



GETHELPOC™

التفويض باستخدام والكشف عن معلومات  
تبادل معلومات المجتمع

- الإسم\*:
- التاريخ\*:
- الجنس:
- تاريخ الولادة\*:
- آخر 4 أرقام من الضمان الاجتماعي:
- الهاتف\*:
- الإيميل:
- اسم الوكالة\*:
- موظفو الوكالة\*:

التي تحمل علامة \* إلزامية

أنت تفوض Orange County United Way والوكالات الشريكة لها استخدام معلوماتك الشخصية والمالية والصحية وتخزينها، ومشاركتها من أجل تقييم احتياجاتك وتنسيق رعايتك وتقديم الخدمات لك في GetHelpOC: تبادل معلومات المجتمع (CIE). الوكالات الشريكة والمشاركة في CIE مدرجة على <https://gethelpoc.org/content/Community-Partners.html>

يغطي هذا التفويض، ودون قيود، كافة المعلومات التي تم الكشف عنها إلى CIE أو إعادة الكشف عنها، من قبلك أو من قبل عائلتك أو الوكالات الشريكة بما في ذلك فريق الرعاية الخاص بك، أو أي شخص آخر مشارك في رعايتك، أثناء سريان التفويض. يجوز لـ (CIE) والوكالات الشريكة لها مشاركة معلوماتك الشخصية والمالية والصحية. أنت بذلك توافق على إخطار (CIE) إذا تغيرت معلوماتك أو كانت غير صحيحة. قد يتم إعادة كشف معلومات سبق الكشف عنها بموجب هذا التفويض، حيث لم تعد محمية بموجب قوانين الخصوصية المعمول بها. ومع ذلك، ستظل معلوماتك محمية بموجب اتفاقية الشراكة مع وكالاتنا. لن يؤثر رفضك التوقيع



GETHELPOC™

على هذا التفويض سلبًا على قدرتك على تلقي الرعاية الصحية أو الخدمات من الوكالات الشريكة.

يتم نشر إشعار ممارسات الخصوصية على [www.GetHelpOC.org](http://www.GetHelpOC.org) الذي يشرح كيفية استخدام CIE للمعلومات وحمايتها، وكيفية الحصول على نسخة من هذا التفويض وسجلك. يمكنك إلغاء هذا التفويض في أي وقت عن طريق إرسال إشعار إلى CIE على [revoke@211oc.org](mailto:revoke@211oc.org) ، مما يسمح بمعالجته خلال خمسة أيام عمل على الأقل. لن يؤثر الإلغاء على أي معلومات تم الكشف عنها مسبقًا بالاعتماد على هذا التفويض. ما لم يتم إلغاؤه مسبقًا، ستنتهي صلاحية هذا التفويض خلال (10) سنوات، أو في التاريخ التالي:

أفوض CIE استخدام والكشف عن المعلومات المتعلقة بتعاطي المخدرات/ الكحول، والصحة العقلية، وفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز.

في حال الموافقة، قم بالتوقيع أدناه:

توقيع العميل: \*