



**تصريح للحصول على الإفصاح عن المعلومات VR-21
(10/2023)**

الاسم:	تاريخ الميلاد:	مُعَرَف Aware:
العنوان:		

يتمتع مكتب خدمات التعليم المهني والتعليم المستمر للبالغين – إعادة التأهيل المهني (ACCES-VR) بإذن مني للحصول على معلومات أو الإفصاح عنها من/إلى الأفراد والوكالات الحكومية والكيانات الضرورية الأخرى (بما في ذلك برنامج مساعدة العملاء، المعروف أيضًا باسم CAP، و/أو أصحاب العمل المشاركين في إعادة التأهيل المهني الخاصة بي. أنا، أو ممثلي المفوض، نفهم ما يلي:

- سنتم معاملة جميع المعلومات كمعلومات سرية.
- قد يتم إرسال معلوماتي السرية واستلامها إلكترونيًا.
- قد تتضمن هذه المعلومات، على سبيل المثال لا الحصر، تقارير بشأن إعاقتي، وسجلات التعليم، ومعلومات إدارة الضمان الاجتماعي، والسجلات المتعلقة بالإفراج المشروط أو المراقبة، والوثائق اللازمة لتحديد حاجتي المالية، و/أو معلومات أخرى قد تحتاجها ACCES-VR لتحديد مدى أهليتي للخدمات، وتزويدي بخدمات إعادة التأهيل المهني، و/أو إحالتي إلى خدمات أخرى مطلوبة للحصول على أهدافي الوظيفية أو الحفاظ عليها.
- سيتم استخدام المعلومات التي تمت مشاركتها أو الحصول عليها حصريًا لغرض مساعدتي في الوصول إلى أهدافي الوظيفية أو الحفاظ عليها.
- يمكنني سحب إذنتي في أي وقت فيما يتعلق بالإفصاح عن المعلومات أو الحصول عليها من خلال إخطار ACCES-VR كتابيًا (ملاحظة: لن يؤثر هذا على الإجراءات التي تم اتخاذها بالفعل بإذن مني).
- قد تحتاج ACCES-VR إلى استخدام المعلومات التي تم الحصول عليها من هذا التصريح من أجل إدارة برنامج إعادة التأهيل المهني.
- يسري هذا التصريح طوال سريان حالتي ما لم يتم سحبه.

لقد قرأت جميع المعلومات الواردة في هذا القسم وفهمت أن سياسة السرية 102.00 الخاصة بـ ACCES-VR موجودة على <http://www.acces.nysed.gov/vr/10200-confidentiality-policy>.

من خلال التوقيع بالأحرف الأولى على هذه الخانة، فإنني أصرح بالإفصاح عن سجلاتي الطبية التي قد تكون جزءًا من سجلي.

يُثبت توقيعني أدناه فهمي للإفصاح عن هذه المعلومات وموافقتي عليه.

المعلومات التالية التي يمكن الإفصاح عنها أو الحصول عليها، مع مراعاة هذا التصريح الموقع، هي كالتالي:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

الغرض من هذا التصريح هو كالتالي:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

اسم وعنوان البرنامج/المدرسة التي تفصح عن هذه المعلومات:

اسم (اسماء) وعنوان (عناوين) الشخص (الأشخاص) الذي (الذين) سيتم الإفصاح عن هذه المعلومات له (لهم):

تم شرح المعلومات الخاصة بسياسة السرية لـ ACCES-VR بوضوح لي، وقد قرأت جميع المعلومات الواردة في هذا النموذج. يُثبت توقيعني أدناه فهمي، وقبولي، وموافقتي.

حدّد علاقة الجهة الموقعة بالنيابة عن الفرد:	إن لم يكن فردًا، اسم الشخص الموقع على النموذج:
---------------------------------------------	------------------------------------------------

التاريخ

توقيع الفرد أو الممثل المصرح له

تم تطوير هذا التصريح للحصول على المعلومات والإفصاح عنها من أجل الامتثال للأحكام الخاصة بالإفصاح عن المعلومات التعليمية، وغيرها من المعلومات بموجب القانون العام 191-104 (HIPAA)؛ 34 مدونة اللوائح الفدرالية 361.38 (CFR)؛ 45 CFR 160 و 164؛ 42 قانون الولايات المتحدة القسم 2-290dd؛ 42 CFR الجزء 2؛ 38 قانون الولايات المتحدة القسم 7332؛ 38 CFR 1.475؛ 20 قانون الولايات المتحدة القسم (FERPA) 1232g؛ 34 CFR الأجزاء 99 و 300. تم الإفصاح عن هذه المعلومات من السجلات التي يحمي القانون الفيدرالي سريتها. تحظر اللوائح الفيدرالية المزيد من الإفصاح عن هذه المعلومات إلا بموافقة كتابية محددة من الشخص الذي تتعلق به.