

AUTHORIZATION TO RELEASE WIC INFORMATION

(إعطاء الإذن والتحويل للإفصاح عن معلومات خاصة بك موجودة لدى برنامج WIC)

Michigan Department of Health and Human Services (إدارة الصحة والخدمات البشرية لولاية ميشيغان)

WIC Program (برنامج للنساء والرضع والأطفال الصغار)

اسم العميلة/العميل	الرقم التعريفي للأسرة	تاريخ ميلاد العميلة/العميل
عنوان العميلة/العميل		
المدينة	الرمز البريدي	الهاتف
<p>أنا، (بصفتي الشخص المخول للقيام بهذا أو المشاركة بنفسها) _____ أخول _____</p> <p>Michigan WIC (برنامج WIC في ميشيغان) للإفصاح عن المعلومات الموجودة في سجل العميلة/العميل لدى برنامج WIC (بيانات القياسات البشرية، وتوصيات النظام الغذائي، ومعلومات الرضاعة الطبيعية، وما إلى ذلك) الخاصة بـ (اسم العميلة/العميل/العملاء) إلى الطبيب التالي أو الأطباء التاليين:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<p>يجب أن يكون إعطاء الإذن والتحويل للإفصاح عن أيّ من المعلومات التالية موقّعاً بالحروف الأولى من الاسم مع التأريخ في القسم المناسب أدناه.</p> <p>[نعم (Yes)] لا (No) أنا، (بصفتي الشخص المخول للقيام بهذا أو المشاركة بنفسها) أخول Michigan WIC (برنامج WIC في ميشيغان) للإفصاح عن حالة الأمراض المعدية (السارية) (بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية - HIV)، ومعلومات عن سيرتي المرضية لعلاج الإدمان على الكحول أو تعاطي المخدرات، و/أو سيرتي المرضية لعلاج الصحة العقلية (النفسية).</p> <p>التوقيع بالحروف الأولى من الاسم (الشخص المخول أو المشاركة بنفسها/ التاريخ): _____</p>		
<p>يُرجى تحديد المعلومات التي لا ينبغي الإفصاح عنها، إن وجدت.</p>		
<p>أفهم أن لدي الحق أن أرفض إعطاء الإذن والتحويل للإفصاح عن المعلومات المذكورة أعلاه دون أن يلحق بي أي عواقب تؤثر على مخصصاتي التي أتلقاها من برنامج WIC.</p> <p>وأفهم أنه بمجرد أن يتم الإفصاح عن معلوماتي الصحية إلى الغير بموجب هذا التحويل، فهناك احتمال أن يُعاد الإفصاح عن تلك المعلومات من الشخص الذي يتلقى معلوماتي.</p> <p>الشخص المخول للقيام بهذا أو المشاركة بنفسها: _____ التاريخ: _____</p>		
<p>نظراً لقيود كوفيد-19، تم قراءة هذه الوثيقة إلى الشخص المخول للقيام بهذا أو المشاركة بنفسها التي فهمت ووافقت شفهيّاً على شروط نموذج الإفصاح هذا. يوقع موظف WIC للتأكيد على قيام الشخص المخول أو المشاركة بنفسها إعطاء موافقتها وتحويلها لهذا شفهيّاً.</p> <p>توقيع الموظف (Staff Signature): _____ التاريخ: _____</p>		
<p>لن تستبعد Michigan Department of Health and Human Services (إدارة الصحة والخدمات الإنسانية لولاية ميشيغان) أي شخص أو مجموعة من المشاركة في برامجها أو حرمانه (1) من الاستحقاقات أو التمييز ضده (1) بسبب العرق، أو الجنس، أو الديانة، أو العمر، أو المنشأ الوطني، أو اللون، أو الطول، أو الوزن، أو الحالة الزوجية، أو الهوية الجنسية التي يتصورها الشخص لنفسه أو التعابير الجنسية التي يعطيها الشخص عن نفسه، أو التوجه الجنسي، أو الاعتبارات الحزبية، أو الإعاقة أو المعلومات الجينية التي لا يكون لها علاقة بأهلية الشخص للاستحقاقات.</p> <p>هذه المؤسسة ملتزمة بتكافؤ الفرص في الأعمال التي تقدمها.</p>		