



تصريح طوعي بموجب قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة لمركز التجارة العالمي

اسم المريض (استخدم قلم حبر جاف فقط للكتابة، إن أمكن) تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة) رقم الضمان الاجتماعي

العنوان البريدي المدينة الولاية الرمز البريدي

يسمح نموذج التصريح هذا لمجلس تعويض العمال (Workers' Compensation Board) ومنظمة الصحة التابعة لمركز التجارة العالمي (World Trade Center Health Organization) بتلقي نسخ من سجلات الرعاية الصحية تتضمن معلوماتك الصحية المحمية لغرض تنسيق المخصصات التي تحصل عليها بصفتك متطوعاً في مركز التجارة العالمي. لا يسمح هذا النموذج لمقدم (مقدمي) الرعاية الصحية الخاص بك بمناقشة معلومات رعايتك الصحية مع أي شخص. هذا تصريح طوعي. يجب أن يقدم لك مقدم الرعاية الصحية الرعاية وشروط الدفع والمخصصات نفسها، سواء وقّعت على هذا النموذج أم لم توقع عليه. يحق لك الحصول على نسخة من هذا التصريح.

تنتهي صلاحية هذا التصريح بعد الانتهاء من تنسيق مخصصاتك بصفتك متطوعاً لدى مركز التجارة العالمي.

يحق لك إلغاء هذا التصريح كتابياً في أي وقت، ولكن الإلغاء قد لا يسري إذا كان الشخص أو الكيان المصرح له قد تصرف بالفعل استناداً إلى هذا التصريح. لإلغاء هذا التصريح، أرسل خطاباً إلى مقدم (مقدمي) الرعاية الصحية المدرج في هذا النموذج. علاوة على ذلك، أرسل نسخة من هذا الخطاب إلى مجلس تعويض العمال.

قد تكون المعلومات التي يتم الإفصاح عنها معرضة لإعادة الإفصاح من قبل من يتلقونها (باستثناء المعلومات المدرجة أدناه المتعلقة بعلاج تعاطي الكحوليات/المخدرات، وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وعلاج الصحة النفسية، وملاحظات العلاج النفسي)، ولن تكون محمية بعد ذلك بموجب قاعدة حفظ الخصوصية التابعة لقانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة.

لا يسمح نموذج التصريح هذا بالإفصاح عن معلومات بشأن العلاج من تعاطي الكحوليات/المخدرات وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وعلاج الصحة النفسية وملاحظات العلاج النفسي ما لم تُشر أنت إلى خلاف ذلك أدناه. ضع علامة على المعلومات التي يجوز الإفصاح عنها:

علاج تعاطي الكحوليات/المخدرات فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز علاج الصحة النفسية ملاحظات العلاج النفسي

يلزم على مقدمي الرعاية الصحية الذين يفصحون عن السجلات الطبية اتباع قانون ولاية نيويورك وقانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة. إن أي نسخة من هذا التصريح المتوافق مع قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة تسمح لمقدم الرعاية الصحية الخاص بك بالإفصاح عن السجلات التي تحتوي على معلومات صحية شخصية تتعلق بحالتك الحالية، التي هي موضوع مطالبتك بالمخصصات بصفتك متطوعاً لدى مركز التجارة العالمي.

اسم مقدم الرعاية الصحية رقم الهاتف

العنوان البريدي المدينة الولاية الرمز البريدي

اسم أي مقدم رعاية صحية آخر (إن وُجد) رقم الهاتف

العنوان البريدي المدينة الولاية الرمز البريدي

أمنح بموجب هذا المستند الإذن لمقدم (مقدمي) الرعاية الصحية المذكور أعلاه بإصدار نسخ من سجلاتي الصحية (فقط) إلى مجلس تعويض العمال، ومنظمة الصحة التابعة لمركز التجارة العالمي، وصندوق تعويض ضحايا 11 سبتمبر بغرض تنسيق المخصصات الممنوحة لي.

توقيع المريض التاريخ (شهر/يوم/سنة)

الاسم بحروف واضحة

إذا كان المريض غير قادر على التوقيع، فيجب على الشخص الذي يوقع بالنيابة عنه أن يملأ المعلومات التالية ويوقع أدناه:

اسمك التوقيع صلتك بالمريض التاريخ (شهر/يوم/سنة)