



تصريح للحصول على/الإفصاح عن المعلومات (بما في ذلك المعلومات المتعلقة بعلاج المشروبات الكحولية/المخدرات
ومعلومات الصحة النفسية والمعلومات السرية الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز) (VR-22 (10/2023)

الاسم:	تاريخ الميلاد:	معرّف Aware:
العنوان:		

مكتب خدمات التعليم المهني والتعليم المستمر للبالغين – إعادة التأهيل المهني (ACCES-VR) لديه إذن للحصول على أو الإفصاح عن المعلومات من/إلى الأفراد و/أو الكيانات المذكورة أدناه، وأنا أفهم التالي:

1. يتضمن هذا التصريح الكشف عن المعلومات المتعلقة بعلاج المشروبات الكحولية و/أو المخدرات، وعلاج الصحة النفسية، و/أو المعلومات السرية الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز (كما هو موضح بالحرف (الأحرف) الأول (الأولى) من اسمي في البند رقم 8).
2. إذا كنت أسمح بالإفصاح عن المشروبات الكحولية و/أو العلاج من تعاطي المخدرات، وعلاج الصحة النفسية، و/أو المعلومات الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، يُحظر على ACCES-VR إعادة الإفصاح عن هذه المعلومات دون تصريح مني ما لم يُسمح بذلك بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية.
 - a. أفهم أنه يحق لي طلب قائمة بالأشخاص الذين قد يتلقون أو يستخدمون معلوماتي الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز دون تصريح مني بذلك.
 - b. إذا واجهت تمييزًا بسبب الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز أو الكشف عنها، فيمكنني الاتصال بقسم حقوق الإنسان في ولاية نيويورك على (888) 392-3644، أو لجنة حقوق الإنسان في مدينة نيويورك (إذا تم التصريح داخل مدينة نيويورك) على (212) 416-0197.
3. لدي الحق في إلغاء التصريح الخاص بي في أي وقت عن طريق إخطار ACCES-VR كتابيًا. أفهم أنه يجوز لي سحب التصريح الخاص بي في المستقبل باستثناء الحد الذي قد يكون قد تم فيه اتخاذ إجراء بالفعل بناءً على هذا التصريح.
4. أفهم أن توقيعني على هذا التصريح هو توقيع طوعي.

5. اسم وعنوان البرنامج أو الكيان الذي سيتم الإفصاح عن هذه المعلومات له:

6. اسم (أسماء) وعنوان (عناوين) الشخص (الأشخاص) أو الكيان الذي (الذين) سيتم الإفصاح عن هذه المعلومات له (لهم):

7. الغرض من الإفصاح عن المعلومات:

8. ما لم يتم إلغاؤها بواسطتي، قد يتم الكشف عن المعلومات المحددة من _____ حتى _____ (ادخل تاريخ البدء والانتها، حتى عام واحد)

لتضمن ما يلي، حدّد المعلومات المحددة التي سيتم الإفصاح عنها والأحرف الأولى من الاسم أدناه.

الأحرف الأولى من الاسم	المعلومات التي سيتم الإفصاح عنها
<input type="checkbox"/>	سجلات من برنامج علاج إدمان المشروبات الكحولية/المخدرات
<input type="checkbox"/>	السجلات السريرية من برامج الصحة النفسية
<input type="checkbox"/>	المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز
<input type="checkbox"/>	9. إن لم يكن فردًا، اسم الشخص الموقع على النموذج:
<input type="checkbox"/>	10. حدّد علاقة الجهة الموقعة بالنيابة عن الفرد:
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	



تمت مراجعة جميع البنود الواردة في هذا النموذج ووافقت عليها، كما تمت مراجعة أسئلتي بشأن هذا النموذج ووافقت عليها، وأيضًا تم تزويدي بنسخة من هذا النموذج.

التاريخ

توقيع الفرد أو الممثل المصرح له

لقد ناقشت تنفيذ هذا التفويض والغرض منه مع الشخص الموقع أعلاه وأكد فهمه للمعلومات التي سيتم إصدارها.

التاريخ

التوقيع

اسم الموظف والمسمى الوظيفي

يُرجى ملاحظة أنه يجب إرفاق النموذج **VR-540**، الخاص بحظر إعادة الإفصاح عن المعلومات الخاصة بالأفراد الذين يعانون من إعاقة بسبب تعاطي المخدرات، بهذا النموذج عندما تقوم **ACCES-VR** بالإفصاح عن المعلومات المتعلقة بسجلات تعاطي المخدرات الخاصة بالفرد.

حظر إعادة الإفصاح: تم الإفصاح عن المعلومات المطلوبة من السجلات التي تتمتع سريتها بالحماية بموجب اللوائح الفيدرالية (42 CFR، الجزء 2) التي تحظر المزيد من الإفصاح إلا بموافقة كتابية محددة من الشخص الذي تتعلق به. سرية جميع المعلومات المطلوبة مع هذا التصريح محمية بموجب 34 CFR 361.38. يتوافق تصريح الإفصاح هذا أيضًا مع 45 CFR 164.508