



2400 Moorpark Avenue, Suite 300, San Jose, CA 95128  
749 Story Road, Suite 50, San Jose, CA 95122  
هاتف: (408) 975-2730 فاكس: (408) 975-2745

---

## AACI إخطار بممارسات الخصوصية

يشرح هذا الإخطار كيف يمكن استخدام المعلومات الصحية عنك وإفشاؤها، وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. برجاء  
على الإط لاع هذا الإخطار بعناية.

للمزيد من المعلومات، برجاء الاتصال بالشخص التالي:

AACI Health Center  
Elizabeth Hunt, MPA, MSW  
Quality Improvement ,Senior Manager  
2400 Moorpark Avenue, Suite 300  
San Jose, CA 95128  
(408) 975-ext 2730. 114  
Fax (408) 975-2745  
[elizabeth.hunt@aacj.org](mailto:elizabeth.hunt@aacj.org)

AACI Behavioral Health  
Duy Pham, LCSW  
Manager of Quality Improvement  
2400 Moorpark Avenue, Suite 300  
San Jose, CA 95128  
(408) 975-2730 ext. 147  
Fax (408) 975-2745  
[duy.pham@aacj.org](mailto:duy.pham@aacj.org)

## منظمة الأمريكيون الآسيويون للمشاركة المجتمعية

### AACI إخطار بممارسات الخصوصية

يشرح الإخطار ممارسات الخصوصية الخاصة بمنظمة الأمريكيين الآسيويين للمشاركة المجتمعية (AACI) وبرامجها، وممارسات الخصوصية الخاصة بـ:

- كل الأطباء والمرضى والمساعدين الطبيين والمعالجين النفسيين المرخصين التابعين لنا، بما يشمل الأطباء النفسيين وعلماء النفس ومعالجي الزواج والأسرة الاخصائيين النفسيين المرخصين و الاخصائيين الاجتماعيين؛
- كل العاملين غير المرخصين في الصحة النفسية و العقلية، مثل الاخصائيين المتدربين والأطباء النفسيين تحت التدريب، والاختصاصيين المساعدين ومديري الحالات؛
- كل العاملين لدينا بما يشمل الموظفين والمتطوعين والعاملين الآخرين الذين يعملون لحسابنا أو بالنيابة عنا؛ و
- كل إدارتنا، مثلاً إدارة الفواتير و إدارة التعليم.

#### تعهدنا

تفهم AACI أن المعلومات الصحية الخاصة بك تعتبر سرية ونحن ملتزمون بحماية معلوماتك الصحية الشخصية (PHI). عندما تتلقى خدمات في AACI، ننشئ سجلاً بهذه الخدمات لخدمتك بشكل أفضل. نحتاج لهذا السجل لتوفير رعاية ذات جودة عالية لك وللامتثال للاشتراطات القانونية. ينطبق هذا الإخطار على كل سجلاتنا بشأن رعايتك، سواء أتم تقديمها بواسطة الاخصائيين النفسيين الذين يعملون لدينا و/أو آخرين يعملون بالنيابة عن AACI. يطلعك هذا الإخطار أيضاً على الطرق التي قد نتبعها لاستخدام والإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية، ويشرح حقوقك بخصوص المعلومات الصحية التي نحفظها عنك والالتزام الذي يحكمنا عندما نستخدم ونفصح عن مثل هذه المعلومات.

نحن ملزمون طبقاً للقانون بـ:

- ضمان أن يتم الاحتفاظ بخصوصية المعلومات الصحية التي تميزك بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية؛
- إعطائك هذا الإخطار بواجباتك القانونية وممارسات الخصوصية فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية المحمية؛ و
- اتباع شروط هذا الإخطار السارية في الوقت الحالي بالنسبة لكل معلوماتك الصحية المحمية.

#### كيف يمكن أن نستخدم ونفصح عن معلوماتك الصحية المحمية

بوجه عام، يسمح القانون لـ AACI باستخدام و/أو الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية للعلاج الفواتير الطبية وعمليات الرعاية الصحية، بالإضافة إلى أغراض الاتصال الداخلي التي يمكن أن تشمل الاتصال عبر البريد الإلكتروني أو الفاكس. سوف تحصل برامج AACI عادةً على ترخيص موقع منك قبل إنشاء أي من معلوماتك الصحية لأي جهات خارجية. لك الحق في إلغاء أي ترخيص قمت بتقديمه. مع ذلك، سوف يمنعنا الإلغاء فقط من الإفصاح عن مزيد من PHI الخاصة بك. إذا كانت AACI قد قامت بإفصاح مرخص قبل إلغائك، فقد تصرف البرنامج بناءً على ترخيصك وليس مطلوباً منه محاولة استرجاع المعلومات التي قام بالفعل بالإفصاح عنها. يجب أن تكون كل الإلغاءات بوثيقة مكتوبة. أنت تدرك أننا غير قادرين على استرداد أي معلومات قمنا بالإفصاح عنها بالفعل بإذنك، وأنها

ملزمون طبقاً للقانون بالاحتفاظ بسجلاتنا للخدمات أو العلاج الذي قدمناه لك. مع ذلك، قد تكون هناك ظروف قد لا يكون فيها الترخيص المسبق منك عملياً و/أو ملائماً و/أو ممكناً. في مثل هذه الظروف، تكون AACI ملزمة حسب لوائح الولاية و/أو اللوائح الفيدرالية بإفشاء معلوماتك الصحية المحمية بدون إذنك. تشمل هذه الظروف:

**العلاج.** يمكن أن تستخدم AACI وتفصح عن PHI لإمدادك بالعلاج أو الخدمات. قد نفصح عن معلومات صحية عنك للأطباء والمرضى والفنيين الأطباء النفسيين علماء النفس الاخصائيين الاجتماعيين و المساعدين ومديري الحالات ومعالجي الزواج والعائلة المرخصين وطلاب الطب والأطباء تحت التدريب والمتدربين وآخرين مشتركين في رعايتك. قد نشارك هذه السجلات الطبية مع طبيبك، ومعامل خارج AACI يجري بها اختبارات قد طلبها طبيبك. قد نشارك أيضاً PHI مع دور التمريض أو وكالات الرعاية الصحية المجتمعية الأخرى للترتيب معهم للمساهمة في إستمرارية علاجك في حالة تركك لمنظمة AACI. قد نشارك البرامج المختلفة لمنظمة AACI سجلاتك الطبية لتنسيق الخدمات التي تحتاج إليها وللحفاظ على تقديم رعاية صحية ذات جودة عالية.

**تحصيل الفواتير.** قد تستخدم AACI وتفصح عن معلوماتك الصحية الشخصية PHI الخاصة بك لكي يمكن تجهيز الفواتير الخاصة بالعلاج والخدمات التي تتلقاها وقد يتم تحصيل المدفوعات منك أو من شركة تأمين أو اي من طرف ثالث. مع ذلك، في كل الحالات، ستكون المعلومات التي يتم الإفصاح عنها هي أقل المعلومات الضرورية المطلوبة لتحصيل الفواتير. على سبيل المثال، قد نخبر شركة التأمين الصحي بشأن علاج سوف تتلقاه للحصول على موافقة مسبقة أو لتحديد ما إذا كانت شركة التأمين الصحي سوف تغطي العلاج أم لا. يمكن أيضاً أن نقدم معلومات أساسية عنك وعن شركة التأمين الصحي الخاصة بك أو المستفيد من التأمين أو أطراف أخرى خارج AACI مشتركين في رعايتك لمساعدتهم في الحصول على مدفوعات مقابل الخدمات التي وفروها لك.

**العمليات.** منظمة AACI قد تحصل على وتستخدم وتشارك PHI لعمليات الرعاية الصحية الخاصة بك. هذه الاستخدامات والإفصاحات ضرورية لتحسين جودة الرعاية والبرامج التعليمية للتدريب لطاقم AACI. قد نصل إلى ونشارك PHI للامتثال للقوانين واللوائح، وللاتزامات التعاقدية، وتسليم مطالبات الاستحقاق للمستفيدين، وتخطيط المشاريع، والتسويق، وللعمليات الداخلية في AACI. على سبيل المثال، قد نصل إلى ونستخدم ونفصح عن PHI لمراجعة العلاجات والخدمات المقدمة لك ولتقييم وتحسين الرعاية المقدمة لك بواسطة طاقم العاملين بـ AACI. قد نجمع أيضاً بين PHI الذي لدينا مع أنظمة الرعاية الصحية الأخرى أو شركاء الأعمال لمقارنة الحال الذي نحن عليه، ولمعرفة الجوانب التي يمكننا تحسين الرعاية والخدمات بها.

**الخدمات المتعلقة بالصحة والأنشطة العلاجية.** قد تستخدم AACI وتفصح عن PHI لإطلاعك على خدمات متعلقة بالصحة أو خيارات علاج موصى بها أو بدائل قد تكون ذات أهمية لك. إذا اخترت عدم تلقي هذه المعلومات أو إذا كنت تريدنا أن نستخدم عنوان مختلف، برجاء إخطار أحد أعضاء فريق الخدمة التابع لنا.

**الأشخاص المشتركون في رعايتك أو دفع مقابل لرعايتك.** قد تفصح AACI عن PHI الخاصة بك لصديق أو أحد أفراد العائلة يكون مشتركاً في رعايتك أو الشخص الذي يساعد على الدفع مقابل لرعايتك.

**وسائل التذكير بمواعيد المقابلات الطبية.** قد تستخدم AACI أو تفصح عن PHI الخاصة بك للاتصال بك كوسيلة تذكير بأن لديك موعد مقابلة طبية.

**الطوارئ الطبية.** أثناء المواقف حيث يكون هناك تهديد فوري لصحتك وعندما يكون التدخل الطبي الفوري ضرورياً، قد تفصح AACI عن معلوماتك الصحية المحمية للعاملين الطبيين العموميين أو الخاصين إلى الحد الضروري للاستجابة للطوارئ الطبي الخاص

بك بحسن نية و/أو الطارئ الطبي لأي شخص آخر. على سبيل المثال، في حدوث حالة طارئ طبي قد نحتاج للاتصال بسيارة إسعاف لنقلك وقد نفصح عن PHI كي تتلقى الرعاية.

**التبرع بالأعضاء والأنسجة.** إذا كنت متبرعاً بعضوًا ما، قد تفصح AACI عن معلومات صحية خاصة بك لمنظمات تتعامل مع تدبير الأعضاء أو زراعة الأعضاء أو العيون أو الأنسجة أو لبنك التبرع بالأعضاء، حسب الضرورة لتسهيل التبرع بالعضو أو النسيج وزراعته.

**لتجنب حدوث تهديدًا خطيرًا للسلامة الصحية.** قد تستخدم AACI وتفصح عن PHI الخاصة بك إذا لزم الأمر لمنع حدوث تهديدًا خطيرًا لصحتك وسلامتك أو صحة وسلامة الجمهور أو شخص آخر. مع ذلك، سيكون أي إفصاح فقط لشخص قادر على المساعدة على منع التهديد.

**العسكريين والمحاربين القدماء.** إذا كنت فردًا بالقوات المسلحة أو منفصلاً/مسرّحًا من الخدمات العسكرية، قد تفصح AACI عن معلومات صحية عنك كما هو مطلوب بواسطة سلطات القيادة العسكرية أو إدارة شؤون المحاربين القدماء حسب الاقتضاء. يمكن أيضًا إفشاء معلومات صحية عن العاملين العسكريين الأجانب للسلطات العسكرية الأجنبية الملائمة.

**تعويضات العاملين.** قد تفصح AACI عن PHI الخاصة بك لتعويضات العاملين أو برامج مماثلة. تقدم هذه البرامج إعانات للإصابات أو الأمراض المتعلقة بالعمل.

**المحققون في أسباب الوفيات والمفتشون الصحيون ومدبرو الجناز.** قد تفصح AACI عن PHI خاصة بمرضانا لأحد المحققين في أسباب الوفيات أو مفتشي الصحة. قد يكون ذلك ضروريًا، على سبيل المثال، للتعرف على جثة شخص متوفى أو لتحديد سبب الوفاة. قد نفصح أيضًا PHI لمديري الجناز حسب الضرورة لكي يتمكنوا من القيام بواجباتهم.

**الأمن الوطني وأنشطة المخابرات.** قد نفصح عن PHI الخاصة بك للمسؤولين المفوضين للمخابرات والمخابرات المضادة وأنشطة الأمن الوطني الأخرى المرخص لها حسب القانون. قد نفصح أيضًا عن PHI للمسؤولين الفيدراليين المرخص لهم كي يمكنهم حماية الرئيس أو عائلة الرئيس أو أشخاص معينين آخرين أو رؤساء الدول الأجنبية، أو إجراء تحقيقات خاصة.

**النزلاء.** إذا كنت نزيلًا بمؤسسة إصلاحية أو تحت وصاية مسؤولي تطبيق القانون، قد تفصح AACI عن PHI إلى المؤسسة الإصلاحية أو مسؤولي تطبيق القانون. يكون الإفصاح عن PHI ضروريًا:

1. لتوفير خدمات الرعاية الصحية التي تحتاج إليها
2. لحماية صحتك وسلامتك أو صحة وسلامة الآخرين
3. لسلامة وأمن المؤسسة الإصلاحية.

**الدعاوى القضائية والمنازعات.** قد تفصح AACI عن PHI الخاصة بك استجابة لأوامر إفصاح من المحكمة حينما يصدر امر من المحكمة وفقًا للإجراءات المعيّنة بواسطة لوائح الولاية و/أو اللوائح الفيدرالية. قد نفصح أيضًا عن معلومات طبية خاصة بك استجابةً لمذكرة استدعاء، أو طلب اكتشاف لعملية قانونية أخرى بواسطة شخص آخر مشترك في النزاع، ولكن فقط إذا تم بذل جهود لإخبارك بشأن الطلب (والتي قد تشمل إخطارًا مكتوبًا) أو للحصول على أمر يحمي المعلومات المطلوبة. سوف نفصح فقط عن سجلات العلاج المتعلقة بالصحة العقلية والمخدرات/الكحول استجابةً لمذكرة الاستدعاء عندما نتلقى أمر من المحكمة أو تفويض من المريض.

## إنفاذ القانون. قد نتوصل إلى ونستخدم ونفصح عن PHI إذا طلب منا مسئول عن تطبيق القانون القيام بذلك:

- امتثالاً لأمر من المحكمة، أو مذكرة استدعاء أو أمر أو مذكرة استدعاء من كبار المحلفين أو استدعاءات أو عملية مماثلة.
- للتعرف على أو إيجاد مشتبه أو هارب أو شاهد مادي أو شخص مفقود؛
- بشأن ضحية جريمة، إذا كنا غير قادرين في ظروف محدودة معينة على الحصول على الإذن مباشرة من ضحية جريمة؛
- حول حالة وفاة نعتقد أنها قد تكون نتيجةً لسلوك إجرامي
- حول سلوك إجرامي في أي من منشأتنا؛ و
- في ظروف الطوارئ للإبلاغ عن جريمة؛ موقع الجريمة؛ أو هوية أو وصف أو موقع الشخص الذي ارتكب الجريمة.

تتطلب سجلات خدمات الصحة العقلية والكحول والمخدرات حمايات قانونية ولا يمكن إقضاؤها بدون أمر رسمي من المحكمة أو ترخيص بواسطة المريض أو ممثل المريض، إلا في ظروف محدودة معينة حسب ما يسمح به القانون.

**الجرائم على ممتلكات AACI وضد موظفي AACI.** إذا ارتكبت أو هددت بارتكاب جريمة على مبنى AACI وملحقاته أو ضد العاملين بـ AACI، قد نبلغ عن الجريمة لوكالة إنفاذ القانون و/أو نطلب مساعدتها. قد تفصح AACI عن ظروف الحادث، شاملةً (دون أن تقتصر على) اسمك وعنوانك وآخر مكان معروف لك، وحالتك كعميل بـ AACI.

**الأغراض البحثية.** بموجب هذا الاستثناء، قد تفشي AACI معلومات صحية محمية عنك في حالات معينة. تشمل هذه الحالات الموافقة من لجنة المراجعة المؤسسية أو مجلس الخصوصية، وتحضيراً للبحث، وبيانات المتوفين، ومجموعة بيانات محدودة مع اتفاقية استخدام للبيانات، وبتفويض من ممثلك أو الممثل الشخصي سوف تضع AACI خطوطاً إرشادية للحفاظ على معلوماتك الصحية المحمية كجزء من مشاركتك في المشروع البحثي.

**شركاء الأعمال ومنظمات الخدمة المؤهلة.** هناك بعض الخدمات المقدمة في AACI من خلال تعاقدات مع شركاء الأعمال ولبرامج AACI أخرى، ومنظمة الخدمة المؤهلة (QSO). قد تفصح AACI عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك لشركاء الأعمال مع AACI و QSO للقيام بالواجبات التعاقدية بالنيابة عن AACI. تشمل الأمثلة، دون أن تقتصر على، خدمات الأطباء، واختبارات معملية معينة، والفواتير، والتحليل، وخدمة النسخ التي نستخدمها لعمل نسخ من سجلك الصحي. لحماية PHI الخاصة بك، شركاء الأعمال و QSO's ملزمون بموجب القانون الفيدرالي بالحفاظ على معلوماتك بشكل ملائم. بالإضافة إلى ذلك، كل من برامج AACI تعتبر شريكاً للأعمال و QSO للآخر لأغراض توفير رعاية متكاملة وتنسيق الإحالات والخدمات لمرضى برامج AACI، وللدم الإداري، والفواتير وأنشطة الامتثال، ولتحليل وتقييم الخدمات المقدمة بواسطة برامج AACI ولإدخال البيانات وتغذية نظام السجلات الصحية الإلكتروني.

**مراجعات وتقييم البرنامج.** قد تفصح AACI عن معلوماتك الصحية المحمية عندما تطلب وكالة حكومية تمويل أو تنظم AACI، أو دافع كطرف ثالث أو منظمة مراجعة النظراء الوصول إلى سجلات AACI. يجب أن يوافق المراجع أو المقيم كتابةً على أنه سيعيد الإفصاح عن معلومات تعريفية فقط مرة أخرى إلى AACI، طبقاً لأمر من المحكمة للتحقيق مع أو مقاضاة AACI (وليس أنت)، و/أو لوكالة حكومية تقوم بالإشراف على مراجعة أو تقييم Medicare أو Medicaid (Medi-Cal). بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تتم إزالة سجلاتك من موقع AACI فقط بناءً على تعهد كتابي بالحفاظ على السجلات، وعدم إعادة الإفصاح عن السجلات بالمخالفة

القانون، وتدمير كل نسخ معلوماتك التعريفية عندما لا تعد هناك حاجة لها لأغراضها المقصودة وإعادة كل أصول PHI الخاصة بك إلى AACI عقب اكتمال المراجعة أو التقييم.

**الإبلاغ الإلزامي.** كما يشترط القانون، قد تفصح AACI عن معلوماتك الصحية المحمية في الظروف التالية:

1. إذا هددت بإيذاء شخص آخر، يجب إخبار هذا الشخص و/أو الشرطة.
2. عند الضرورة، إذا كنت تشكّل تهديدًا خطيرًا لصحتك وسلامتك الشخصية.
3. يجب الإبلاغ عن كل حالات الاشتباه في الاعتداء الجنسي على الأطفال.
4. يجب الإبلاغ عن كل حالات الاشتباه في الاعتداء الجنسي على بالغ أكبر سنًا/معول.

**جمع الأموال.** قد تطلب AACI ترخيصك المكتوب لاستخدام معلوماتك الصحية المحمية لأغراض جمع الأموال. سوف تستخدم AACI فقط PHI الخاصة بك مع ترخيصك المكتوب. مع ذلك، قد تستخدم AACI مجموعة بيانات محدودة و/أو تاريخ مريض بدون معلومات تعريفية لأغراض جمع الأموال مع الحفاظ على خصوصية المريض.

لن تتم تلبية أي طلبات للإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية غير مشمولة في هذا الإخطار بدون ترخيصك المسبق و/أو بدون موافقة مسئول الخصوصية و/أو من يعيّنهم. سيتم جعل الإفصاحات التي تقوم بها AACI بخصوص PHI الخاصة بك أدنى ما يمكن للحد الضروري.

**ملاحظات العلاج النفسي.** يجب أن تتم الموافقة على أي طلب لاستخدام والإفصاح عن ملاحظات العلاج النفسي بواسطة شخص غير منشئ الملاحظات للأغراض العلاجية بواسطة مسئول الخصوصية و/أو المعيّنين بواسطة/بواسطتها. في معظم الحالات، سيكون مطلوبًا ترخيص بواسطة/أو ممثلك القانوني. ستكون الاستثناءات لذلك في الحالات حيث:

- يوافق مسئول الخصوصية و/أو المعينون بواسطة/بواسطتها على استخدام الملاحظات في برنامج تدريب داخلي للعاملين بالعلاج الذين يتم الإشراف عليهم بصورة ملائمة؛
- يتم استخدام الملاحظات لصياغة دفاع ضد تصرف قانوني قمت به ضد AACI و/أو الموقّر. سوف يحدد مسئول الخصوصية و/أو المعينون بواسطة/بواسطتها، بالاشتراك مع المستشار القانوني الحاجة لاستخدام والإفصاح عن ملاحظات العلاج النفسي للمساعدة في الدفاع؛ و/أو
- في حالات أخرى يكون الإفصاح فيها مطلوبًا من قبل القانون أو اللائحة للمساعدة في الإشراف على الرعاية الصحية، أو لتحديد أو التحقيق في امتثال AACI لقاعدة الخصوصية بموجب HIPAA، أو لمساعدة في إنفاذ القانون في حالات محدودة معينة.

في كل من الحالات المشروحة في هذه الفقرة، يجب استشارة مسئول الخصوصية و/أو المعيّنين بواسطة/بواسطتها. سوف يحددون، مع مشورة من المستشار القانوني، ما إذا كانت هناك حاجة للإفصاح ومدى الإفصاح عن ملاحظات العلاج النفسي. في كل الحالات، سوف يكون إنشاء أو استخدام ملاحظات العلاج النفسي لمساعدة رعايتك مقصورًا على أعضاء فريق الخدمة في AACI. تمت الموافقة على الإجراءات التي سوف يتخذها المتخصص المعالج لتأمين هذه الملاحظات بواسطة مسئول الخصوصية و/أو المعيّنين بواسطة/بواسطتها.

**إفصاحات إدمان المواد المخدرة.** إذا كنت ملتحقًا بأي من برامجنا لعلاج إدمان المواد المخدرة، لن تفصح AACI عن أي من معلوماتك الصحية المحمية بدون موافقتك المسبقة و/أو بدون الحصول على موافقة مسئول الخصوصية و/أو المعيّنين بواسطة/بواسطتها.

لدينا التزامات معينة بخصوص استخدام معلوماتك والإفصاح عنها طبقاً للقانونين الفيدراليين، وقانون الخصوصية الفيدرالي (42 C.F.R، الجزء الثاني) وقانون تنقل ومسؤولية التأمين الصحي (HIPAA، 45 C.F.R، الجزء 160 و 164).

يمنع هذان القانونان برنامجنا من الإفصاح لطرف ثالث عن التحاكيك ببرنامجنا، أو الإفصاح عن أي معلومات تحدك كمشارك في برنامج للكحول أو المخدرات، أو الإفصاح عن أي معلومات محمية إلا في الظروف التي اشترطها القانون أو المذكورة آنفاً في 42 C.F.R. الجزء الثاني أو اشتراطات HIPAA القابلة للتطبيق لسنة 1996، 45 C.F.R. جزء 160 و 164). لن نستخدم أو نفتح عن أي PHI إذا لم تكن قد وقعت على استمارة للتريخيص باستعمالها والإفصاح عنها، أو إذا لم تصدر محكمة أمراً يفرض علينا الإفصاح عن PHI الخاصة بك.

**حقوقك.** لك حقوق معينة فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية المحمية. يشرح هذا القسم من إخطارنا حقوقك وكيف تمارسها:

**الحق في الاطلاع والنسخ.** قد نرفض طلباً بالاطلاع على ونسخ PHI في ظروف محدودة مثل: معلومات معينة متعلقة بعلاج المرض العقلي أو المعلومات التي تم جمعها في دعوى أو إجراء مدني أو جنائي أو إداري، أو بعض PHI بالخضوع لتعديل التحسينات المعملية السريرية لعام 1988.

للاطلاع على ونسخ معلوماتك الصحية المحمية، يجب أن تسلّم طلبك كتابةً لمسئول الخصوصية و/أو المعينين بواسطته/بواسطتها. إذا طلبت نسخة من المعلومات، قد نطلب رسماً مقابل تكاليف النسخ والإرسال بالبريد، ومقابل أي تكاليف أخرى مرتبطة بطلبك.

قد نرفض طلبك للاطلاع والنسخ في ظروف معينة محدودة جداً. إذا تم رفض طلبك، يمكنك طلب مراجعة الرفض. سوف نعين متخصص رعاية صحية مرخص له لمراجعة قرارنا برفض طلبك. لن يكون الشخص الذي يجري المعاينة هو نفس الشخص الذي رفض طلبك. سوف نمثل لنتائج هذه المراجعة. لن تتم، مع ذلك، مراجعة حالات رفض معينة، مثل تلك المتعلقة بملاحظات العلاج النفسي.

**الحق في التعديل.** إذا كنت تشعر أن المعلومات الصحية التي نحتفظ بها عنك غير صحيحة أو غير مكتملة، يمكنك أن تطلب منا تعديل المعلومات. لك الحق في طلب تعديل لأي معلومات نحتفظ بها عنك. لطلب التعديل، يجب أن يكون طلبك كتابةً، ويتم تسليمه لمسئول الخصوصية و/أو المعينين بواسطته/بواسطتها، ويجب أن يكون متضمناً في صحيفة ورقية واحدة بخط يد مقروء أو مطبوعاً. بالإضافة إلى ذلك، يجب أن تذكر سبباً يدعم طلبك للتعديل.

قد نرفض طلبك للتعديل إذا لم يكن كتابةً أو إذا كان لا يشمل سبباً لدعم الطلب. بالإضافة إلى ذلك، قد نرفض طلبك إذا طلبت منا تعديل معلومات:

- لم يتم إنشاؤها بواسطتنا؛
- ليست جزءاً من المعلومات الصحية التي نحتفظ بها AACI
- ليست جزءاً من المعلومات التي يكون مسموحاً لك الاطلاع عليها ونسخها؛ و/أو
- دقيقة ومكتملة

سوف يتم الإفصاح عن أي تعديل نقوم به لمعلوماتك الصحية لمتخصصي الرعاية الصحية المشتركين في رعايتك ولآخرين للقيام بالدفع وعمليات الرعاية الصحية، كما تم شرحه مسبقاً في هذا الإخطار.

**الحق في استقبال كشف حساب بالإفصاحات** لك الحق في تلقي كشف حساب بإفصاحات معينة عن معلوماتك الصحية قمنا بها. لن يشمل أي كشف حساب كل الإفصاحات التي قمنا بها. على سبيل المثال، لن يشمل كشف الحساب الإفصاحات:

- للقيام بالعلاج وتحصيل الفواتير وعمليات الرعاية الصحية كما تم شرحه مسبقاً في هذا الإخطار؛
- بناء على ترخيصك المكتوب؛
- لفرد من أفراد العائلة، أو قريب، أو صديق شخصي مشترك في رعايتك أو سداد اموال مقابل رعايتك عندما تكون قد أعطيتنا إذنك بالقيام بذلك؛ و/أو
- لمسئولي إنفاذ القانون كما هو مسموح به حسب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية.

لطلب كشف حساب للإفصاحات، يجب أن تسلّم طلبك كتابةً لمسؤول الخصوصية و/أو المعيّنين بواسطته/بواسطتها. يجب أن يحدد طلبك فترة زمنية قد لا تكون أكثر من ست (6) سنوات وقد لا تشمل التواريخ قبل 14 أبريل 2003. سوف تكون أول قائمة تطلبها خلال 12 شهراً مجانية. لقوائم إضافية، قد نطلب منك تكاليف توفير القائمة. سوف نخطرك بالتكلفة الخاصة بذلك ويمكنك اختيار الانسحاب أو تعديل طلبك في ذلك الوقت قبل أن نتكبد أي تكاليف. سنرسل لك بالبريد قائمة إفصاحات ورقية خلال 30 يوماً من طلبك، أو نخطرك إذا كنا غير قادرين على إمدادك بالقائمة خلال هذه الفترة الزمنية وطلب تمديد لمدة 30 يوماً أخرى.

**الحق في طلب وضع قيود.** لك الحق في طلب وضع قيد أو تحديد للمعلومات الصحية التي نستخدمها أو نفتح عنها عنك للعلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية. لك أيضاً الحق في طلب تحديد للمعلومات الصحية التي نفسبها عنك لشخص يكون مشتركاً في رعايتك أو سداد مقابل رعايتك، مثل فرد من أفراد العائلة أو صديق. على سبيل المثال، يمكنك أن تطلب ألا نفتح عن معلومات عنك لطبيب معين أو متخصص رعاية صحية آخر، أو ألا نفتح عن معلومات لزوجك/زوجتك عن رعاية معينة تلتقيها.

مع ذلك، لسنا ملزمين بالموافقة على طلبك لوضع قيوداً إذا لم يكن ملائماً بالنسبة لنا الإذعان لطلبك أو إذا كنا نعتقد أنه سوف يؤثر سلبيًا على قدرتنا على رعايتك. مع ذلك، إذا لم نوافق، سوف نمثل لطلبك ما لم تكن المعلومات مطلوبة لتوفير علاج طارئ. لطلب وضع قيد، يجب أن تقدّم طلبك كتابةً لمسؤول الخصوصية و/أو المعيّنين بواسطته/بواسطتها. في طلبك، يجب أن نخبرنا بأي المعلومات تريد أن تحددها وعلى من تريد أن تنطبق الحدود.

**الحق في تلقي اتصالات خصوصية.** لنا الحق في أن نطلب أن نتصل معك حول الأمور الصحية بطريقة معينة. على سبيل المثال، يمكنك أن تطلب أن نتصل بك فقط في العمل أو عن طريق البريد الإلكتروني إلى عنوان معين.

لطلب أن نتصل بك بطريقة معينة، يجب أن تقدّم طلبك كتابةً لمسؤول الخصوصية و/أو المعيّنين بواسطته/بواسطتها. لن نسألك عن سبب طلبك. يجب أن يعيّن طلبك كيف أو أين تود أن يتم الاتصال بك. سوف نمثل لطلبك في أن تتلقى اتصالاً خصوصياً إذا كان القيام بذلك ملائماً لـ A.A.C.I.

**الحق في نسخة ورقية من هذا الإخطار.** لك الحق في تلقي نسخة ورقية من هذا الإخطار في أي وقت. لتلقي نسخة، برجاء طلبها من مسؤول الخصوصية و/أو المعيّنين بواسطته/بواسطتها. يمكنك أيضاً الحصول على نسخة من هذا الإخطار بموقعنا الإلكتروني، من [www.aaci.org](http://www.aaci.org).



**استخدامات أخرى وإفصاحات عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك.** سوف يتم القيام باستخدامات أخرى وإفصاحات عن المعلومات الصحية المحمية غير مشمولة في هذا الإخطار أو القانون الساري فقط مع ترخيصك المكتوب. إذا أعطيتنا ترخيصك المكتوب باستخدام أو الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية، يمكنك إلغاء ترخيصك كتابةً في أي وقت. إذا ألغيت ترخيصك، لن نستمر في استخدام أو الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية للأسباب المشمولة في ترخيصك المكتوب. أنت تدرك أننا غير قادرين على استرداد أي استخدامات وإفصاحات مسبقاً قمنا بها بالفعل بإذنك، وأنت ملزمون طبقاً للقانون بالاحتفاظ بسجلاتنا للعلاج الذي وفرناه لك.

**التغييرات بهذا الإخطار.** تحتفظ AACI بالحق في تغيير هذا الإخطار وجعل الإخطار الذي تم تغييره فعالاً بالنسبة لكل المعلومات الصحية التي نحتفظ بها عنك، سواء أكانت معلومات تلقيناها مسبقاً عنك أو معلومات قد نتلقاها عنك في المستقبل. سوف يشير إخطارنا إلى التاريخ الفعلي بالصفحة الأولى، في الجزء العلوي الأوسط من الصفحة. سوف نعطيك أيضاً نسخة من إخطارنا الحالي حسب الطلب. في حالات النزاع، راجع الإصدار باللغة الإنجليزية من هذا الإخطار.

**التقدم بتظلم.** إذا كنت تعتقد أنه تم إفشاء معلوماتك الصحية المحمية بصورة غير مناسبة، وتود التقدم بتظلم، برجاء شرح ما حدث وإعطائنا التواريخ وأسماء الأشخاص المتورطين. برجاء إحاطتنا علماً أيضاً بكيفية الاتصال بك بحيث يمكننا الاستجابة لشكواك. لن تتم معاقبتك لتقديم شكوى. يمكنك تسليم تظلمك لمسؤول الخصوصية أو الاتصال به/بها للتعامل مع مخاوفك.

## شروط العلاج

الاسم: \_\_\_\_\_

For Staff Use Only

لاستخدام العاملين فقط

ID# \_\_\_\_\_ Unicare ID# if applicable \_\_\_\_\_:

تعمل AACI كـ "بيت صحي" متكامل لتوفير رعاية مثالية لك. لضمان خدمات ذات جودة عالية ولخدمتك بصورة أفضل، يجب أن نجعلك تقرأ وتوافق على شروط العلاج الخاصة بنا أدناه. إذا كانت لديك أية أسئلة أو مخاوف بخصوص هذه الوثيقة، برجاء إخطار فريق الخدمة في AACI، شكرًا لك.

**الموافقة على الرعاية:** أوافق على الإجراءات التي قد يتم اتخاذها أثناء أي زيارة لـ AACI في أي من مواقعها وبرامجها. توقيعك على الصفحة الأخيرة من هذا المستند يعني موافقتك على العلاج الصحي التطوعي والطبي والسلوكي وخدمات الوكالة الأخرى مع AACI. إذا كنت الممثل القانوني للمستفيد، فإن توقيعك يعني هذه الموافقة.

• تعني موافقتك على الخدمات أيضًا أن هذا المقدم لهذه الخدمات/AACI عليه واجب إبلاغك عن توصياته بالرعاية بالإضافة إلى المخاطر والتكاليف والفوائد والبدائل للرعاية الموصى بها، بحيث تتخذ قرارًا واعيًا حول مشاركتك في الخدمات ومعرفة علاقتها بسلامتك. بالإضافة إلى أن لك الحق في إيقاف الخدمات في أي وقت، لك الحق في رفض استخدام أي توصيات أو تدخلات أو إجراءات علاجية.

• قد تحصل AACI على توقيعك على نماذج موافقة إضافية تشرح بتفصيل أكبر أنواع الخدمات التي قد تتلقاها. قد تشمل هذه الخدمات، دون أن تقتصر على، التقييمات الطبية و/أو تقييمات الصحة؛ الرعاية الصحية، العلاج النفسي؛ إدارة الحالات؛ خدمات إعادة التأهيل؛ الخدمات الدوائية؛ الإحالات إلى مهنيين آخرين؛ والاستشارات مع مهنيين آخرين بالنيابة عنك.

**الموافقة التعليمية:** تعتبر AACI منشأة تعليمية تشارك في تدريب الأطباء وعلماء النفس والعاملين الاجتماعيين والطلاب والأطباء المقيمين تحت التدريب ومقدمي الخدمات الصحية الآخرين، وقد يشاركون في الرعاية الصحية للأعضاء وقما يعتبره العاملون بـ AACI مناسبًا.

**الموافقة على التقاط الصور:** أوافق على التقاط الصور وشرائط الفيديو والصور الرقمية أو الأخرى لحالتي الطبية أو الجراحية أو علاجي واستخدام الصور، لأغراض تشخيصي أو علاجي أو لعمليات AACI، بما يشمل مراجعة نظائرها، السجلات الطبية الإلكترونية وبرامج التعليم أو التدريب.

**تبادل المعلومات:** يدرك الموقعُ أدناه أن AACI يجب أن تشارك معلومات معيّنة مع مقدمي خدمات صحية داخليين وخارجيين آخرين الذين يصبحون مشتركين في رعايتك. في حالات معيّنة، تكون AACI ملزمة طبقاً للقانون بالإبلاغ عن وإفشاء معلومات معيّنة. هذه الحالات بالإضافة إلى حقوقك وحدود الخصوصية الخاصة بك مشروحة في "إخطار ممارسات الخصوصية"، وفي "شكوى المستفيد وعملية حل التظلمات" الخاصة بنا. السرية هي مجموعة من القواعد لحماية صحتك وسجلاتك الشخصية، تقتصر الحصول لهذه المعلومات على أولئك الذين يحتاجون إليها فقط. سوف تبقى كل المعلومات بخصوص صحتك سرية ولن تتم مشاركتها مع آخرين خارج AACI بدون موافقتك.

• هناك بعض الحالات التي يجب كسر هذه السرية فيها، ويجب مشاركة المعلومات مع الأفراد الملائمين. هذه الحالات هي كما يلي:

1. إذا هددت بإيذاء شخص آخر (أو عدة اشخاص)، يجب إخبار هذا الشخص (أو عدة اشخاص) و/أو إخبار الشرطة.
2. عند الضرورة، إذا كنت تشكّل تهديداً خطيراً لصحتك وسلامتك الشخصية.
3. يجب الإبلاغ عن كل حالات الاشتباه في الإساءة للاطفال.
4. يجب الإبلاغ عن كل حالات الاشتباه في الإساءة للمسنين/ المعولين.
5. إذا أمرتنا محكمة بإفشاء سجلاتك، يجب أن نعمل ذلك.
6. لأغراض التأمين الصحي.

**الاتفاق المالي:** يوافق الموقعُ أدناه، سواء أكان يوقع كمرضى أو ممثل للمريض على دفع كل التكاليف مقابل خدمات AACI غير المغطاة بخلاف ذلك بالتأمين العام أو الخاص، وفقاً لأسعار AACI وشروط خدمات الأعضاء. إذا تمت إحالة الحساب لمحامي أو وكالة تحصيل، يوافق الموقعُ أدناه على دفع تكاليف التحصيل الفعلية، شاملة أتعاب المحاماة، بالإضافة للفائدة بالمعدل القانوني.

**تعيين المزايا:** يرخص الموقعُ أدناه، سواء أكان يوقع كمرضى أو ممثل للمريض، في السداد المباشر لـ AACI أو لأي مزايا عامة أو خاصة واجبة السداد بخلاف ذلك إلى المريض أو بالنيابة عنه مقابل أي خدمة لـ AACI. تشمل هذه المزايا Medicare أو Medi-Cal أو أي مزايا أخرى من أي برنامج حكومي للرعاية الصحية. يرخص الموقعُ أدناه بإفشاء المعلومات الطبية الضرورية لتحديد الأهلية والمزايا واجبة الدفع ولتسليم ومعالجة مطالبات السداد.

**الترخيص بالتمثيل:** يرخص الموقعُ أدناه بموجب ذلك لـ AACI، حسب اختيارها لكن دون إجبار، بتمثيل المريض بخصوص أي طلب وتظلم للأهلية والمزايا ذي صلة بـ Medicare أو Medi-Cal أو أي مزايا برنامج حكومي آخر متعلقة بالخدمات المقدّمة بواسطة AACI.

**التوجيه الطبي المتقدم:** تم تقديم مواد مكتوبة للموقعُ أدناه حول الحق في قبول ورفض العلاجات الطبية. يدرك الموقعُ أدناه أن الحصول على توجيه متقدم ليس شرطاً أساسياً لتلقي الخدمات الطبية والسلوكية في AACI. أقر بموجب ذلك بتلقي معلومات التوجيه الطبي المتقدم.

**إقرار الاستلام:** أطلب دفع سداد قيم مزايا Medicare المرخصة بالنيابة عني مقابل أي خدمات مقدّمة إليّ بواسطة أو في AACI. بالإضافة إلى ذلك، أقر بموجب ذلك باستلام إشعار ممارسات الخصوصية والمعلومات بخصوص شكوى المستفيد وعملية التظلم.

.Page left blank intentionally

يشهد الموقع أدناه بأنه أو بأنها قرأ وفهم هذا النموذج، وقد تلقى نسخة منه، ويقبل ويوافق على الالتزام بأحكامه.

التوقيع: \_\_\_\_\_

العلاقة: \_\_\_\_\_

عضو/ولي أمر/وصي/حارس/وكيل

التاريخ: \_\_\_\_\_

For Staff Use Only

لاستخدام العاملين فقط

\_\_\_\_\_ #Unicare ID

\_\_\_\_\_ #MRN

- Patient refused to acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices despite the following attempts:
- Client was not able to give informed consent and/or acknowledgment this time; there is no known LPS Conservator or, if client is a minor, there is no known parent or legal guardian who can be located. (Describe efforts made to obtain consent and/or acknowledgment and the reasons why they could not be obtained):
- Other reasons:

Witness/Authorized Staff Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_