د سویلي کارولینا د روغتیا او بشري خدمتونو څانګه **(SCDHHS)**

په شرایطو برابرېدل، نوملیکنه او د غږو خدمتونه

ټیلي ټایپرایټر (**TTY**) **(888) 842-3620** د ټلیفون شمېره **(888) 549-082**

د روغتیایي معلوماتو د افشاء کولو جواز

یوازی د دفتر د کارولو لپاره – د سویلي کارولینا د روغتیا او بشري خدمتونو څانګې (SCDHHS) لخوا باید بشپړ شي			
د ګټې اخیستوونکي/غوښتونکي نوم	(لومړی نوم)	(منځنی نوم)	(وروستی نوم)
	د کور شمېره/ د اپلېکېشن ای ډي — — — — — — — — — —	د زېږېدو نېټه	د ټولنیز خوندیتوب شمېره.

**.په مهربانی سره په لاندې ځای کې له لاسلیک وړاندې د دې فورم دواړې پاڼې ولولئ. **

زه په رضاکارانه توګه اجازه ورکوم او له (هغې ډلې د لیکلي، شفاهي او الکترونیکي راکړو ورکړو) او لاندې معلوماتو د افشاء کولو غوښتنه کوم:

څه شی:

د روغتیایي او تعلیمي آسنادو او د کارونو د ترسره کولو په برخه کې زما په وړتیاوو پورې اړوند معلومات.
په دې کې د لاندې معلوماتو د خپرولو لپاره څانګړي اجازه شامله ده:-********

1. زما اسناد، د درملنې اړوند نور معلومات، په روغتون کې د بستري کېدو او زما د اختلالاتو لپاره سراپایي پاملرنې پکې شامل دي، خو تر دې پورې محدود نه دي:
   - روانې، روان درملیز او یا نور ډهنې اختلالات (له "روانې درملنې" څخه پرته لکه څنګه چې په 45 CFR 164.501 کې تعریف شوي دي)
   - د نشه یي توکو کارول، د الکولو څښاک او یا په نورو نشه یي توکو روږدیتوب
   - د لور په شکل کم خوني
   - په اچ ای وي ویروس مبتلا کېدل، له هغې ډلې ایډز، د HIV آزمېښت او یا د جنسي نږدیتوب اړوند ناروغۍ
   - د جن اړوند اختلالات، له هغې ډلې د جنټیکي ازمېښت پایلې
2. د هغو اختلالاتو په اړه معلومات چې په ورځني ژوند کې د چارو په بشپړولو او فعالیتونو په ترسره کولو زما په وړتیاوو او د کار په ترسره کولو کې زما په توانایئ باندې اغېز کوي
3. د ښوونیزو آزموینو او یا ارزونو کاپي ګاني، له هغې ډلې فردي ښوونیز پروګرامونه، دري کلنې ارزونې، روانې او د خبرو اترو ارزونې، د ښوونکي مشاهده او ارزونه او هر هغه اسناد چې د کارونو د ارزېابۍ سره مرسته وکړي شامل دي
4. د دې جواز له لاسلیک کولو وروسته د 12 میاشتو په لړ کې رامنځته شوي او همدا راز پخوانۍ معلومات.

د چا لخوا:

- تولې روغتیایي سرچینې (روغتونونه، کلینیکونه، لابراتوارونه، ډاکټران، اروا پوهان، او نور.) د روانې روغتیا، سمونې، د روږدیتوب درملنې او د پخوانیو سرتیرو د روغتیایي پاملرنې آسانتیاوې
- تولې ښوونیزې سرچینې (ښوونځي، د ښوونکو اسناد، مدیران، سلاکاران او نور.
- ټولنیز کار کوونکي/ د بیا میشتدنې سلاکارن
- د مشوري ورکولو آزمېښت کوونکي
- کار کوونکي
- نور خلک چې ښایي د حالاتو په اړه معلومات ولري (کورنۍ، ګاونديان، ملګري او دولتي چارواکي)

دا چوکاټ باید د سویلي کارولینا د پیاوړي کولو د مسلکي څانګې (SCDVR) لخوا بشپړ شي (د ارتیا په صورت کې) د موضوع د پېژندلو او نورو معلوماتو لپاره باید د بیلګې په ډول (کارول کېدونکي نومونو)، خانګړي سرچینې او هغه موادو ته چې کار تري اخیستل کېږي مراجعه وشي.

د چا لپاره: دولتي اداره (چې دېرۍ وخت د سویلي کارولینا د پیاوړي کولو د مسلکي څانګې (SCVRD) بلل کېږي) زما قضیې ته د رسېدنې اجازه لري، په دې کې د ټرون د کاپي ګولو خدمتونه، ډاکټران او یا نور هغه متخصصین چې د معلولیت د پېژندلو پروسه ګي له هغوی سره سلا مشوره شوي شامل دي.

موخه زه د خپلو روغتیایي معلوماتو د افشاء کول سره موافق یم، ترڅو مشخص کړي چې که چېرې زه د معلولیت معیارونه لرم، نو په دې صورت کې د کم عاید لرونکو خلکو سره د متحده ایالتونو د فدرال یا ایالت د مرستو پروګرام (Medicaid) له ګټو څخه برخمن شم.

د اعتبار موده یې څه وخت پایته رسېږي: دا اجازه ورکول د لاسلیک له لاندې نېټې وروسته د 12 میاشتو لپاره د اجرا وړ ده.

زه پوهیږم چې:

- ښایي زه هر وخت د سویلي کارولینا د روغتیا او بشري خدمتونو څانګې ته د دې جواز د لغوه کولو په موخه لیک واستوم.
- ځینې داسې شرایط شتون لري چې د کم عاید لرونکو خلکو سره د فدرال یا ایالت د مرستو پروګرام (Medicaid) په موخه د شرایطو د مشخص کولو اړوند د نورو ښکېلو اړخونو لپاره معلومات ښېرته افشاء شي.
- ښایي د غوښتنې په صورت کې د دې فورم یوه کاپي ترلاسه کړم.
- ښایي زه له اصلي سرچینې څخه وغواړم چې ما ته د افشاء کېدونکو معلوماتو د ارزونې او یا د یوې کاپي د ترلاسه کولو اجازه راکړي.

د غوښتونکي لاسلیک (که چېرې د غوښتونکي عمر له 18 کلونو څخه کم وي، د ګټو د ترلاسه کولو لپاره د هغې والدین/سرپرست غوښتنه ترسره کوي):	د غوښتونکي سره اړیکه:
د قانوني استازي لاسلیک (که چېرې غوښتونکی د روغتیایي ستونزو له کبله لاسلیک نه شي کولای):	نېټه:
☐ د ماشوم لاسلیک (په هغه صورت کې اړین دی چې د غوښتونکي عمر له 12 څخه تر 18 کلونو پورې وي):	د قانوني استازي د لاسلیک په صورت کې وکالت خط او یا د قانوني ساتونکي اسناد ښکلول کېږي.
شاهد:	که چېرې په "**X**" باندې لاسلیک شوی وي، شاهد اوسئ:

د پياوړي کولو مسلکي څانګې (SCVRD) ته
د معلومات د ورکولو جواز

له ګټو څخه د برخمن کېدو لپاره مور اړ یو چې ستاسو د غوښتنې د پرمخ وړلو په موخه د اړینو معلوماتو د ترلاسه کولو لپاره ستاسو لیکلي اجازه ترلاسه کړو. د قوانینو او مقرراتو پر بنسټ دا اړینه ده چې زمور په واک کې د شخصي معلوماتو له ورکولو وړاندې هغه لاسلیک شوې اجازه ولرې. همداراز، قانون د ځانګړو حالاتو اړوند معلوماتو د خپرولو او ښوونیزو سرچینو څخه د ځانګړې اجازې غوښتنه کوي.

تاسو د 921 فورم په لاسلیک کولو سره دا اجازه ورکولای شئ. فدرال قانون ستاسو په اړه د معلوماتو لرونکو سرچینو ته اجازه ورکوي چې په هغه صورت کې ستاسو په اړمعلومات خپاره کړي، چې که چېرې تاسو له خپلو لاسرسي وړ سرچینو څخه د ټولو معلومات د خپرولو یو جواز لاسلیک کړی وي. مور به د هرې سرچینې لپاره د هغې کاپي ګاني واخلو. د معلومات ځینې سرچینې په ځانګړې توګه غوښتنه کوي چې د هغو سرچینې نوم واخلئ چې ستاسو شخصي معلوماتو د خپرولو جواز ورکوي. په دې حالاتو کې، که چېرې دېرو اجازو ته اړتیا وي، مور به له تاسو څخه وغواړو چې د هرې سرچینې لپاره یوه اجازه لاسلیک کړئ او ښایي له تاسو سره بیا اړیکه ونیسو.

تاسو هر وخت حق لرئ چې دا اجازه لغوه کړئ، مګر په هغه کچه چې د معلوماتو سرچینې له وړاندې د یوه کار د ترسره کولو په موخه په دوی باور کړی وي. د لغوه کولو لپاره د سویلي کارولینا د روغتیا او بشري سرچینو، نومليکنې او د غړو خدمتونو څانګې ته د 8206, Columbia, S.C. 29202-8206 پوسټ بکس له لارې یوه لیکلي بیانیه واستوئ. که چېرې تاسو دا کار وکړ، یو له هغو سرچینو څخه چې تاسو نور نه غواړئ ستاسو معلومات افشاء کړي یوه کاپي هم واستوئ.
د سویلي کارولینا د روغتیا او بشري خدمتونو څانګه (SCDHHS) کولای شي تاسو ته د هغو سرچینو د پېژندلو په اړه ووایي چې تاسو مور ته نه وي ویلي. افشاء شوي اطلاعات ښایي له باطل کېدو وړاندې د (SCDHHS) لخوا ستاسو د ادعاګانو په اړه د پربکړې په موخه ګټه تري واخیستل شي.

مهم معلومات له هغې ډلې د خصوصي حریم د خوندیتوب د قانون اړینه خبرتیا

د پیاوړي کولو مسلکي څانګې (SCVRD)/ د سویلي کارولینا د روغتیا او بشري خدمتونو څانګه (SCDHHS) په واسطه ټول راټول شوي معلومات د 1947م د خصوصي حریم د خوندیتوب قانون لخوا ساتل کېږي. کله چې روغتیایي معلومات SCDHHS/SCVRD ته په واک کې ورکړل شي، وروسته له هغې د CFR45 مقرراتو د 164 بند سره سم چې (د لېږد او ځواب ورکوونکي روغتیایي بیمې د قانون لخوا لازمي ګڼل شوي) نه ساتل کېږي. SCDHHS/SCVRD شخصي معلومات د 19-963 ,19-933 ,19-903 او 19-983 آیالتي مقرراتو په نظر کې نیولو سره ساتي.

مور په دې فورم کې ترلاسه کړي معلومات له ګټو څخه ستاسو د برخمن کېدو په شرایطو د برابرېدو د معلومولو لپاره کار اخلو. په ځینو حالاتو کې، ستاسو معلومات د سویلي کارولینا د روغتیا او بشري خدمتونو څانګې (SCDHHS) د کارکوونکو او قرارداد یانو لخوا ستاسو د غوښتنې په اړه د پربکړې د ارزونې لپاره او یا ښایي په اړوندو اداري، مدني او یا جرمي پروسو کې تري کار واخیستل شي.

د دې فورم لاسلیک کول رضاکارانه دي، مګر د هغې نه لاسلیکول او یا وړاندې له دې چې مور اړین معلومات ترلاسه کړو د هغې لغوه کول، کولای شي ستاسو د ادعا په اړه د دقیقې او پر وخت پربکړې او یا د ګټو د رد او یا له لاسه ورکولو سبب شي.