

# طلب الوصول إلى المعلومات الصحية المحمية (PHI)



mercy care

تشير المعلومات الصحية المحمية (PHI) إلى معلومات حول صحتك.

يلزم إكمال هذا النموذج وتوقيعه لمعالجة هذا الطلب.

## 1. من هو عضو Medicaid؟

الاسم الأول	الاسم الأخير	الحرف الأول من الاسم الأوسط
رقم بطاقة هوية العضو	تاريخ الميلاد (MM/DD/YYYY)	رقم الهاتف
الشارع		
المدينة والولاية والرمز البريدي		

## 2. وصف تقرير المعلومات الصحية المحمية (PHI)

بمجرد أن تتلقى نموذج الطلب الموقع هذا، سنزودك بتقرير المعلومات الصحية المحمية (PHI). سيحتوي التقرير على آخر 24 شهرًا لبيانات المعلومات الصحية المحمية (PHI) الموجودة لدينا. إذا كنت ترغب في الحصول على المعلومات الصحية المحمية (PHI) خلال تواريخ مختلفة، فعليك ملء التواريخ أناه.

من: \_\_\_\_\_ إلى: \_\_\_\_\_

إذا كنت تتمتع بمزايا الرعاية طويلة الأمد (LTC) وترغب في إدراج هذه المعلومات، فحدد المربع الصحيح أدناه.

أريد فقط معلومات LTC في التقرير.

أريد التقرير لإدراج معلومات LTC

## 3. إلى أين تريد إرسال تقرير المعلومات الصحية المحمية (PHI) هذا؟

من يتلقى تقرير المعلومات الصحية المحمية هذا؟
<input type="checkbox"/> العضو <input type="checkbox"/> الممثل القانوني للعضو <input type="checkbox"/> الأب المتبنى أو الطبيعي للعضو
اسم المتلقي بأحرف واضحة
شارع المتلقي
المدينة والولاية والرمز البريدي

#### معلومات مهمة:

- بتوقيع هذا النموذج، فإنني أتيح لخطّة Mercy Care منح المعلومات الصحية المحمية (PHI) حول العضو الذي يحمل الاسم الوارد في القسم 1 إلى المتلقي الذي يحمل الاسم الوارد في القسم 3.
- هذه الموافقة مخصصة فقط لهذا الطلب.
- قد يتضمن هذا التقرير معلومات حول أمراض مزمنة و/أو حالات متعلقة بالصحة السلوكية و/أو تعاطي الكحول أو المخدرات، و/أو أمراض معدية و/أو أمراض منقولة جنسيًا و/أو فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز و/أو وصمة وراثية.
- لا يتضمن تقرير المعلومات الصحية المحمية (PHI) هذا ملاحظات المعالجة النفسية.
- قد تتم إعادة الإفصاح عن المعلومات الواردة في هذا التقرير من قبل المتلقي وربما لا تعد محمية بموجب قوانين الخصوصية الفيدرالية أو التابعة للولاية.

#### 4. توقيع العضو أو الممثل المفوض

التوقيع	التاريخ
الاسم بأحرف واضحة	
في حالة توقيع ممثل قانوني على هذا النموذج، صف العلاقة: (والد/والدة، وصي قانوني، توكيل رسمي، ممثل شخصي)	

يشير مصطلح **الممثل المفوض** إلى تمتعك بإثبات قانوني لقدرتك على التصرف نيابة عن هذا الشخص. يوقع الممثل نيابة عن شخص لا يمكنه قانوناً التوقيع بنفسه. إذا كان العضو أقل من 18 عاماً، فيجب على الوالد/الوالدة أو الوصي التوقيع للقاصر. إذا كنت ممثلاً توقع هذا النموذج، فيتعين عليك إرسال إثبات قانوني لقدرتك على التصرف نيابة عن هذا الشخص. هل لديك أسئلة؟ يمكننا أن نقدم المساعدة. اتصل بخطّة Mercy Care على الرقم: 800-624-3879.

يرجى توقيع هذا النموذج مكتملاً وإرجاعه إلى:  
**Mercy Care**  
**4755 S. 44<sup>th</sup> Place**  
**Phoenix, AZ 85040**

يرجى منحنا 30 يوماً حتى نرجع إليك بالرد.

تمثل Mercy Care لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تقوم بالتمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس. لا تستبعد Mercy Care الناس أو تعاملهم بشكل مختلف بسبب العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس.

## :Mercy Care

- توفر خدمات ووسائل مساعدة مجانية للأشخاص من ذوي الإعاقة للتواصل معنا بفاعلية، مثل:
  - مترجمون مؤهلون للغة الإشارة
  - معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى (مطبوعة بأحرف كبيرة أو مسجلة صوتيًا أو تنسيقات إلكترونية قابلة للوصول أو تنسيقات أخرى)
- توفر خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين لا تكون الإنجليزية لغتهم الأم، مثل:
  - مترجمون فوريون مؤهلون
  - معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا احتجت إلى مترجم فوري مؤهل أو معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى أو ترجمة أو خدمات أخرى، فاتصل بالرقم الموجود على بطاقة هويتك أو بالرقم **1-800-385-4104** (الهاتف النصي: 711).

إذا كنت تعتقد أن Mercy Care لم تنجح في توفير هذه الخدمات أو قامت بالتمييز بطريقة أخرى على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس، يمكنك تقديم تظلم إلى منسق الحقوق المدنية لدينا على:

العنوان:  
Attn: Civil Rights Coordinator  
4500 East Cotton Center Boulevard  
Phoenix, AZ 85040

الهاتف: **1-888-234-7358** (الهاتف النصي 711)  
البريد الإلكتروني: [MedicaidCRCoordinator@mercycaaz.org](mailto:MedicaidCRCoordinator@mercycaaz.org)

يمكنك تقديم تظلم شخصيًا أو عن طريق البريد أو البريد الإلكتروني. وإذا احتجت إلى مساعدة في تقديم تظلم، فإن منسق الحقوق المدنية لدينا متاح لمساعدتك.

يمكنك أيضًا تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية إلى U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (وزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة، مكتب الحقوق المدنية) إلكترونيًا من خلال مدخل الشكاوى الخاص بمكتب الحقوق المدنية والمتوفر على <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>، أو عن طريق البريد الإلكتروني أو الهاتف على: U.S. Department of Health and Human Service، 200 Independence Avenue، SW Room 509F، Washington، D.C. 20201، 1-800-368-1019، 1-800-537-7697 (جهاز التواصل عن بُعد للصم).

نماذج الشكاوى متاحة على الموقع <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

86.03.322.1-AZ

## Multi-language Interpreter Services

**ENGLISH: ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on the back of your ID card or **1-800-385-4104** (TTY: 711).

**SPANISH: ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación o al **1-800-385-4104** (TTY: 711).

**NAVAJO:** Díí BAA AKÓNINÍZIN: Díí bee yánifti'go, saad bee áká'ánída'awo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló. Ninaaltsoos nitt'izí bee nééhozinígíí bine'déé' béesh bee hane'í biká'ígíí bee hodílnih doodago **1-800-385-4104** (TTY: 711) hóline' dooleet.

**CHINESE:** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電您的 ID 卡背面的電話號碼或 **1-800-385-4104** (TTY: 711)。

**VIETNAMESE: CHÚ Ý:** nếu bạn nói tiếng việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi số có ở mặt sau thẻ id của bạn hoặc **1-800-385-4104** (TTY: 711).

**ARABIC:** ملحوظة: إذا كنت تتحدث باللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل على الرقم الموجود خلف بطاقتك الشخصية أو على **1-800-385-4104** (للصم والبكم: 711).

**TAGALOG: PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng wikang Tagalog, mayroon kang magagamit na mga libreng serbisyo para sa tulong sa wika. Tumawag sa numero na nasa likod ng iyong ID card o sa **1-800-385-4104** (TTY: 711).

**KOREAN:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 ID 카드 뒷면에 있는 번호로나 **1-800-385-4104** (TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오.

**FRENCH: ATTENTION:** si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité ou le **1-800-385-4104** (ATS: 711).

**GERMAN: ACHTUNG:** Wenn Sie deutschen sprechen, können Sie unseren kostenlosen Sprachservice nutzen. Rufen Sie die Nummer auf der Rückseite Ihrer ID-Karte oder **1-800-385-4104** (TTY: 711) an.

**RUSSIAN: ВНИМАНИЕ:** если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки, или по номеру **1-800-385-4104** (TTY: 711).

**JAPANESE:** 注意事項:日本語をお話になる方は、無料で言語サポートのサービスをご利用いただけます。IDカード裏面の電話番号、または**1-800-385-4104** (TTY: 711)までご連絡ください。

**PERSIAN:** اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، به صورت رایگان می توانید به خدمات کمک زبانی دسترسی داشته باشید. با شماره درج شده در پشت کارت شناسایی یا با شماره **1-800-385-4104** (TTY: 711) تماس بگیرید.

**SYRIAC:** ملحوظة: إذا كنت تتحدث باللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل على الرقم الموجود خلف بطاقتك الشخصية أو على **1-800-385-4104** (للصم والبكم: 711).

**SERBO-CROATIAN: OBAVEŠTENJE:** Ako govorite srpski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Pozovite broj na poleđini vaše identifikacione kartice ili broj **1-800-385-4104** (TTY – telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

**SOMALI: FEEJIGNAAN:** Haddii af-Soomaali aad ku hadasho, adeegyada gargaarka luqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Wac lambarka ku qoran dhabarka dambe ee kaarkaaga aqoonsiga ama **1-800-385-4104** (Kuwa Maqalka ku Adag 711).

**THAI:** ข้อควรระวัง: หากคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทรติดต่อหมายเลขที่อยู่ด้านหลังบัตร ID ของคุณ หรือหมายเลข **1-800-385-4104** (TTY: 711) 86.03.322.1-AZ