

قضية تابعة لمجلس تعويضات العمال (Workers' Compensation Board, WCB) رقم (إذا كنت تعرفها):

إلى مقدم الطلب: إذا كنت قد تلقيت علاجًا لإصابة سابقة حدثت للجزء نفسه من الجسم أو لمرض مماثل لذلك الموضح في مطالبتك الحالية، فاملأ هذا النموذج. يسمح هذا النموذج لمقدمي الرعاية الصحية المدرجين أدناه بالإفصاح عن معلومات الرعاية الصحية بشأن إصابتك/مرضك السابق لشركة تأمين تعويضات العمال التي يتعامل معها صاحب عملك. ينص قانون HIPAA الفيدرالي (قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة لعام 1996) على أنه يحق لك الحصول على نسخة من هذا النموذج. إذا كنت لا تفهم مضمون هذا النموذج، فتحدث إلى ممثلك القانوني. إذا لم يكن لديك ممثل قانوني، يمكن للمحامي عن العمال المصابين في مجلس تعويضات العمال مساعدتك. يرجى الاتصال بالرقم: 800-580-6665.

إلى مقدم الرعاية الصحية: تتيح لك النسخة من هذا الإصدار المتوافق مع قانون HIPAA الإفصاح عن المعلومات الصحية. إذا قمت بإرسال سجلات إلى شركة تأمين تعويضات العمال التي يتعامل معها صاحب العمل استجابة لهذا الإفصاح، فأرسل أيضًا نسخًا منها عبر البريد إلى الممثل القانوني لمقدم الطلب. (إذا لم تجد أي ممثل قانوني مذكورًا أدناه، فأرسل النسخ إلى مقدم الطلب). يجب على مقدمي الرعاية الصحية الذين يفصحون عن السجلات اتباع قانون ولاية نيويورك وقانون HIPAA.

هذا الإفصاح:

- **طوعي.** يجب أن يمنحك مقدم (مقدم) الرعاية الصحية الخاص بك الرعاية وشروط الدفع والمزايا نفسها، سواء وقعت على هذا النموذج أم لا.
- **مقيد.** إنه يمنح مقدم (مقدمي) الرعاية الصحية الخاص بك الإذن بالإفصاح عن السجلات الصحية التي تتعلق بالمرض/الحالة السابقة التي تصفها أدناه فقط.
- **مؤقت.** إنه ينتهي عندما يتم إنشاء مطالبتك الحالية بالتعويض أو يتقرر عدم قبولها ويتم استنفاد جميع الطعون.
- **قابل للإلغاء.** يمكنك إلغاء هذا الإفصاح في أي وقت. للإلغاء، أرسل خطابًا إلى مقدم (مقدمي) الرعاية الصحية المدرج في هذا النموذج. أرسل أيضًا نسخة من خطابك إلى شركة تأمين تعويضات العمال التي يتعامل معها صاحب عملك وإلى مجلس تعويضات العمال. ملاحظة: لا يجوز لك إلغاء هذا الإفصاح فيما يتعلق بالسجلات الطبية التي تم تقديمها بالفعل.
- **للسجلات فقط.** إنه يمنح مقدم (مقدمي) الرعاية الصحية الخاص بك المدرج في هذا النموذج الإذن بإرسال نسخ من سجلات الرعاية الصحية الخاصة بك إلى شركة تأمين تعويضات العمال التي يتعامل معها صاحب عملك.

لا يسمح هذا النموذج لمقدم (مقدمي) الرعاية الصحية الخاص بك بالإفصاح عن الأنواع التالية من المعلومات:

- المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية
- ملاحظات بشأن العلاج النفسي
- علاج تعاطي الكحول/المخدرات
- علاج بشأن الصحة العقلية (إلا إذا أشرت إلى السماح بذلك أدناه)
- المعلومات اللفظية (لا يجوز لمقدمي الرعاية الصحية إجراء مناقشة بشأن معلومات الرعاية الصحية الخاصة بك مع أي شخص)

ستصبح أي سجلات طبية يتم الإفصاح عنها جزءًا من ملف تعويضات العمال الخاص بك، وتكون سرية بموجب قانون تعويضات العمال.

أ. معلوماتك (مقدم الطلب)

1. الاسم: _____
2. رقم الضمان الاجتماعي: _____
3. العنوان البريدي: _____
4. تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____
5. تاريخ الإصابة/المرض الحالي: _____ / _____ / _____
6. الإصابة/المرض الحالي، بما في ذلك جميع أجزاء الجسم المصابة: _____
7. اسم ممثلك القانوني وعنوانه (إن وجد): _____

حدد هنا إذا كنت تسمح لمقدم (مقدمي) الرعاية الصحية الخاص بك بالإفصاح عن معلومات الرعاية بشأن الصحة العقلية.

ب. مقدم (مقدم) الرعاية الصحية الخاص بك (أذكر جميع مقدمي الرعاية الصحية الذين عالجتك فيما يتعلق بإصابة سابقة للجزء نفسه من الجسم أو فيما يتعلق بمرض مماثل. إذا كان مقدمو الخدمة أكثر من اثنين (2)، فأرفق معلومات الاتصال بهم بهذا النموذج).

1. مقدم الخدمة: _____
2. رقم الهاتف: _____ ()
3. العنوان البريدي: _____
4. مقدم خدمة آخر (إن وجد): _____
5. رقم الهاتف: _____ ()
6. العنوان البريدي: _____

ج. اقرأ ووقع أدناه. أطلب بموجب هذه الوثيقة من مقدم (مقدمي) الرعاية الصحية المذكور أعلاه أن يسلم شركة تأمين تعويضات العمال التي يتعامل معها صاحب عملي نسخًا من جميع السجلات الصحية المتعلقة بأي إصابة/مرض سابق، فيما يتعلق بجميع أجزاء الجسم، حسب ما هو موصوف أعلاه.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب (بالحبر فقط – استخدم قلم حبر جاف أزرق، إن أمكن).

إذا تعذر على مقدم الطلب التوقيع، يجب على الشخص الذي يوقع نيابة عنه أن يملأ البيانات المطلوبة وأن يوقع أدناه:

التاريخ

التوقيع (بالحبر فقط – استخدم قلم حبر جاف أزرق، إن أمكن).

علاقتك بمقدم الطلب

اسمك