



نموذج تفويض الإفصاح عن المعلومات من برنامج WIC، اختصار اسم البرنامج في اللغة الإنجليزية)

أفوض أنا \_\_\_\_\_ الـ \_\_\_\_\_ في برنامج WIC.)  
(الاسم)

بالإفصاح عن المعلومات التالية: يُرجى اختيار نعم أو لا لتحديد ما إذا كان بإمكان برنامج WIC (الإفصاح عن المعلومات الواردة أدناه:

خطة رعاية التغذية	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
المنتجات الغذائية/ وصفة حليب الأطفال	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
معلومات التأمين الصحي	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
الارتفاع/ الطول/ الوزن	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
نسبة الهيموجلوبين / الهيماتوكريت / الرصاص في الدم	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
التطعيمات	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
تنسيق المواعيد	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
أخرى (يجب التحديد): _____	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>

من سجلات برنامج WIC الخاصة بـ:

اسم المشاركة: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

إلى:

اسم الفرد (ألف ارد) (و / أو المنظمة) المنظمات): \_\_\_\_\_

يُرجى تحديد هذا المربع إذا كان بإمكان برنامج WIC (الإفصاح عن المعلومات السابق ذكرها أعلاه إلى برنامج التأمين الصحي بولاية ماساتشوستس (MassHealth، اختصار اسم البرنامج في اللغة الإنجليزية) / مقدم المعدات الطبية المعمرة (DME، اختصار اسم البرنامج في اللغة الإنجليزية).

وذلك للسبب (السبب) التالية:

يُرجى ذكر سبب (أسباب) مشاركة هذه المعلومات. إذا كانت هناك رغبة في عدم ذكر السبب، يُرجى كتابة عبارة "بناء على طلبي".

• أعلم أن قوانين الخصوصية الفيدرالية أو قوانين الخصوصية بالولاية ربما لا تنطبق على الفرد (ألف ارد) أو المنظمة سالف الذكر، وقد يكون باستطاعتهم مشاركة المعلومات المقدمة

لهم من برنامج WIC.)

• وأطلب من برنامج WIC الإفصاح عن المعلومات المحددة أعلاه، حتى مع علمي أن القوانين الفيدرالية تعطيني الحق في تلقي معونات برنامج WIC والحفاظ على سرية سجلات المشتركين في برنامج WIC). وأنه يجوز لي رفض التوقيع على هذا التفويض. وإذا رفضت التوقيع، فلن تتأثر أهليتي/ أهلية طفلي في برنامج WIC (وفي الحصول

على المعونات.

• أعلم أنه يمكنني تغيير رأيي وإلغاء هذا التفويض في أي وقت. وللقيام بذلك، يجب على يكتابة خطاب موجه إلى برنامج WIC (وإرساله عبر البريد أو جليبه معي إلى برنامج WIC) في المكان الذي أقدم فيه الآن هذا التفويض. وأعلم أنه بمجرد إفصاح برنامج WIC عن المعلومات للغير، ربما يكون ألوان قد فلت بالنسبة لي على إلغاء التفويض.

توقيع المشاركة/ الوالدة/ الوصية: \_\_\_\_\_

صلة القرابة بالمشاركة: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

هذا التفويض صالح حتى نهاية فترة أهلية المشاركة في برنامج WIC.)

تطبق هذه المؤسسة مبدأ تكافؤ الفرص.

