

رقم قضية WCB (إذا كنت تعرف ذلك):

إلى صاحب المطالبة: إذا تلقيت علاجًا لإصابة سابقة في نفس الجزء من الجسم أو لمرض مشابه للمرض الموضح في مطالبتك الحالية، فقم بملء هذا النموذج. يسمح هذا النموذج لمقدمي الرعاية الصحية الذين تدرجهم أدناه بالإفصاح عن معلومات الرعاية الصحية حول إصابتك/مرضك السابق إلى شركة التأمين على تعويض العمال التابعة لصاحب العمل. ينص قانون HIPAA الفيدرالي (قانون قابلية التأمين الصحي والمساءلة لعام 1996) على أن لديك الحق في الحصول على نسخة من هذا النموذج. إذا كنت لا تفهم هذا النموذج، فتحدث إلى ممثلك القانوني. إذا لم يكن لديك ممثل قانوني، يمكن لمحامى العمال المصابين في مجلس تعويضات العمال مساعدتك. اتصل على: 800-580-6665.

إلى مقدم الرعاية الصحية: تسمح لك نسخة من هذا الإفصاح المتوافق مع HIPAA بالإفصاح عن المعلومات الصحية. إذا قمت بإرسال سجلات إلى شركة التأمين على تعويضات العمال التابعة لصاحب العمل استجابة لهذا الإفصاح، فقم أيضًا بإرسال نسخ البريد إلى الممثل القانوني لصاحب المطالبة. (إذا لم يكن هناك ممثل قانوني مدرج أدناه، فأرسل نسخًا إلى صاحب المطالبة). يجب على مقدمي الرعاية الصحية الذين يصدرون السجلات اتباع قانون ولاية نيويورك و HIPAA.

هذا الإفصاح هو:

- طوعي. يجب أن يمنحك مقدم (مقدمو) الرعاية الصحية الخاص بك نفس الرعاية وشروط الدفع والمزايا، سواء وقعت على هذا النموذج أم لا.
- محدود. يمنح مقدم (مقدمي) الرعاية الصحية الإذن بإصدار السجلات الصحية المتعلقة بالمرض/ الحالة السابقة التي تصفها أدناه فقط.
- مؤقت. ينتهي عندما يتم إثبات مطالبتك الحالية بالتعويض أو عدم السماح بالتعويض واستنفاد جميع الطعون.
- قابل للإلغاء. يمكنك إلغاء هذا الإفصاح في أي وقت. للإلغاء، أرسل خطابًا إلى مقدم (مقدمي) الرعاية الصحية المدرجين في هذا النموذج. أيضًا، أرسل نسخة من رسالتك إلى شركة التأمين على تعويضات العمال التابعة لصاحب العمل ومجلس تعويضات العمال. ملاحظة: لا يجوز لك إلغاء هذا الإصدار فيما يتعلق بالسجلات الطبية المقدمة بالفعل.
- للسجلات فقط. يمنح مقدم (مقدمي) الرعاية الصحية المدرجين في هذا النموذج إذنًا بإرسال نسخ من سجلات الرعاية الصحية الخاصة بك إلى شركة التأمين على تعويضات العمال التابعة لصاحب العمل.

لا يسمح هذا النموذج لمقدم (مقدمي) الرعاية الصحية بالإفصاح عن الأنواع التالية من المعلومات:

- المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية
- ملاحظات العلاج النفسي
- علاج الكحول/ المخدرات
- علاج الصحة العقلية (ما لم تحدد أدناه)
- المعلومات اللفظية (قد لا يناقش مقدمو الرعاية الصحية معلومات الرعاية الصحية الخاصة بك مع أي شخص)

ستصبح أي سجلات طبية يتم الإفصاح عنها جزءًا من ملف تعويض العمال الخاص بك وتكون سرية بموجب قانون تعويضات العمال.

أ. معلوماتك (صاحب المطالبة)

1. الاسم: _____
2. رقم الضمان الاجتماعي: _____ - _____ - _____
3. العنوان البريدي: _____
4. تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____
5. تاريخ الإصابة/المرض الحالي: _____ / _____ / _____
6. الإصابة/المرض الحالي، بما في ذلك جميع أجزاء الجسم المصابة: _____
7. اسم ممثلك القانوني وعنوانه (إن وجد): _____

 حدد هنا مما إذا كنت تسمح لمقدم (مقدمي) الرعاية الصحية بالإفصاح عن معلومات رعاية الصحة العقلية.

ب. مقدم (مقدمو) الرعاية الصحية الخاص بك (أدرج جميع مقدمي الرعاية الصحية الذين عالجوك من إصابة سابقة في نفس جزء الجسم أو مرض مماثل. إذا أرفق أكثر من 2 من مقدمي الرعاية الصحية معلومات الاتصال الخاصة بهم بهذا النموذج.)

1. مقدم الرعاية: _____ رقم الهاتف: _____ ()
3. العنوان البريدي: _____
4. مقدم الرعاية آخر (إن وجد): _____ رقم الهاتف: _____ ()
6. العنوان البريدي: _____

ج. اقرأ وقع أدناه. أطلب بموجب هذا من مقدم (مقدمي) الرعاية الصحية المذكورين أعلاه إعطاء شركة التأمين على تعويضات العمال التابعة لصاحب العمل نسخًا من جميع السجلات الصحية المتعلقة بأي إصابة/مرض سابق، لجميع أجزاء الجسم، الموضحة أعلاه.

- توقيع صاحب المطالبة (بالحبر فقط - استخدم قلم حبر جاف أزرق، إن أمكن). التاريخ _____
- إذا كان صاحب المطالبة غير قادر على التوقيع، فيجب على الشخص الذي يوقع نيابة عنه/ عنها ملء وتوقيع ما يلي:
- اسمك _____ صلة بصاحب المطالبة _____ التاريخ (بالحبر فقط - استخدم قلم حبر جاف أزرق، إن أمكن). التاريخ _____