

مكتب ولاية نيويورك لخدمات الإدمان والدعم  
(OFFICE OF ADDICTION SERVICES AND SUPPORTS)

موافقة على الإفصاح عن المعلومات  
فيما يتعلق  
بعلاج الاعتماد الكيميائي  
للإسكان  
الداعم الدائم

رقم تعريف Medicaid لمقدم الطلب

اسم العائلة لمقدم الطالب، الاسم الأول، الاسم الأوسط:

اسم موظف مزود الإسكان:

اسم وعنوان مزود الإسكان:

التعليمات:

(1) قدم نسخة من هذا النموذج المكتمل إلى مقدم الطلب؛  
(2) أضف نسخة من هذا النموذج المكتمل إلى ملف مقدم الطلب؛ و

(1) أنا، الموقع أدناه، مقدم الطلب، أوافق بموجب هذا وأصرح بالاتصال بين مقدم خدمة الإسكان المذكور أعلاه، ومكتب ولاية نيويورك لخدمات إدمان الكحول والمواد المخدرة (OASAS)؛ ووزارة الصحة بولاية نيويورك (DOH)؛ والمركز الوطني للإدمان وتعاطي المخدرات في جامعة كولومبيا (CASA). أوافق على الكشف عن المعلومات المتعلقة ب: الاسم الأول؛ والحرف الأول من الاسم الأوسط؛ واللقب؛ والاسم قبل الزواج؛ ورقم معرف Medicaid؛ وتاريخ الولادة؛ ورقم الحماية الاجتماعية؛ والجنس عند الميلاد، والجنس، وتاريخ بدء السكن الداعم، وتاريخ انتهاء السكن الداعم، وتاريخ هذه الموافقة والمعلومات ذات الصلة من نظام NYS Medicaid ونظام بيانات العميل في OASAS. الغرض من هذا الإفصاح هو تمكين الكيانات المذكورة أعلاه من التواصل فيما يتعلق باحتياجاتي العلاجية، وأنشطتي، وتاريخي وتقييمي لعلاجي لأعراض المراقبة وأعراض إدارة الحالة، وللاضطلاع بواجبات رسمية أخرى؛ و

(2) أوافق كذلك وأصرح بالاتصال بين مزود الإسكان المذكور أعلاه ومكتب ولاية نيويورك لخدمات إدمان الكحول والمواد المخدرة (OASAS)؛ وقيام OASAS بالكشف عن المعلومات المشار إليها أعلاه للمركز الوطني للإدمان وتعاطي المخدرات في جامعة كولومبيا (CASA)، لغرض تحليل استخدام برنامج Medicaid وأنشطة تقييم البرنامج. أفهم أن أي تقارير أو دراسات مجمعة من سجلاتي تم الكشف عنها بموجب هذا البيان لن تتضمن معلومات تعريف شخصية والتي ستظل سرية ومحمية من إعادة الكشف عنها مرة أخرى.

أنا، الموقع أدناه، قد قرأت ما ورد أعلاه وأفوض موظفي الكيانات المفصحة المذكورة أعلاه بالكشف عن هذه المعلومات، والحصول عليها، ومشاركتها كما هو محدد هنا. أفهم أنه، ما لم يُنص على خلاف ذلك، ستظل هذه الموافقة سارية المفعول لمدة خمس سنوات بعد توقيعني على هذه الموافقة أو ترك وحدتي السكنية الداعمة، أيهما أطول، ما لم يتم إبطال هذه الموافقة من قبلي.

أفهم أيضاً أن أي معلومات تعريفية يكون مقيداً بالمادة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية CFR 42 الجزء 2، الذي يحكم سرية سجلات مرضى تعاطي الكحول والمخدرات، بالإضافة إلى قانون قابلية التأمين الصحي للنقل والمساواة لعام 1996 (C.F.R. Pts 45). في النقطتين 160 و164؛ وأن إعادة الكشف عن هذه المعلومات لطرف آخر غير الأطراف المحددة أعلاه ممنوع دون الحصول على تفويض كتابي إضافي مني.

**ملاحظة:** يجب أن تكون أي معلومات يتم الإفصاح عنها من خلال هذا النموذج مصحوبة بنموذج حظر إعادة الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بمرضى علاج الاعتماد على المواد الكيميائية (TRS-1)

وأفهم أن البرنامج بشكل عام قد لا يشترط علاجي على ما إذا كنت أوقع على نموذج الموافقة، ولكن في ظروف محدودة معينة قد يتم حرمانني من العلاج إذا لم أوقع على نموذج الموافقة. بتوقيعي أدناه، أقر بأنني قد تقيمت نسخة من هذه الاستمارة.

(توقيع مقدم الطلب)

(اسم مقدم مكتوباً بخط اليد)

(التاريخ)