

التاريخ : 04/01/2023  
رقم الحالة : 775219683  
رقم المستند : 22442995



STATE OF RHODE ISLAND  
P.O. BOX 8709  
CRANSTON, RI 02920-8787



كيفية التواصل معنا

عبر الإنترنت: <https://healthyrhode.ri.gov>

للأسئلة حول التغطية الصحية الميسورة التكلفة أو برامج إدارة الخدمات الإنسانية، اتصل بإدارة الخدمات الإنسانية على الرقم (1-855-697-4347) 1-855-MY-RI-DHS

MEDICAID RECIPIENT  
123 MAIN ST  
CITY, RI 12345



ولاية رود آيلاند

### خدمات MEDICAID الطويلة الأجل وتجديد وسائل الدعم

(أهلية التسجيل في برنامج Katie Beckett، والخدمات المنزلية والمجتمعية المقدمة لكبار السن والبالغين من ذوي الإعاقة، ودور رعاية المسنين، وإدارة الرعاية الصحية السلوكية وإعاقات النمو والمستشفيات (Behavioral Healthcare Developmental Disabilities & ) (Hospitals, BHDDH)، وبرنامج PACE)

الإجراء المطلوب: راجع المعلومات المتوفرة لدينا في ملفك

يجب علينا كل عام مراجعة حالتك لمعرفة ما إذا كنت لا تزال مؤهلاً لبرنامج Medicaid أم لا. نحن نقرر ما إذا كنت لا تزال مؤهلاً استناداً إلى المعلومات التي قدمتها لنا أم لا. ونتحقق بعد ذلك من هذه المعلومات باستخدام أدوات التحقق الإلكترونية. لم تتمكن من تحديد إذا كنت أنت أو أحد أفراد أسرتك لا تزالان مؤهلين للتسجيل في برنامج Medicaid استناداً إلى عمليات التحقق الخارجية والمعلومات التي قدمتها لنا. لمواصله الحفاظ على أهليتك للتسجيل في برنامج Medicaid وعدم فقدان التغطية، يرجى مراجعة هذا الإشعار بكامله، وتحديث المعلومات إن أمكن، والتوقيع على نموذج التجديد وإعادة قبل التاريخ المذكور أدناه. إذا لم تقدم نموذج تجديد موقفاً قبل التاريخ المذكور أدناه، فسيتم النظام أهليتك للحصول على خيارات تغطية التأمين الصحي ويحددها وفقاً لذلك.

اسم البرنامج	الاسم	التاريخ المقرر لانتهاء المزايا الحالية
Medicaid		06/01/2023

يرجى إرسال الوثيقة (الوثائق) التالية ونموذج تجديد موقفاً بحلول التاريخ (التواريخ) المذكور أدناه. إذا لم تقدم نموذج مستند (مستندات) قبل التاريخ (التواريخ) المذكور أدناه، فسيتم النظام أهليتك للحصول على خيارات تغطية التأمين الصحي وسيحددها وفقاً لذلك.

لمزيد من المعلومات، فم بزيارة الموقع الإلكتروني <https://healthyrhode.ri.gov>



الاسم	نحتاج إلى معلومات حول:	المعلومات الواجب تقديمها بواسطة:	أمثلة الإثبات (الإثباتات) المقبول (يرجى إعادة نسخة واحدة مما يلي):
cG P	الدخل غير المكتسب (بما يشمل التأمين ضد العجز المؤقت أو التأمين المتعلق بالتقاعد أو الأشخاص الناجين أو التأمين ضد الإعاقة)	05/01/2023	كعب (كعوب) الشيك الأخير خطاب أو مستند من الشخص/ الوكالة المسؤولة عن عملية الدفعسجلات المحاكم أو مستند قانوني آخر سجلات المحامي رسالة من القبيلة بيان من الجهة المقرضة كشف حساب بنكي أو بيان مالي آخر خطاب تخصيص المنح AP-91 عقد القرض أمر المحكمة المتعلق برعاية الطفلين من ولي الأمر الذي يقدم الرعاية اتفاقية الدعم

يجب إعادة هذا النموذج قبل 05/01/2023. إذا لم نتلقَ هذا النموذج موقعاً قبل ذلك التاريخ، فلن نُجَدِّد أهليتك للحصول على الخدمات ووسائل الدعم الطويلة الأجل (long-term services and supports, LTSS) المتعلقة ببرنامج Medicaid وستفقد مزايا التغطية في 05/01/2023.

#### ما التغييرات التي يجب الإبلاغ عنها؟

- **الدخل:** من الضروري أن نعرف أي تغييرات في دخل المستفيد من الخدمات ووسائل الدعم الطويلة الأجل ( long-term services and supports, LTSS) وأي زوج/زوجة أو معالين يتم أخذهم في الاعتبار عند تحديد المبلغ الذي يجب دفعه مقابل تكلفة الرعاية كل شهر. إذا كان هذا التجديد يتعلق بطفل مؤهل للتسجيل في برنامج Katie Beckett، فسنحتاج إلى معرفة دخل الطفل فحسب. لا توجد مساهمة مطلوبة في تكلفة الرعاية.
- **الموارد:** من الضروري أيضاً أن نعرف إذا زادت موارد المستفيد من الخدمات ووسائل الدعم الطويلة الأجل (LTSS) و/ أو إذا تم بيع أي موارد يمتلكها المستفيد بشكل مباشر أو مشترك أو تحويلها إلى شخص آخر.
- **العنوان وترتيبات المعيشة:** يجب إعلامنا إذا كان المستفيد من برنامج الخدمات ووسائل الدعم الطويلة الأجل (LTSS) قد انتقل من سكنه أو غير عناوينه، أو انضم إلى دار رعاية دائمة أو دار رعاية مسنين أو منزل جماعي، أو غادر أياً منها، أو إذا كان يرتب للانتقال إلى منزل معيشة مشتركة جديد أو مختلف.
- **نية مالك المنزل في العودة إلى محل الإقامة الرئيسي:** بالنسبة إلى المقيمين في دور رعاية المسنين فقط: إذا كنت تمتلك منزلاً يمثل محل إقامتك الرئيسي، فسنتفرض أنك تنوي العودة إلى العيش في هذا العقار في وقت مناسب مستقبلاً، وإذا كانت هناك تغييرات طرأت على ملكيتك أو نيتك للعودة إلى محل الإقامة هذا، يرجى تحديث القسم 5 الوارد أدناه.
- **الظروف العائلية والأسرية:** نحتاج إلى معرفة إذا حدثت تغييرات في أسرة المستفيد مثل إذا كان الزوج/ الزوجة أو أحد معالي المستفيد من الخدمات ووسائل الدعم الطويلة الأجل (LTSS) قد مات، أو حصل على الطلاق، أو تزوج شخصاً آخر، أو انتقل إلى منزل أو خرج منه أو باع منزلاً لا يتم احتسابه كمورد. هذه المعلومات غير مطلوبة لتجديد حالة طفل مؤهل للتسجيل في برنامج Katie Beckett.
- **وضع الهجرة:** يجب عليك إخبارنا إذا كانت حالة الهجرة للمستفيد من الخدمات ووسائل الدعم الطويلة الأجل (LTSS) من غير المواطنين و/ أو الراعي قد تغيرت منذ تاريخ الطلب الأولي أو التجديد الأخير.

لمزيد من المعلومات، فمُ بزيارة الموقع الإلكتروني <https://healthyrhode.ri.gov>



## كيف يمكنني الإبلاغ عن تغييراتي وتجديد تغطية Medicaid الخاصة بي؟

توجد عدة طرق للإبلاغ عن التغييرات. يرجى قراءة الإرشادات التالية بعناية.

- **البريد:** إذا اخترت الرد عبر البريد، يرجى كتابة المعلومات التي تغيرت في عمود "المعلومات المحدثة" في هذا الإشعار. إذا لم تكن هناك معلومات مطبوعة مسبقاً وقمت بإرجاع هذا النموذج، فاملأ المربعات باستخدام "المعلومات الحالية". يرجى التأكد من التوقيع على النموذج وكتابة التاريخ. يمكن إرسال النموذج بالبريد إلى العنوان الموجود أعلى هذا الإشعار. يجب على الأطفال المؤهلين للتسجيل في برنامج Katie Beckett إرسال النموذج إلى DHS-LTSS P.O. BOX 8709 CRANSTON, RI 02920
- **التسليم إلى مكتب إدارة الخدمات الإنسانية (Department of Human Services, DHS):** إذا اخترت تسليم النموذج إلى مكتب إدارة الخدمات الإنسانية (DHS)، يرجى اتباع الإرشادات المذكورة أعلاه الخاصة بالبريد. لمعرفة مواقع المكتب، فم زيارة الموقع الإلكتروني [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) أو اتصل بالرقم 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).
- **عبر الإنترنت:** يمكنك أيضاً الانتقال إلى "User Account" (حساب المستخدم) الخاص بك على <https://healthyrhode.ri.gov> وإجراء التغييرات.

## اعرض حسابك عبر الإنترنت

تتوفر أيضاً معلومات عن المزايا الخاصة بك عن طريق تسجيل الدخول إلى حسابك على الموقع الإلكتروني <https://healthyrhode.ri.gov>. يمكنك الوصول إلى حسابك باستخدام اسم المستخدم GP [REDACTED]. إذا كنت لا تتذكر كلمة المرور الخاصة بك، فإنه يمكنك استردادها عن طريق النقر على "LOG IN" (تسجيل الدخول) ثم النقر على "Forgot Username/Password?" (نسيت اسم المستخدم/ كلمة المرور؟) على الموقع الإلكتروني <https://healthyrhode.ri.gov>. من خلال حسابك، يمكنك التقدم بطلب للحصول على المزايا الخاصة بك وتجديدها والإبلاغ عن التغييرات.

لمزيد من المعلومات، فم زيارة الموقع الإلكتروني <https://healthyrhode.ri.gov>



## نموذج تجديد الخدمات ووسائل الدعم الطويلة الأجل (LTSS)

الإرشادات: يرجى قراءة هذا النموذج بعناية وكتابة المعلومات المتغيرة عن المستفيد. يرجى التأكد من التوقيع على نموذج التجديد وإعادةه كاملاً، بما يشمل هذه الصفحة، حتى إذا لم تكن لديك أي تغييرات للإبلاغ عنها.

معلومات الاتصال للمستفيد

المعلومات المحدّثة	المعلومات الحالية	
	Self	جهة الاتصال الأساسية وصلة القرابة بالمستفيد
	35758	العنوان البريدي
المعلومات المحدّثة	المعلومات الحالية	
	02861	العنوان الذي يعيش فيه المستفيد من برنامج الخدمات ووسائل الدعم الطويلة الأجل (LTSS) في الوقت الحالي
المعلومات المحدّثة	المعلومات الحالية	
	808	رقم الهاتف
	@gmail.com	البريد الإلكتروني
المعلومات المحدّثة	المعلومات الحالية	اسم الممثل المُفوض

## 1. الدخل:

منذ أول مرة تقدم فيها المستفيد بطلب أو منذ آخر تجديد، هل طرأت أي تغييرات على الدخل؟ نحتاج إلى معرفة أي تغييرات في دخل المستفيد. يتعين علينا أيضاً معرفة أسماء أي زوج(ة) ومُعالين ومصادر دخلهم لوضع كل ذلك في الحساب عند تحديد المبلغ الذي يجب أن يدفعه المستفيدون البالغون من برنامج الخدمات ووسائل الدعم الطويلة الأجل (LTSS) مقابل تكلفة الرعاية.

إذا كانت المربعات فارغة، يرجى تقديم المعلومات المطلوبة.

إذا كانت المربعات مطبوعة مسبقاً، فقم بشطب المعلومات الخطأ وقدم المعلومات الصحيحة في الصفوف الفارغة أدناه. أضف أسماء أي معالين جدد ودخلهم.

أرسل إثباتاً لمبالغ الدخل الجديدة أو المصححة مع هذا النموذج.

ملاحظة: بالنسبة إلى الأطفال المؤهلين لبرنامج Katie Beckett، يرجى تضمين دخل الطفل فقط.

حدد إذا لم توجد تغييرات في الدخل للإبلاغ عنها



الدخل / النوع	صلة القرابة بالمستفيد من برنامج الخدمات ووسائل الدعم الطويلة الأجل (LTSS)	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي (SSN)	الاسم
\$ 2,524.90/ RSDI (Retirement, Survivors, and Disability Insurance)	Self	939	XXX-XX-	G P

## 2. الموارد

منذ أول مرة تقدم فيها المستفيد من برنامج الخدمات ووسائل الدعم الطويلة الأجل (LTSS) بطلب أو منذ آخر تجديد، هل طرأت أي تغييرات على الموارد التي يمتلكها المستفيد، بما يشمل أي زيادة أو نقصان؟ إذا كانت لدى المستفيد من برنامج الخدمات ووسائل الدعم الطويلة الأجل (LTSS) أي موارد جديدة أو متغيرة (أي مبيعة أو منقولة)، يرجى ذكرها أدناه أسفل "المعلومات الحالية". إذا كان النموذج مطبوعاً مسبقاً، فقم بشطب المعلومات الخطأ وأدخل المعلومات المحدثة الصحيحة في المربعات الموجودة على اليسار.

**ملاحظة:** تشمل الموارد الأموال النقدية المتوفرة في متناول اليد، وحسابات التوفير والحسابات الجارية، وشهادات الإيداع، والأسهم، والسندات، وحسابات ABE، والصناديق الاستثمارية، وملكية الأعمال التجارية، وما إلى ذلك.

حدد إذا لم توجد تغييرات في الموارد للإبلاغ عنها

اسم المالك	الموارد	المعلومات الحالية	المعلومات المحدثة
	المركبة (المركبات)	-	
	الحساب الجاري/ حساب الادخار	-	
	الأسهم/ السندات	-	
	شهادات الإيداع	-	
	حسابات السوق المالية	-	
	ملكية نشاط تجاري	-	
	الأقساط السنوية	-	
	حسابات التقاعد الفردية ( Individual Retirement Account, IRA و 401K، و 403B، وخطة Keogh)	-	
	عقود أو حسابات الدفن	-	
	غير ذلك	\$ 100,000.00	

لمزيد من المعلومات، فم بزيارة الموقع الإلكتروني <https://healthyrhode.ri.gov>



2. صناديق الائتمان

إذا قام المستفيد من برنامج الخدمات ووسائل الدعم الطويلة الأجل (LTSS) أو أي شخص يتصرف نيابةً عنه بالإشياء والنقل لأي عنصر ذي قيمة، مثل الميراث، أو الممتلكات العقارية، أو تسوية التأمين، أو توزيع حسابات (IRA)، أو عقد الدفن، أو محفظة الأسهم، أو صندوق الائتمان، أو خطة الأقساط السنوية، أو حساب الوساطة، أو ما شابه ذلك في صندوق الائتمان في غضون الستين (60) شهرًا الماضية، فاملأ المربعات أدناه وأرسل الإثبات.

حدد إذا لم توجد أنشطة استثنائية للإبلاغ عنها

وصف العنصر	تاريخ العمل	قيمة/ مبلغ العنصر الموضوع في الصندوق الاستثماري

3. العقار، بما يشمل منزل المستفيد من برنامج الخدمات ووسائل الدعم الطويلة الأجل (LTSS)

هل حدث أي تغيير في حصة ملكية المستفيد في العقارات/ الملكيات العقارية (مثل منزل أو أرض) منذ وقت تقديم الطلب الأولي أو التجديد الأخير؟ املأ الفراغات أو صحح أي معلومات خطأ في المربعات أدناه وأرسل إلينا وثائق التغييرات المتعلقة بالمبيعات والتحويلات والدخل.

لم تطرأ أي تغييرات على العقارات/ الممتلكات العقارية للإبلاغ عنها.

العقارات والملكيات العقارية الأخرى		
1. السكن الرئيسي	المعلومات الحالية	المعلومات المحدثة
	-	
الأزواج/ المعالون الذين يعيشون في المنزل	المعلومات الحالية	المعلومات المحدثة
	-	
الدخل من الملكيات العقارية - الإيجار أو التأجير	المعلومات الحالية	المعلومات المحدثة
	-	
تاريخ البيع/ التحويل	المعلومات الحالية	المعلومات المحدثة
	-	

لمزيد من المعلومات، فم زيارة الموقع الإلكتروني <https://healthyrhode.ri.gov>



المعلومات المحدثة	المعلومات الحالية	2. عقار/ سكن آخر (العنوان)
	-	
المعلومات المحدثة	المعلومات الحالية	قيمة حقوق الملكية - تُقدر أقل من أي حقوق حجز أو ديون أو قروض
	-	
المعلومات المحدثة	المعلومات الحالية	الدخل من الملكيات العقارية - الإيجار أو التأجير
	-	
المعلومات المحدثة	المعلومات الحالية	تاريخ البيع/ التحويل
	-	

#### 4. تغطية التأمين الصحي

قدم معلومات كاملة وحديثة عن جميع أشكال التأمين الصحي التي توفر التغطية للمستفيد من خلال ملء الفراغات أو تصحيح المعلومات المطبوعة مسبقاً في المربعات الفارغة في الصف أدناه. فَم بتضمين خطط أصحاب العمل والمتقاعدين والخطط الصحية الخاصة الأخرى؛ والخطط المتعلقة بالأسنان والنظر وغيرها من الخطط التكميلية؛ و Medicare و Tricare والخطط الحكومية المماثلة.

يرجى إرسال نسخ من الوجه والظهر لجميع بطاقات التأمين الصحي الجديدة والمحدثة الخاصة بهذه الخطط.

حدد إذا لم تطرأ أي تغييرات على تغطية التأمين الصحي للإبلاغ عنها

التأمين الصحي	اسم صاحب وثيقة التأمين	رقم وثيقة التأمين	قسط التأمين الشهري

لمزيد من المعلومات، فَم بزيارة الموقع الإلكتروني <https://healthyrhode.ri.gov>



## القسم 5: للمقيمين في مرافق رعاية المسنين فقط

## نية العودة إلى السكن الرئيسي

أكمل فقط إذا كنت تقيم حاليًا في مرافق لرعاية المسنين وتملك منزلًا.

أنا، \_\_\_\_\_، أشهد بموجب هذه الوثيقة أنني أملك العقار الواقع  
(اسم مقدم الطلب/ المستفيد)في \_\_\_\_\_  
(عنوان الشارع) (المدينة) (الولاية والرمز البريدي)

علاوة على ذلك، أشهد أن هذا العقار هو مكان إقامتي الرئيسي؛

أملك العقار المذكور أعلاه: (يرجى تحديد أحد الخيارات)

Jointly (ملكية مشتركة) Solely (بمفردي) Life Estate (ملكية لمدى الحياة) Tenants in common (مستأجرون مشاركون) 

أفهم وأوافق على تحمل مسؤولية إبلاغ إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) (في غضون عشرة (10) أيام) بأي تغيير في ملكيتي لهذا العقار. أوافق أيضًا على إبلاغ إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) بأي تغيير في نيتي بالعودة للعيش في العقار المذكور أعلاه؛ لذلك، أبلغ عن التغييرات التالية: (اكتب أدناه لتوضيح التغييرات)

---



---



---



---

لمزيد من المعلومات، فَم بزيارة الموقع الإلكتروني <https://healthyrhode.ri.gov>

التحذير بشأن فرض عقوبة	
"بموجب عقوبات الحنث باليمين، أقسم أن نموذج التجديد هذا قد تم فحصه أو قراءته لي، وعلى حد علمي، فإن الحقائق صحيحة وكاملة. إذا كنت أتقدم بالطلب نيابة عن شخص آخر، أقسم أن هذا الطلب قد تم فحصه أو قراءته لمقدم الطلب، وعلى حد علمه/علمها، فإن الحقائق صحيحة وكاملة".	
توقيع العميل أو الممثل المفوض التاريخ:	
توقيع الزوج/ الزوجة أو ولي الأمر التاريخ:	
توقيع الولي/ الوصي/ الوكيل المفوض التاريخ:	توقيع الشاهد من الإدارة التاريخ:
رقم الهاتف	( )

لمزيد من المعلومات، فَم بزيارة الموقع الإلكتروني <https://healthyrhode.ri.gov>



## موافقتك على مشاركة البيانات لاتخاذ قرارات الأهلية

يمكننا مساعدتك بشكل أفضل إذا تمكنا من العمل مع الوكالات والمتخصصين الآخرين الذين يعرفونك ويعرفون عائلتك. عند تحديد مربع "أوافق"، فإنك تمنحنا الإذن بالحصول على المعلومات السرية الخاصة بك من مصادر متنوعة بولاية رود آيلاند واستخدامها ومشاركتها، ومن هذه المصادر ما يلي: إدارة العمل والتدريب بولاية رود آيلاند. إدارة الخدمات الإنسانية بولاية رود آيلاند. المكتب التنفيذي للخدمات الصحية والإنسانية بولاية رود آيلاند. إدارة الصحة بولاية رود آيلاند. وإدارة الإصلاحات ومؤسسة Experian نيابة عن مراكز خدمات Medicaid و Medicare (CMS) وإدارة الضمان الاجتماعي.

لن نحجب عنك أي مزايا أو نعوق وصولك إلى أي برامج تكون مؤهلاً للتسجيل فيها لمجرد أنك لا تمنحنا الإذن بالحصول على المعلومات السرية واستخدامها ومشاركتها. وعلى الرغم من ذلك، فلا يمكننا مساعدتك على الوصول إلى بعض البرامج ووسائل الدعم التي قد تكون مؤهلاً لها من دون موافقتك. موافقتك مطلوبة من أجل تحديد أهليتك.

يمكنك متابعة التسوق للحصول على تغطية التأمين الصحي وشراؤها من دون إكمال هذه الموافقة عن طريق التواصل مع مركز الاتصال الخاص بنا على الرقم (4774) 1-855-840-HSRI، ولكن إذا رغبت في معرفة إذا كنت مؤهلاً للحصول على أي مساعدات مالية لشراء التغطية، وإذا كنت مؤهلاً للتسجيل في برنامج Medicaid، فسيكون من الضروري بالنسبة إليك إكمال هذه الموافقة.

سيتم إجراء جميع عمليات مشاركة المعلومات واستخدامها التي تصرح بها من خلال تحديد مربع "أوافق" وفقاً لجميع القوانين واللوائح الفيدرالية وعلى مستوى الولاية التي تحمي خصوصيتك، ومنها على سبيل المثال لا الحصر: قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة لعام 1996 (قانون عام 104-191 المعروف باختصار (HIPAA))، وسرية الاتصالات والمعلومات المتعلقة بالرعاية الصحية بولاية رود آيلاند (قانون R.I.G.L. 5-37.3-1 وما يليه)، وقوانين R.I.G.L. 28-32-5 و 28-36-12 و 28-42-38 و 28-39-19 و 28-39-22 و 28-39-22 و 40.1-5-26 و 23-3-23 و 42-12-22 و 40-6-12، وجميع القوانين واللوائح الأخرى المعمول بها. ستتم مشاركة المعلومات عن طريق نقل البيانات الحاسوبية.

عند تحديد أول مربع أدناه، أوافق على الحصول على المعلومات السرية الخاصة بي واستخدامها لتحديد أهليتي للتسجيل في برنامج تغطية التأمين الصحي الممول من القطاع العام أو غيره من البرامج الممولة من القطاع العام والمُدارة من خلال هذا الموقع، ومن ثم التخطيط للمزايا والمدفوعات وتقديمها وتنسيقها.

أوافق على مشاركة البيانات لاتخاذ قرارات الأهلية

لا أوافق وأدرك أن أهليتي للتسجيل في بعض البرامج ستتأثر بهذا القرار



لديك الحق في الحصول على معاملة غير تمييزية. وفقًا لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية (U.S. Department of Agriculture, USDA)، يُحظر على وزارة الزراعة بالولايات المتحدة ووكالاتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات المشاركة في برامج وزارة الزراعة بالولايات المتحدة أو إدارتها ممارسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي، أو الدين، أو النوع الجنساني، أو الهوية الجنسية (بما يشمل التعبير الجنسي)، أو التوجه الجنسي، أو الإعاقة، أو العمر، أو الحالة الاجتماعية، أو الحالة الأسرية/الأبوية، أو الدخل المستمد من برنامج المساعدة العامة، أو المعتقدات السياسية، أو الثأر أو الانتقام بسبب نشاط سابق في مجال الحقوق المدنية، في أي برنامج أو نشاط تجاري أو تمويله وزارة الزراعة بالولايات المتحدة (لا تنطبق جميع القواعد على جميع البرامج). تختلف المواعيد النهائية للجزءات وتقديم الشكاوى حسب البرنامج أو الحادث. يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (مثل طريقة برايل، والطباعة بأحرف كبيرة، والأشرطة الصوتية، ولغة الإشارة الأمريكية، وما إلى ذلك)، الاتصال بالوكالة المسؤولة أو مركز TARGET التابع لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) على الرقم 720-2600 (202) (الخدمة الصوتية والهاتف النصي (TTY)) أو الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم 877-8339 (800). بالإضافة إلى ذلك، قد تتوفر معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية. لتقديم شكوى بشأن التعرض للتمييز في أحد البرامج، أكمل نموذج شكوى التمييز في برنامج USDA، AD-3027، الموجود عبر الإنترنت على الموقع الإلكتروني

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf>

في أي مكتب من مكاتب وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) أو اكتب خطابًا موجهاً إلى وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) مع ذكر جميع المعلومات المطلوبة في النموذج. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل بالرقم 632-9992 (866). أرسل النموذج أو الخطاب المكتمل إلى وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) عن طريق: (1) البريد: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 (2) فاكس: (202) 690-7442، أو (3) البريد الإلكتروني: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) هي إحدى الجهات المعنية بتوفير الفرص المتكافئة بالإضافة إلى دورها كصاحب عمل ومقرض.

وفقًا للباب السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964 (42 U.S.C. 2000d وما يليه)، والبنود 504 من قانون إعادة التأهيل لعام 1973، بصيغته المعدلة (29 U.S.C. 794)، وقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة لعام 1990 (42 U.S.C. 12101 وما يليه)، والباب التاسع من تعديلات التعليم لعام 1972 (20 U.S.C. 1681 وما يليه)، وقانون الغذاء والتغذية لعام 2008 (قانون قسائم الغذاء سابقًا)، وقانون التمييز على أساس السن لعام 1975، واللوائح التنفيذية لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (45 C.F.R. 80 و 84) واللوائح التنفيذية لوزارة التعليم الأمريكية (34 C.F.R. 104 و 106)، ووزارة الزراعة والغذاء والخدمات التغذوية الأمريكية (7 C.F.R. 272.6)؛ لا يمارس المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) وإدارة الخدمات الإنسانية (Department of Human Services, DHS) أي تمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الإعاقة أو الدين أو المعتقدات السياسية أو العمر أو النوع الجنساني عند القبول أو التوفير للخدمات أو التوظيف أو العلاج، وفي التعليم وأنشطة البرامج الأخرى. بموجب الأحكام الأخرى للقانون المعمول به، لا يمارس المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) وإدارة الخدمات الإنسانية (DHS) التمييز على أساس التوجه الجنسي أو الهوية الجنسية أو التعبير الجنساني. للحصول على المزيد من المعلومات حول القوانين واللوائح المتعلقة بعدم التمييز وإجراءات الشكاوى لحل شكاوى التمييز، تواصل مع إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) على العنوان 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920، هاتف رقم 462-2971 (401). لإجراء مكالمة باستخدام خدمة الترحيل برود آبلاند، اتصل بالرقم 7-1-1 أو اتصل بأحد هذه الأرقام المجانية: الهاتف النصي (TTY): 1-800-745-5555، الخدمة الصوتية: 1-800-745-6575. يُعد المسؤول المعني بتنسيق العلاقات المجتمعية هو منسق تنفيذ الباب السادس، ومدير مكتب خدمات إعادة التأهيل (Office of Rehabilitation Services, ORS) أو من ينوب عنه هو منسق تنفيذ الباب التاسع، البنود 504، وقانون الأمريكيين من ذوي الإعاقة (Americans with Disabilities Act, ADA). يتحمل مدير إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) أو من ينوب عنه المسؤولية الكاملة عن الامتثال للحقوق المدنية لجميع برامج الوكالة. يتولى أمين المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) المسؤولية عن قضايا التمييز المتعلقة بـ Medicaid وسيتم إحالة أي شكاوى من هذا القبيل وفقًا لذلك.

لمزيد من المعلومات، فم زيارة الموقع الإلكتروني <https://healthyrhode.ri.gov>





## إرشادات لمقدم خدمة الفحص

يتقدم مريضك بطلب للحصول على خدمات من إدارة الخدمات الإنسانية (Department of Human Services, DHS). يُطلب منك إكمال هذا النموذج بحيث يتمكن مكتب المراجعة الطبية (Office of Medical Review, OMR) من تحديد مستوى الرعاية.

هذه الوثائق مطلوبة للمساعدة في تقديم الخدمات التي تلبي احتياجات المريض الحالية على أكمل وجه، سواء في إحدى دور رعاية المسنين أو فيما يتعلق بالخدمات المجتمعية.

### الإجراءات المطلوبة منك لإكمال عملية تقديم هذا الطلب:

1. يرجى إكمال نموذج PM-1 هذا بدقة وإعادته إلى مكتب الرعاية الطويلة الأجل المعني بهذا الشأن في الوقت المناسب. يجب إكمال جميع الأقسام.
2. يُعد نموذج PM-1 ضروريًا، ويُحبذ تقديم معلومات طبية أخرى، مثل جداول الأدوية، لكنها ليست بديلة لهذا النموذج.

بصفتك مقدم خدمة الفحص (أستاذ في الطب (medical doctor, MD)، دكتور في الطب التقييمي (Doctor of Osteopathy, DO)، ممرض ممارس مسجل (registered nurse practitioner, RNP)، مساعد طبيب (physician assistant, PA))، ستقوم بتقييم التشخيص الطبي لمريضك ونشاطه الوظيفي الحالي وحالته الإدراكية وعلاجاته. (يرجى استخدام الرموز المضمنة في قسم النشاط الوظيفي الحالي).

شكرًا مقدمًا على تقديمك المساعدة.

### أنشطة الحياة اليومية (اطلع على الأنشطة الوظيفية الحالية)

**التنقل:** القدرة على التحرك بين الأسطح. التحرك إلى سرير أو كرسي أو كرسي متحرك أو منه، والوقوف باستثناء التحرك إلى/من دورة المياه أو المراض (باستخدام جهاز مساعد أو من دونه)

**التمشي:** القدرة على التحرك بين المواقع في بيئة معيشة الفرد (باستخدام جهاز مساعد أو من دونه)

**الحركة على الفراش:** القدرة على تغيير وضعية الجسم والاستدارة من جانب إلى آخر

**ارتداء الملابس:** القدرة على ارتداء جميع الملابس بكافة متعلقاتها وربطها وخلعها

**الاستحمام:** القدرة على الاستحمام أو الاغتسال أو الاستحمام بالإسفنج (على نحو فعال وشامل) والقدرة على التنقل داخل/ خارج حوض الاستحمام أو الدش (باستخدام جهاز مساعد أو من دونه)

**قضاء الحاجة:** القدرة على الانتقال إلى المراض لقضاء الحاجة والخروج منه، والتنظيف الذاتي بعد قضاء الحاجة، وتغيير الفوط الصحية/ الملابس الداخلية، والتعامل مع الفتح الجراحي أو القسطرة، وهدمة الملابس

**تناول الطعام:** القدرة على تناول الطعام والشرب باستخدام أدوات المائدة الروتينية أو المناسبة لذوي القدرات الخاصة (يشمل هذا أيضًا القدرة على تقطيع الطعام ومضغه وبلعه)

**النظافة الشخصية:** القدرة على تمشيط الشعر، وغسل الأسنان، وغسل الوجه واليدين ومنطقة العجان وتجفيفها

**تناول الأدوية:** القدرة على تحديد الأدوية وتناولها بشكل صحيح في الوقت المناسب وبالطريقة والجرعة المناسبين

لمزيد من المعلومات، فم زيارة الموقع الإلكتروني <https://healthyrhode.ri.gov>



البيان الطبي لمقدم الخدمة

التاريخ:	تاريخ آخر زيارة للمكتب:
اسم مقدم الطلب:	تاريخ الميلاد:
رقم الضمان الاجتماعي أو الاسم الأوسط:	الجنس (ضع دائرة حول أي مما يلي): ذكر/أنثى
العنوان:	الشقة/الطابق:
المدينة/البلدة:	الولاية:
ترتيبات المعيشة الحالية (ضع دائرة حول أي مما يلي): تعيش بمفردك/ تعيش مع آخرين/ خيار آخر:	الرمز البريدي:
اسم المرفق:	تاريخ الدخول:

التشخيص: الطبي والسلوكي (بما يشمل شدة خطورة الحالة) *لا توجد رموز تشخيص		
التشخيص الأولي (التواريخ)	تشخيصات أخرى (التواريخ)	الجراحة/ العدوى (قم بتضمين التواريخ)

التنبؤ بإمكانية إعادة التأهيل:  
إعاقفة دائمة (ضع دائرة حول أي مما يلي): نعم/ لا

الأدوية: الاسم، والجرعة، ومعدل التكرار، والطريقة		

تقييم الألم										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
التشخيص: معدل التكرار:										
					(ألم متوسط)					
					(ألم شديد)					
					(لا يوجد ألم)					
هل يتعارض الألم مع نشاط الفرد أو حركته؟ (ضع دائرة حول أي مما يلي) نعم/ لا										
هل يتم تخفيف حدة الألم بواسطة الأدوية/العلاج؟ (ضع دائرة حول أي مما يلي) نعم/ لا										

لمزيد من المعلومات، قم بزيارة الموقع الإلكتروني <https://healthyrhode.ri.gov>



**العلاجات الحالية ومعدل تكرارها**

أوامر مقدّم الرعاية (قَم بتضمين أوامر محددة تتعلق بالنظام الغذائي، والعلاج الطبيعي (Physical Therapy, PT))//العلاج الوظيفي (Occupational Therapy, OT)//علاج عيوب النطق والكلام (Speech-Language Therapy, ST)، والأكسيجين

<p>العلاج الطبيعي _____ من المرات في الأسبوع لمدة _____ من الأسابيع</p> <p>العلاج الوظيفي _____ من المرات في الأسبوع لمدة _____ من الأسابيع</p> <p>علاج عيوب النطق والكلام _____ من المرات في الأسبوع لمدة _____ من الأسابيع</p> <p>العلاج التنفسي _____</p> <p>لترات الأكسجين _____ حسب الحاجة <input type="checkbox"/> أكسيجين متواصل <input type="checkbox"/></p> <p>العلاج الكيميائي/ الإشعاع <input type="checkbox"/></p> <p>غسيل الكلى <input type="checkbox"/></p> <p>النظام الغذائي _____</p> <p>التغذية بالأنبوب _____</p>	<p>العلاج: _____</p> <p>(العلاج) _____</p> <p>عدد قرحات الضغط _____</p> <p>المرحلة _____ الحجم _____ سم</p> <p>تدريب المثانة والأمعاء <input type="checkbox"/></p> <p>سلس البول: _____</p> <p>المثانة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> معدل التكرار _____</p> <p>الأمعاء <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> معدل التكرار _____</p> <p>قسطرة فولبي <input type="checkbox"/> فغر القولون <input type="checkbox"/> إدرار البول <input type="checkbox"/></p>
---	--

**رموز النشاط الوظيفي الحالية (استخدم هذه الرموز)**

**0 = الاستقلالية: بلا كلام، وبلا لمس**  
لا تُقدّم أي مساعدة أو إشراف للفرد في أثناء النشاط (سواء باستخدام جهاز مساعد أو من دونه)

**1 = الإشراف: بالكلام وبلا لمس**  
يُقدّم الإشراف والتوجيه والتشجيع للفرد في أثناء النشاط (سواء باستخدام جهاز مساعد أو من دونه)

**2 = المساعدة المحدودة: بالكلام واللمس**  
يشارك الفرد بشكل كبير في النشاط، ويتلقى مساعدة إرشادية جسدية دون رفع أي جزء من الفرد

**3 = المساعدة الشاملة: بالكلام واللمس والرفع**  
يؤدي الفرد جزءاً من النشاط، لكن مقدّم الرعاية يقدم مساعدة جسدية لرفع الفرد أو تحريكه أو نقله

**4 = الاعتماد الكامل: جميع إجراءات مقدّم الرعاية**  
لا يشارك الفرد في أي جزء من النشاط

**5 = لم يحدث أي نشاط: لا توجد حركة**  
لم يتم أداء النشاط بواسطة الفرد أو مقدّم الرعاية

<p>أساسية (أنشطة الحياة اليومية)</p> <p>تدبير شؤون المنزل _____</p> <p>تجهيز الوجبات _____</p> <p>التسوق _____</p> <p>الغسيل _____</p>	<p>ضع دائرة حول كل ما ينطبق:</p> <p>عكاز، مشاية، كرسي متحرك، من الفراش</p> <p>إلى الكرسي، طريح الفراش، خطر السقوط</p>	<p>أنشطة الحياة اليومية (AOL)</p> <p>تغيير وضعية الجسم على الفراش _____</p> <p>ارتداء الملابس _____</p> <p>الاستحمام _____</p> <p>قضاء الحاجة _____</p> <p>تناول الطعام _____</p> <p>النظافة الشخصية _____</p> <p>تناول الأدوية _____</p> <p>التمشي _____</p> <p>التنقل _____</p>
--	---	---

هل يمكن للمريض الخروج من دون أن يرافقه أحد؟ نعم/ لا

هل يمكن للمريض استخدام وسائل النقل العام بشكل مستقل؟ نعم/ لا



هل المريض مصاب بإعاقة؟ (ضع دائرة حول أي مما يلي) نعم/ لا

نتيجة فحص الحالة العقلية المصغر (Mini Mental State Examination, MMSE)

نتيجة المقابلة الموجزة للحالة العقلية (Brief Interview for Mental Status, BIMS) التاريخ

المهارات الإدراكية لاتخاذ القرارات اليومية (يرجى تحديد أحد الخيارات)

 الاستقلالية: اتخاذ قرارات متسقة/ منطقية الاستقلالية المعدلة: بعض الصعوبات في المواقف الجديدة فقط الإعاقة المتوسطة: اتخاذ قرارات سيئة/ يلزم التوجيه/ الإشراف الإعاقة الشديدة: عدم اتخاذ قرارات أبدًا/ اتخاذ قرارات أحيانًا

السلوكيات: ضع دائرة حول كل ما ينطبق.

يرجى تضمين مستوى الخطورة في المكان المخصص: 1 = خفيف = 2 = متوسط = 3 = شديد

التجول	الاضطراب	التشوش
الهرب	العدوانية اللفظية	فقدان الذاكرة
غير ذلك	العدوانية الجسدية	مقاومة الرعاية

هل تمت إحالة المريض بعد ذلك إلى مصحة نفسية؟ نعم/ لا إذا كانت الإجابة بنعم، فأين هي؟

هل دخل المريض المستشفى بسبب تشخيص نفسي؟ نعم/ لا (إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر التفاصيل)

التاريخ: \_\_\_\_\_ المستشفى: \_\_\_\_\_

التشخيص: \_\_\_\_\_

إذا كان دخول دور رعاية المسنين أمرًا ضروريًا من الناحية الطبية، فهل يُحتمل أن يعود المريض إلى المجتمع في غضون 6 أشهر؟ نعم/ لا

اسم مقدم خدمة الرعاية (MD, DO, RNP, PA) (يُكتب بحروف واضحة)

التوقيع: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

للاستخدام المكتبي فقط

الأخصائي الاجتماعي: \_\_\_\_\_ مكتب المقاطعة: \_\_\_\_\_

تاريخ إرسال النموذج إلى مقدم خدمة الرعاية: \_\_\_\_\_ تاريخ الاستلام: \_\_\_\_\_



التاريخ : 04/01/2023  
رقم الحالة : 775219683

STATE OF RHODE ISLAND  
P.O. BOX 8709  
CRANSTON, RI 02920-8787



كيفية التواصل معنا  
عبر الإنترنت: <https://healthyrhode.ri.gov>

للسئلة حول التغطية الصحية الميسورة التكلفة أو برامج إدارة  
الخدمات الإنسانية، اتصل بإدارة الخدمات الإنسانية على الرقم  
(1-855-697-4347) 1-855-MY-RI-DHS

MEDICAID RECIPIENT  
123 MAIN ST  
CITY, RI 12345

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

### إذن بالحصول على المعلومات السرية أو الإفصاح عنها

هذا النموذج غير مخصص للاستخدام كنموذج إخلاء مسؤولية طبية.  
يرجى عدم تضمين أي معلومات طبية في هذا النموذج.

أفوض بموجب هذا الإذن إدارة الخدمات الإنسانية في ولاية رود آيلاند بالحصول على المعلومات من الآتي أو الإفصاح عنها له:  
الاسم

الشخص أو الوكالة أو المنظمة

العنوان

المعلومات التالية متعلقة إما بي أو بالشخص المذكور أدناه الذي أكون مسؤولاً عنه:

المعلومات المالية

(التواريخ)

(يرجى التحديد)

المعلومات الاجتماعية

(التواريخ)

(يرجى التحديد)

معلومات أخرى

(التواريخ)

(يرجى التحديد)

الاسم (يُكتب بحروف واضحة)

الشخص المطلوب معلومات عنه

تاريخ الميلاد

رقم الضمان الاجتماعي

رقم دعوى تعويض قدامى المحاربين

لمزيد من المعلومات، فَمُ بزيارة الموقع الإلكتروني <https://healthyrhode.ri.gov>



العنوان

سبب الطلب

أدرك أن السجلات محمية بموجب القوانين العامة لولاية رود آيلاند ولا يمكن الإفصاح عنها من دون موافقة كتابية، ما لم ينص القانون على خلاف ذلك. يجب ألا تتم مواصلة نقل أي معلومات تم الإفصاح عنها أو تلقيها نتيجة لهذه الموافقة بأي شكل من الأشكال إلى أي شخص أو منظمة خارج الإدارة من دون الحصول على موافقة كتابية إضافية من شخصي، ما لم يكن ذلك لغرض معالجة طلبي للحصول على المساعدة أو الخدمات. يتم إلغاء هذه الموافقة عند إنهاء المساعدة أو الانسحاب من الخدمات، أو يمكن إنهاؤها في أي وقت.

التاريخ

صلة القرابة بالشخص المذكور أعلاه

توقيع العميل أو ولي الأمر أو الوصي

الاسم (يُكتب بحروف واضحة)

المسمى الوظيفي

ممثل الوكالة التابعة لإدارة الخدمات الإنسانية (DHS)

عنوان مكتب المقاطعة



لديك الحق في الحصول على معاملة غير تمييزية. وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية (U.S. Department of Agriculture, USDA)، يُحظر على وزارة الزراعة بالولايات المتحدة ووكالاتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات المشاركة في برامج وزارة الزراعة بالولايات المتحدة أو إدارتها ممارسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي، أو الدين، أو النوع الجنساني، أو الهوية الجنسية (بما يشمل التعبير الجنسي)، أو التوجه الجنسي، أو الإعاقة، أو العمر، أو الحالة الاجتماعية، أو الحالة الأسرية/الأبوية، أو الدخل المستمد من برنامج المساعدة العامة، أو المعتقدات السياسية، أو الثأر أو الانتقام بسبب نشاط سابق في مجال الحقوق المدنية، في أي برنامج أو نشاط تجريبه أو تمويله وزارة الزراعة بالولايات المتحدة (لا تنطبق جميع القواعد على جميع البرامج). تختلف المواعيد النهائية للجزءات وتقديم الشكاوى حسب البرنامج أو الحادث.

يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (مثل طريقة برايل، والطباعة بأحرف كبيرة، والأشرطة الصوتية، ولغة الإشارة الأمريكية، وما إلى ذلك)، الاتصال بالوكالة المسؤولة أو مركز TARGET التابع لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) على الرقم 720-2600 (202) (الخدمة الصوتية والهاتف النصي (TTY)) أو الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم 877-8339 (800). بالإضافة إلى ذلك، قد تتوفر معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية لتقديم شكوى بشأن التعرض للتمييز في أحد البرامج، أكمل نموذج شكوى التمييز في برنامج USDA، AD-3027، الموجود عبر الإنترنت على الموقع الإلكتروني

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf>

في أي مكتب من مكاتب وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) أو اكتب خطاباً موجهاً إلى وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) مع ذكر جميع المعلومات المطلوبة في النموذج. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل بالرقم 632-9992 (866). أرسل النموذج أو الخطاب المكتمل إلى وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) عن طريق: (1) البريد: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410؛ (2) فاكس: (202) 690-7442؛ أو (3) البريد الإلكتروني: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) هي إحدى الجهات المعنية بتوفير الفرص المتكافئة بالإضافة إلى دورها كصاحب عمل ومقرض.

وفقاً للباب السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964 (2000d U.S.C. 42 وما يليه)، والبند 504 من قانون إعادة التأهيل لعام 1973، بصيغته المعدلة (29 U.S.C. 794)، وقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة لعام 1990 (12101 U.S.C. 42 وما يليه)، والباب التاسع من تعديلات التعليم لعام 1972 (1681 U.S.C. 20 وما يليه)، وقانون الغذاء والتغذية لعام 2008 (قانون قسانم الغذاء سابقاً)، وقانون التمييز على أساس السن لعام 1975، واللوائح التنفيذية لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (45 C.F.R. 80 و84) واللوائح التنفيذية لوزارة التعليم الأمريكية (34 C.F.R. 104 و106)، ووزارة الزراعة والغذاء وخدمات التغذية الأمريكية (7 C.F.R. 272.6)؛ لا يمارس المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) وإدارة الخدمات الإنسانية (DHS) أي تمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الإعاقة أو الدين أو المعتقدات السياسية أو العمر أو النوع الجنساني عند القبول أو التوفير للخدمات أو التوظيف أو العلاج، وفي التعليم وأنشطة البرامج الأخرى. بموجب الأحكام الأخرى للقانون المعمول به، لا يمارس المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) وإدارة الخدمات الإنسانية (DHS) التمييز على أساس التوجه الجنسي أو الهوية الجنسية أو التعبير الجنساني. للحصول على المزيد من المعلومات حول القوانين واللوائح المتعلقة بعدم التمييز وإجراءات الشكاوى لحل شكاوى التمييز، تواصل مع إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) على العنوان 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920، هاتف رقم 462-2971 (401). لإجراء مكالمة باستخدام خدمة الترحيل برود أيلاند، اتصل بالرقم 1-7-1 أو اتصل بأحد هذه الأرقام المجانية: الهاتف النصي (TTY): 1-800-745-5555، الخدمة الصوتية: 1-800-745-6575. يُعد المسؤول المعني بتنسيق العلاقات المجتمعية هو منسق تنفيذ الباب السادس، ومدير مكتب خدمات إعادة التأهيل (Office of Rehabilitation Services, ORS) أو من ينوب عنه هو منسق تنفيذ الباب التاسع، البند 504، وقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (Americans with Disabilities Act, ADA). يتحمل مدير إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) أو من ينوب عنه المسؤولية الكاملة عن الامتثال للحقوق المدنية لجميع برامج الوكالة. يتولى أمين المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) المسؤولية عن قضايا التمييز المتعلقة بـ Medicaid وسيتم إحالة أي شكاوى من هذا القبيل وفقاً لذلك.

لمزيد من المعلومات، فم زيارة الموقع الإلكتروني <https://healthyrhode.ri.gov>





كيفية التواصل معنا  
عبر الإنترنت: <https://healthyrhode.ri.gov>

للأسئلة حول التغطية الصحية الميسورة التكلفة أو برامج إدارة  
الخدمات الإنسانية، اتصل بإدارة الخدمات الإنسانية على الرقم  
(1-855-697-4347) 1-855-MY-RI-DHS

MEDICAID RECIPIENT  
123 MAIN ST  
CITY, RI 12345

XXXXXXXXXXXX

### إذن بالإفصاح عن/ استخدام المعلومات الصحية

الإرشادات: أكمل جميع الأقسام واكتب التاريخ وقم بالتوقيع

1. أسمح أنا، \_\_\_\_\_، بموجب هذا الإذن بالإفصاح طوعاً عن معلوماتي سجلي.  
(اسم مقدم الطلب/المريض)

تاريخ ميلادي: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي الخاص بي: - -

2. سيتم الإفصاح عن معلوماتي من قبل: \_\_\_\_\_ وستقدم إلى: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (اسم الشخص/ المنظمة)

\_\_\_\_\_ (اسم الشخص/ المنظمة)

\_\_\_\_\_ (العنوان)

\_\_\_\_\_ (العنوان)

\_\_\_\_\_ (المدينة، الولاية، الرمز البريدي)

\_\_\_\_\_ (المدينة، الولاية، الرمز البريدي)

3. الغرض من الإفصاح عن هذه المعلومات أو سبب الحاجة إلى ذلك هو:

أسبابي الشخصية والخاصة

أنني أتقدم بطلب للحصول على المساعدة الطبية

إجابة أخرى (يرجى التحديد)

أنني أتقدم بطلب للحصول على خدمات مكتب السلامة والصحة المهنية  
(Occupational Health and Safety, OHS) الأخرى



## 4. المعلومات المراد الإفصاح عنها: (حدد مربعًا واحدًا من المربعات التالية)

- السجل الصحي بكامله
- جميع المعلومات (ما عدا المربعات التي حددتها) في القسم 6 الوارد أدناه
- إجابة أخرى (يرجى التحديد):
- ملاحظات العلاج النفسي فقط (عند تحديد هذا المربع، فإنني أتنازل عن أي امتياز بين المعالج النفسي والمريض)
- سأرغب أيضًا في الإفصاح عن المعلومات الحساسة التالية (حدد المربع (المربعات) الذي ينطبق)
- الإحالة المتعلقة بعلاج تناول المشروبات الكحولية/تعاطي المخدرات
- علاج فيروس نقص المناعة البشرية
- (Human Immunodeficiency Virus, HIV)/متلازمة نقص المناعة المكتسبة (Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS)
- الأمراض المنقولة جنسيًا
- الصحة النفسية (بخلاف ملاحظات العلاج النفسي)

5. أدرك أنه إذا كنت أتقدم بطلب للتسجيل أو إعادة التأهيل أو الحصول على أي خدمات أخرى، فإن هذا الإفصاح يتناول جميع مقدمي الرعاية الطبية/الصحية، بما يشمل مقدم الخدمة المذكور أعلاه، بالإضافة إلى أي شخص آخر أو منشأة أو برنامج أو خطة أخرى مما أخبرتك بشأنه في طلبي (طلباتي) الكتابي في ما يتعلق ببرامج إدارة الخدمات الإنسانية، وفي نماذج إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) التي لا غنى عنها، لا سيما نماذج AP-70 ونماذج MA-63. أدرك أيضًا أن هذا الإذن مطلوب كشرط للحصول على الأهلية والخدمات، ويجب أن تستخدمه إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) لمثل هذه الأغراض فقط. وبالتالي، فإن أي تقصير من جانبي في التوقيع على هذا الإذن قد يؤثر في أهليتي و/أو نطاق الخدمات التي قد أحصل عليها.

بالإضافة إلى ذلك، أوافق على استخدام فاكس أو نسخة مطبوعة من هذا النموذج لنشر المعلومات أو الإفصاح عنها.

أدرك أيضًا أنه يمكنني إلغاء هذا الإذن كتابيًا في أي وقت وإبلاغ إدارة الخدمات الإنسانية، وأنه إذا قمت بذلك، فقد تجعل إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) أهليتي ووصولي إلى الخدمات مشروطة بقرار إلغاء ذلك الإذن. وعلاوة على ذلك، فأني أعلم أن الإفصاح عنها إلى إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) قبل إلغاء هذا الإذن، وأي معلومات تم الإفصاح عنها لأطراف أخرى بموجب هذا الإذن، لم تعد محمية بموجب قاعدة الخصوصية لقانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) وقاعدة الخصوصية [CFR 45 الجزء 164]، وقانون الخصوصية لعام 1974 [5 USC 552a]. وإذا لم يتم إلغاء هذا الإذن، فستنتهي صلاحيته بعد مرور عام واحد من تاريخ توقيعي ما لم أحدد تاريخ انتهاء صلاحية أو حدث انتهاء صلاحية مختلفًا في السطر التالي.

(أدخل التاريخ إذا كان بعد مرور عام واحد من التاريخ الوارد أدناه)

التاريخ	توقيع المريض
صلة القرابة بالمريض	توقيع الممثل المفوض
التاريخ	



## 6. معلومات محددة لا أرغب في أن يتم الإفصاح عنها: (حدد المربع (المربعات) الذي ينطبق)

<input type="checkbox"/>	تقرير الخروج من المستشفى وبه البيانات المختبرية	<input type="checkbox"/>	ملاحظات تقدم الحالة	<input type="checkbox"/>	البيانات المختبرية	<input type="checkbox"/>	الفحص النفسي
<input type="checkbox"/>	السجل المرضي والفحص البدني	<input type="checkbox"/>	خطة العلاج	<input type="checkbox"/>	الاختبار النفسي	<input type="checkbox"/>	سجل الخدمات الاجتماعية
<input type="checkbox"/>	السجل المهني	<input type="checkbox"/>	السجل الطبي	<input type="checkbox"/>	السجل التعليمي	<input type="checkbox"/>	السجل المالي
<input type="checkbox"/>	الحد الأدنى لمجموعة البيانات	<input type="checkbox"/>	ملاحظات الممرضات	<input type="checkbox"/>	خطط الرعاية	<input type="checkbox"/>	سجلات طب الأسنان
<input type="checkbox"/>	الصور/ مقاطع الفيديو/ الصور الرقمية	<input type="checkbox"/>	بيان الفواتير	<input type="checkbox"/>	تقارير الاستشاريين	<input type="checkbox"/>	السجلات الغذائية
<input type="checkbox"/>	سجلات الرعاية في حالات الطوارئ	<input type="checkbox"/>	تقارير الأشعة السينية	<input type="checkbox"/>	نتائج التشخيص		

**إرشادات بشأن إكمال النموذج DHS-25M  
إذن باستخدام المعلومات الصحية أو الإفصاح عنها**

1. اكتب بخط مقروء في جميع الحقول باستخدام حبر أسود.
  2. القسم 1 - اكتب اسم المريض الذي سيتم الإفصاح عن معلوماته.
  3. القسم 2 - اكتب الاسم والعنوان للشخص/ المنظمة مما يحق له الإفصاح عن المعلومات. يمكنك أيضًا كتابة اسم الشخص والوحدة السكنية والعنوان الذي سيتلقى المعلومات عليه.
  4. القسم 3 - اذكر سبب الحاجة إلى المعلومات (على سبيل المثال، المطالبة بالإعانات المتعلقة بالإعاقة، ومواصلة الرعاية الطبية)
  5. القسم 4 - حدد أحد المربعات المذكورة
- (a) السجل بكامله - السجل الطبي الكامل للمريض ما عدا المعلومات الحساسة (مثل الإحالة المتعلقة بعلاج تناول المشروبات الكحولية/تعاطي المخدرات، والأمراض المنقولة جنسيًا، وعلاج فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)/مرض الإيدز (AIDS)، والصحة النفسية بخلاف ملاحظات العلاج النفسي)
- (b) جميع هذه المعلومات (ما عدا المربعات التي حددتها) في القسم 6 الوارد أدناه - يجب على المريض تحديد المربعات التي لا يرغب في أن يتم الإفصاح عنها فقط
- (c) إجابة أخرى (يرجى التحديد) - معلومات معينة حددها المريض (على سبيل المثال، الخدمات الصحية في السجون (Correctional Health Services, CHS) والفواتير وصحة الموظفين)
- (d) ملاحظات العلاج النفسي فقط - يجب تحديد هذا المربع فقط في هذا النموذج للسماح باستخدام ملاحظات العلاج النفسي أو الإفصاح عنها. لا يجوز إصدار أذونات لاستخدام معلومات السجل الصحي الأخرى أو الإفصاح عنها بالتزامن مع الأذونات المرتبطة بملاحظات العلاج النفسي. غالبًا ما يشار إلى ملاحظات العلاج النفسي باسم ملاحظات العلاج، ويمكن تمييزها عن ملاحظات تقدم الحالة في السجل الطبي. تسجل هذه الملاحظات انطباعات المعالج في ما يتعلق بالمريض، وتتضمن تفاصيل محادثات العلاج النفسي التي تُعد غير مناسبة للسجل الطبي، ويستخدمها مقدم خدمة الرعاية في الجلسات المستقبلية. يتم الاحتفاظ بهذه الملاحظات في أغلب الأحيان بشكل منفصل للحد من إمكانية الوصول إليها لأنها تحتوي على معلومات حساسة لا تتعلق بأي شخص آخر بخلاف مقدم خدمة العلاج.
- (e) الإفصاح عن المعلومات الحساسة - تحقق من الإحالة المتعلقة بعلاج تناول المشروبات الكحولية/تعاطي المخدرات، وفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)/مرض الإيدز (AIDS)، والأمراض المنقولة جنسيًا، والصحة النفسية (بخلاف ملاحظات العلاج النفسي) - يجب على المريض تحديد المربع المناسب!



6. القسم 5 - قُـم بالتوقيع وكتابة التاريخ. إذا كنت ترغب في تحديد تاريخ انتهاء صلاحية مختلف، فحدد تاريخاً جديداً.
7. القسم 5 - ممثل معتمد (على سبيل المثال، وصي قانوني، وكيل رسمي)
8. القسم 6 - معلومات معينة لا يرغب المريض في الإفصاح عنها.
9. سَتُمنح نسخة من نموذج DHS-25M المكتمل للمريض.



لديك الحق في الحصول على معاملة غير تمييزية. وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية (U.S. Department of Agriculture, USDA)، يُحظر على وزارة الزراعة بالولايات المتحدة ووكالاتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات المشاركة في برامج وزارة الزراعة بالولايات المتحدة أو إدارتها ممارسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي، أو الدين، أو النوع الجنساني، أو الهوية الجنسية (بما يشمل التعبير الجنسي)، أو التوجه الجنسي، أو الإعاقة، أو العمر، أو الحالة الاجتماعية، أو الحالة الأسرية/الأبوية، أو الدخل المستمد من برنامج المساعدة العامة، أو المعتقدات السياسية، أو الثأر أو الانتقام بسبب نشاط سابق في مجال الحقوق المدنية، في أي برنامج أو نشاط تجريبه أو تمويله وزارة الزراعة بالولايات المتحدة (لا تنطبق جميع القواعد على جميع البرامج). تختلف المواعيد النهائية للجزاءات وتقديم الشكاوى حسب البرنامج أو الحادث.

يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (مثل طريقة برايل، والطباعة بأحرف كبيرة، والأشرطة الصوتية، ولغة الإشارة الأمريكية، وما إلى ذلك)، الاتصال بالوكالة المسؤولة أو مركز TARGET التابع لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) على الرقم 720-2600 (202) (الخدمة الصوتية والهاتف النصي (TTY)) أو الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم 877-8339 (800). بالإضافة إلى ذلك، قد تتوفر معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية. لتقديم شكوى بشأن التعرض للتمييز في أحد البرامج، أكمل نموذج شكوى التمييز في برنامج USDA، AD-3027، الموجود عبر الإنترنت على الموقع الإلكتروني الزراعة الأمريكية (USDA) أو اكتب خطاباً موجهاً إلى وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) مع ذكر جميع المعلومات المطلوبة في النموذج. لطلب نسخة من نموذج الشكاوى، اتصل بالرقم 632-9992 (866). أرسل النموذج أو الخطاب المكتمل إلى وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) عن طريق: (1) البريد: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 (2) فاكس: 690-7442 (202)، أو (3) البريد الإلكتروني: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) هي إحدى الجهات المعنية بتوفير الفرص المتكافئة بالإضافة إلى دورها كصاحب عمل ومقرض.

وفقاً للباب السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964 (29 U.S.C. 794)، وبصيغته المعدلة (29 U.S.C. 794)، وقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة لعام 1990 (42 U.S.C. 12101) وما يليه، والباب التاسع من تعديلات التعليم لعام 1972 (20 U.S.C. 1681) وما يليه، وقانون الغذاء والتغذية لعام 2008 (قانون قسائم الغذاء سابقاً)، وقانون التمييز على أساس السن لعام 1975، واللوائح التنفيذية لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (45 C.F.R. 80 و84) واللوائح التنفيذية لوزارة التعليم الأمريكية (34 C.F.R. 104 و106)، ووزارة الزراعة والغذاء وخدمات التغذية الأمريكية (7 C.F.R. 272.6)؛ لا يمارس المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) وإدارة الخدمات الإنسانية (DHS) أي تمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الإعاقة أو الدين أو المعتقدات السياسية أو العمر أو النوع الجنساني عند القبول أو التوفير للخدمات أو التوظيف أو العلاج، وفي التعليم وأنشطة البرامج الأخرى. بموجب الأحكام الأخرى للقانون المعمول به، لا يمارس المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) وإدارة الخدمات الإنسانية (DHS) التمييز على أساس التوجه الجنسي أو الهوية الجنسية أو التعبير الجنساني. للحصول على المزيد من المعلومات حول القوانين واللوائح المتعلقة بعدم التمييز وإجراءات الشكاوى لحل شكاوى التمييز، تواصل مع إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) على العنوان 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920، هاتف رقم 462-2971 (401). لإجراء مكالمات باستخدام خدمة الترحيل برود أيلاند، اتصل بالرقم 1-7-1-1 أو اتصل بأحد هذه الأرقام المجانية: الهاتف النصي (TTY): 1-800-745-5555، الخدمة الصوتية: 1-800-745-6575. يُعد المسؤول المعني بتنسيق العلاقات المجتمعية هو منسق تنفيذ الباب السادس، ومدير مكتب خدمات إعادة التأهيل (Office of Rehabilitation Services, ORS) أو من ينوب عنه هو منسق تنفيذ الباب التاسع، البند 504، وقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (Americans with Disabilities Act, ADA). يتحمل مدير إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) أو من ينوب عنه المسؤولية الكاملة عن الامتثال للحقوق المدنية لجميع برامج الوكالة. يتولى أمين المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) المسؤولية عن قضايا التمييز المتعلقة بـ Medicaid وسيتم إحالة أي شكاوى من هذا القبيل وفقاً لذلك.

لمزيد من المعلومات، فم زيارة الموقع الإلكتروني <https://healthyrhode.ri.gov>



ATTENTION: Language assistance services are available to you free of charge. Call 1-855-697-4347 (TTY 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-697-4347 (TTY 711)

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 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-697-4347 (TTY 711)

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-697-4347 (ATS 711)

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-697-4347 (TTY 711)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-697-4347 (телетайп 711)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-697-4347 (TTY 711)

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-697-4347 (TTY 711)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-697-4347 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-697-4347 (TTY 711).

Dè dɛ nìà ke dyédé gbo: Ɔ jũ ké ò [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò béin ò gbo kpáá. Dá 1-855-697-4347 (TTY 711)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-697-4347 رقم هاتف الصم والبكم: (711 TTY).

**إشعار عدم التمييز**

لا يمارس المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) أو إدارة الخدمات الإنسانية (Department of Human Services, DHS) أي تمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الإعاقة أو المعتقدات السياسية أو العمر أو الدين أو النوع الجنساني عند قبول الخدمات أو التوظيف أو العلاج أو التقديم على أي منها في ما يتعلق بالتعليم وأنشطة البرامج الأخرى. بموجب الأحكام الأخرى للقانون المعمول به، لا يمارس المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) أو إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) التمييز على أساس التوجه الجنساني أو الهوية الجنسية أو التعبير الجنساني. للحصول على المزيد من المعلومات حول هذه القوانين واللوائح الخاصة بعدم التمييز وإجراءات الشكاوى لحل الشكاوى المتعلقة بالتمييز، تواصل مع إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) على العنوان 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920، وعلى رقم الهاتف 401) 462-2971 (يمكن للصم/ضعاف السمع الاتصال بالرقم 1-800-745-6575 للخدمة الصوتية؛ الهاتف النصي (TTY) 711).

لمزيد من المعلومات، فم زيارة الموقع الإلكتروني <https://healthyrhode.ri.gov>

