة هوية ولاية Massachusetts، فاتورة خدمات عامة مع ذكر الاسم/العنوان
- تقارير توثق 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 التكيف 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 Smith-Magenis أو مرض Prader-Willi 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

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

الوضع الحالي

هل مقدم الطلب أو أنت؟

هل المعيشة في المنزل مع عائلة؟

نعم ☐ لا ☐ إذا كانت الإجابة لا، أين تعيش باستثناء مدرسة داخلية؟

هل المعيشة في مدرسة داخلية؟

نعم ☐ لا ☐ إذا كانت الإجابة بنعم، اسم المدرسة

بلا مأوى؟

نعم ☐ لا ☐ إذا كانت الإجابة بنعم، فإلى متى؟

على صلة مع أي وكالة حكومية أخرى؟

نعم ☐ لا ☐ إذا كانت الإجابة بنعم، أي وكالة؟

هل أنت حالياً في المستشفى؟

نعم ☐ لا ☐ إذا كانت الإجابة بنعم، اذكر اسم المستشفى

هل أنت مسجل في مدرسة/جامعة؟

نعم ☐ لا ☐ 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 نتقدم بطلب إلى إدارة خدمات الانمائية بسبب حالة نمائية وثيقة الصلة؟ CMR115 "قانون تعليمات الولاية Massachusetts 6.06 (1) نعم ☐ لا ☐ ملاحظة: تشمل الحالات النمائية ذات الصلة الوثيقة الاضطرابات الوراثية.

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

الإعاقة الذهنية

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

نعم ☐ لا ☐

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

اضطراب طيف التوحد

نعم ☐ لا ☐

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

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

متلازمة Prader-Willi

نعم ☐ لا ☐

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

إذا كنت تتقدم 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 تتقدم بطلب إلى إدارة الخدمات الانمائية بسبب تشخيص متلازمة Smith Magenis ؟

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

باقي الصفحة تُركت فارغة

الوالد أو جهة الاتصال المباشرة

الاسم الكامل: _____ العلاقة: _____
الأخير الأول الأوسط لمقدم الطلب

رقم الشارع اسم الشارع رقم الشقة/الوحدة المدينة الولاية البريدي

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 _____

جهة (جهات) الاتصال المعتمدة

إذا كان لديك شخص ترغب في تفويضه 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: _____ العلاقة: _____
الأخير الأول الأوسط لمقدم الطلب

رقم الشارع اسم الشارع رقم الشقة/الوحدة المدينة الولاية البريدي

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 _____

أمنح الإذن DDS "لإدارة الخدمات الانمائية" لمناقشة طلبي وسجلاتي مع الشخص المذكور أعلاه لأغراض استكمال عملية تحديد الأهلية.

توقيع مقدم الطلب/الحارس القانوني _____ التاريخ _____

كومونولث 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 الانمائية 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 الانمائية:

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

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

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 واللوائح والسياسات الإدارية.

القسم IV. إفصاح (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 أبلغتُ بمزايا وعيوب الإفصاح عن المعلومات المذكورة أعلاه، وأقرّ بالإفصاح عنها طواعيةً. أدرك أن لي الحق في إلغاء هذا الإقرار في أي وقت. وفي حال إلغائي له، يجب عليّ القيام بذلك كتابيًا وتقديمه إلى الشخص/المنشأة/الجهة المُخوَّلة 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 للمتلقّي 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 أمرٌ اختياري. وأدرك أيضًا أنني لستُ مُلزماً بتوقيع هذا النموذج لمواصلة تلقّي الخدمات الصحية من DDS "إدارة الخدمات الانمائية".

التاريخ

توقيع الشخص المعني بالمعلومات أو الوصي

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

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

☐ إلى الحد الذي يحتوي فيه سجلي 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 سجلي 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 المعني بالمعلومات أو الوصي

الإرشادات:

1. يجب تعبئة هذا النموذج بالكامل (باستثناء الإصدارات المصرح بها خصيصًا) حتى يتم اعتباره صالحًا.
2. تأكد من أن تاريخ انتهاء الصلاحية أو الحدث المذكور في الصفحة 2 عملي.
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 صالحاً حتى تتم معالجة طلبي بالكامل أو ما لم أخطر DDS "إدارة الخدمات الانمائية" كتابياً بإلغائه.

توقيع التفويض لتحديد الأهلية الخاص ب:

اسم مقدم الطلب

☐ مقدم الطلب ☐ الوصي القانوني

توقيع مقدم الطلب/الوصي القانوني

التاريخ

كتابة اسم مقدم الطلب/الوصي القانوني

العنوان الكامل للوصي القانوني

رقم المرحلة الابتدائية

رقم المرحلة الثانوية

التعليمات النهائية لتقديم الطلب إلى إدارة الخدمات الانمائية

- تأكد من اكتمال جميع المعلومات الموجودة في هذا الطلب
- تأكد من اكتمال جميع التوقعات المطلوبة
- قم بإرفاق 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 بإرسال هذه الحزمة المكتملة إلى المكتب الإقليمي المحلي التابع لـ DDS "إدارة الخدمات الانمائية" عن طريق فريق الأهلية الإقليمي المحدد أدناه. إذا كانت لديك أي أسئلة قبل إرسال طلبك والمرفقات اللازمة، فلا تتردد في الاتصال بفريق الأهلية الإقليمي المحلي لديك.

DDS Central/West Region

"إدارة الخدمات الانمائية" المنطقة "الوسطى/الغربية"

One Federal Street

Bldg. 111-2

Springfield, MA 01105

خط الاستقبال: (413)-205-0940

فاكس: (413) 205-1603

DDS Southeast Region

"إدارة الخدمات الانمائية" المنطقة "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" المنطقة "الشمالية الشرقية"

Hogan Regional Center

PO Box A Hathorne, MA 01937

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

فاكس 978-739-0420

DDS Metro Region

"إدارة الخدمات الانمائية" منطقة "العاصمة"

465 Waverley Oaks Road Suite 120

Waltham, MA 02452

خط الاستقبال: (781) 314-7513

فاكس 781-314-7539

كومنولث 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"

التوقيع: _____ التاريخ

فرد أو ممثل شخصي مخول قانونًا باتخاذ قرارات الرعاية الصحية

إذا تم التوقيع من قبل ممثل شخصي:

اكتب الاسم: _____

الدور: _____ (الوالد/الوصي، إلخ.)

الشاهد: _____ التاريخ: _____

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

كومنولث Massachusetts

المكتب التنفيذي للخدمات الصحية والإنسانية
إدارة الخدمات الإنمائية

احتفظ بهذه الوثيقة لسجلاتك الخاصة

إشعار بممارسات 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 بممارسات الخصوصية والواجبات القانونية لإدارة الخدمات التنموية المتعلقة بحماية خصوصية سجلاتك الطبية أو الصحية التي نقوم بإنشائها أو تلقيها. يوضح هذا الإشعار أيضًا حقوقك فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية ومسؤوليات الإدارة. كما هو موضح أدناه، يتعين علينا بموجب القانون التأكد 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 الإدارة بشأن أي من المعلومات الواردة في إشعار ممارسات الخصوصية هذا، أو إذا كانت لديك شكوى بشأن ممارسات الخصوصية الخاصة بالإدارة، فيمكنك الاتصال بمكتب الخصوصية التابع للقسم على:

Privacy Officer "مسؤول الخصوصية"
Department of Developmental Services "إدارة الخدمات الإنمائية"
1000 Washington Street
Boston, MA 02118
7717 هاتف فرعي 367-4435 (888)،

I. ما هي المعلومات الصحية المحمية؟

المعلومات الصحية المحمية (PHI) هي المعلومات التي تجمعها الإدارة 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 الإدارة لديها التزام طويل الأمد بحماية خصوصيتك وأي معلومات صحية شخصية نحفظ بها عنك. بموجب القانون الفيدرالي، يتعين 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.

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

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 "بالمعلومات الصحية المحمية" المسموح بها دون إنك.

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

- **لتلقي العلاج:** قد تستخدم DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" PHI "معلوماتك الصحية المحمية" لتزويدك بالعلاج أو الخدمات. على سبيل المثال، قد يناقش أعضاء فريق العلاج الخاص بك PHI "معلوماتك الصحية المحمية" داخلياً من أجل تطوير وتنفيذ خطة لخدماتك. يجوز DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" أيضاً 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 الإدارة، 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 الإدارة ومكاتبها ومراكزها الإنمائية وجميع برامج الإدارة الأخرى. وتعتبر هذه الاستخدامات والإفصاحات ضرورية لتشغيل برامجنا بما في ذلك ضمان حصول جميع عملائنا على رعاية عالية الجودة. على سبيل المثال، قد نستخدم PHI "معلوماتك الصحية المحمية" لتحسين الجودة لمراجعة علاجنا وخدماتنا وتقييم أداء موظفي القسم و/أو مقدمي الخدمة في رعايتك. يجوز لنا أيضاً الكشف عن المعلومات للأطباء، الممرضات، الفنيين وطلاب الطب وغيرهم من الموظفين المذكورين أعلاه لأغراض المراجعة والتعلم. قد يكون من الضروري أيضاً 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 ولأغراض حكومية محددة:** يجوز DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" الكشف عن PHI "المعلومات الصحية المحمية" عندما يتطلب القانون منا 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 أيضاً الكشف عن PHI "المعلومات الصحية المحمية" للسلطات التي تراقب الامتثال لمتطلبات الخصوصية هذه. يجوز لنا أيضاً الكشف عن PHI "المعلومات الصحية المحمية" لبرامج المزايا الحكومية المتعلقة بالأهلية والتسجيل، مثل Medicaid "برنامج ميديكيد"، 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 يُطلب 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 الإدارة أو للوكالات الأخرى المسؤولة عن مراقبة نظام الرعاية الصحية لأغراض مثل الإبلاغ عن الحوادث غير العادية أو التحقيق فيها، ومراقبة برنامج Medicaid "برنامج ميديكيد".
 - **فيما يتعلق بالمتوفين:** يجوز DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" الكشف عن PHI "المعلومات الصحية المحمية" المتعلقة بالوفاة للأطباء الشرعيين، خبراء الطب الشرعي أو منظمي الجنازات، ولمنظمات التبرع بالأعضاء المتعلقة بالتبرع بالأعضاء، العيون، الأنسجة أو عمليات زرع الأعضاء. وقد يتم أيضاً الكشف عن المعلومات فيما يتعلق بالتحقيقات الداخلية أو الخارجية.
 - **لأغراض البحث، التدقيق أو التقييم:** في ظروف معينة، وتحت إشراف لجنة مراجعة الأبحاث، يجوز DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" الكشف عن PHI "المعلومات الصحية المحمية" للباحثين المعتمدين ونائبهم من أجل المساعدة في البحث.
 - **لرد على الدعاوى 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 123 B، المادة 17 (سرية 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.

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

بالنسبة للاستخدامات 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.

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

IV. الاستخدامات والإفصاحات المحدودة للعائلات والأصدقاء وغيرهم بشرط عدم اعتراضك

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

V. تفضيلك (تفضيلاتك) لكيفية مشاركة DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" لمعلوماتك الصحية المحمية

للحصول على معلومات صحية معينة، يمكنك إبلاغ DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" بتفضيلاتك بشأن كيفية/ما يمكننا مشاركته. في هذه الحالات، لديك الحق والاختيار لإبلاغ DDS "إدارة 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؛
- نتواصل معك لجمع التبرعات.

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

VI. الإفصاحات المحظورة

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

VII. حقوقك فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية المحمية

لديك الحقوق التالية المتعلقة بمعلوماتك الصحية المحمية:

- **للحصول على نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية هذا:** يمكنك أن تطلب من DDS "إدارة 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 المحمية الورقية والإلكترونية بناءً على طلبك الكتابي. يجب تقديم الطلب إلى مسؤول الخصوصية من خلال منسق الخدمة أو مكتب المنطقة. سوف تقوم DDS "إدارة 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. ستحترم DDS "إدارة 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 "إدارة الخدمات الإنمائية" الحد من كيفية استخدامنا أو الكشف عن معلوماتك الصحية المحمية أو أن تطلب من DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" عدم استخدام أو مشاركة معلومات صحية معينة لأغراض العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية. سنتنظر الإدارة في طلبك، ولكنها ليست ملزمة قانوناً بالموافقة على التقييد 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 "إدارة 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 نتصل بك عن طريق الاتصالات السرية.
- **لطلب تعديل PHI "معلوماتك الصحية المحمية":** إذا كنت تعتقد أن هناك خطأ أو معلومات مفقودة في سجلنا الخاص PHI "بمعلوماتك الصحية المحمية"، فيمكنك أن تطلب كتابيًا من DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" تصحيح السجل أو إضافته إليه. سوف تقوم DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" بالرد خلال 60 يومًا من تلقي طلبك. سيوضح أي رفض سبب الرفض ويشرح حقوقك في إلحاق الطلب والرفض، بالإضافة إلى أي بيان رد تقدمه، PHI "بمعلوماتك الصحية المحمية".
- **لطلب المحاسبة عن الإفصاحات التي تم إجراؤها:** في ظروف معينة، لديك الحق في الحصول على قائمة بموعد إصدار PHI "معلوماتك الصحية المحمية" ولمن ولأي غرض وما هو محتوى معلوماتك الصحية المحمية.
- **لتقديم 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" تمكنك أيضًا 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/ لن تتخذ الإدارة أي إجراء انتقامي ضدك إذا قدمت مثل هذه الشكوى.

VIII. مسؤوليات الخصوصية والأمن DDS "إدارة الخدمات الإنمائية"

تقع على عاتق الإدارة المسؤوليات التالية فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية المحمية:

- **حماية خصوصية معلوماتك الصحية:** يتعين على DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" بموجب القانون الحفاظ على خصوصية وأمان معلوماتك الصحية المحمية.
- **إعلامك بالانتهاكات:** سنتصل بك DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" على الفور إذا كان هناك خرق أمني قد يعرض خصوصية أو أمان معلوماتك الصحية غير المؤمنة للخطر.
- **إشعار بممارسات الخصوصية:** يجب على DDS "إدارة الخدمات الإنمائية" الالتزام بالواجبات وممارسات الخصوصية الموضحة في هذا الإشعار وإتاحة 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 كتابيًا. يمكنك أيضًا تغيير رأيك وإلغاء تفويضك في أي وقت عن طريق الاتصال بالإدارة كتابيًا.

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

MASSACHUSETTS كومنولث

إدارة 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 CENTRAL/ WEST "الوسطى/الغربية":

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, Westminister, 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

"إدارة 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

كومنولث MASSACHUSETTS

إدارة الخدمات الإنمائية
القبول الإقليمي والأهلية
المدن/البلدات الإقليمية

DDS Northeast Region

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

Hogan Regional Center

PO Box A

Hathorne, MA 01937

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

رقم الفاكس: (978)739-0420

مدن وبلدات منطقة Northeast "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

MASSACHUSETTS كومنولث

إدارة الخدمات الإنمائية
القبول الإقليمي والأهلية
المدن/البلدات الإقليمية

DDS Southeast Region

"إدارة الخدمات الانمائية" المنطقة "الجنوبية الشرقية"
منسق الأهلية الإقليمي

151 Campanelli Drive Suite B

Middleboro, MA 02346

خط الاستقبال (508)-866-5000

رقم الفاكس (508)-866-8859

مدن وبلدات منطقة Southeast "الجنوبية الشرقية":

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