

MDHHS-5913، تفويض لإصدار معلومات عن برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC)

وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في ميشيغان (MDHHS)
برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC)
(تمت المراجعة في 12-24)

يجب مراجعة هذا التفويض في كل موعد اعتماد للعملاء المدرجين أدناه وتحديثه إذا كان هناك أي تغييرات. إن هذه الاستمارة مطلوبة لأغراض خطة عمل برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC) بالرغم من استمرارية أنظمة الرعاية المتعلقة بقانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA).

القسم 1

| اسم الشخص المفوض | رقم العائلة في برنامج (WIC) | تاريخ ميلاد الشخص |
|--------------------|-----------------------------|-------------------|
| عنوان الشخص المفوض | المدينة | الولاية |
| | الرمز البريدي | |

القسم 2

أنا، (الشخص/المشارك المفوض)، أفوض برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC) في ميشيغان للإفصاح عن المعلومات المتضمنة في سجل العميل (Client Record) الخاص ببرنامج النساء والرضع والأطفال (بيانات القياسات البشرية، وتوصيات النظام الغذائي، ومعلومات الرضاعة الطبيعية، إلخ.) الخاصة بأسرتي:

| اسم العميل (العملاء) | مكتب (مكاتب) الممارسة | رقم (أرقام) هاتف الممارسة |
|----------------------|-----------------------|---------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

يجب التوقيع بالأحرف الأولى على تفويض الإفصاح عن أي من المعلومات التالية وتحديد تاريخها في القسم المناسب أدناه.

يحق لبرنامج النساء والرضع والأطفال (WIC) في ميشيغان مشاركة حالة الأمراض المعدية (بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية)، ومعلومات حول تاريخ علاج تعاطي الكحول أو المخدرات، و/أو تاريخ علاج الصحة النفسية للعملاء المذكورين أدناه. أفهم أنه لن تتم مشاركة المعلومات إلا إذا تم إدراج أسمائهم أدناه:

| اسم العميل (العملاء) | الأحرف الأولى من الاسم | التاريخ |
|----------------------|------------------------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |

القسم 3

أنا (الشخص/المشارك المفوض)، أفوض برنامج النساء والأطفال والرضع (WIC) في ميشيغان للإفصاح عن المعلومات.

صف المعلومات التي سيتم الإفصاح عنها.

لـ (حدد)

أفهم أنه يحق لي رفض الإفصاح عن المعلومات المذكورة من دون تداعيات على المنافع التي تحصل عليها أسرتي من برنامج النساء والرضع والأطفال، باستثناء ظروف محدودة.

أفهم أنه عند الإفصاح عن المعلومات الصحية الخاصة بأسرتي بموجب هذا التفويض، من المحتمل أن يعيد الشخص الذي يحصل على معلوماتي بالإفصاح عنها.

التاريخ

الشخص/المشارك المفوض

استخدم مربع الاختيار هذا للإشارة إلى ما إذا كان الشخص المفوض/المشارك قد أعطى موظفي برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC) إذناً شفهياً لاستكمال/تحديث هذه الاستمارة نيابة عنه.

وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي وأنظمة وسياسات الحقوق المدنية التابعة لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يُحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق، اللون، الأصل القومي، الجنس (بما في ذلك الهوية الجنسية والتوجه الجنسي)، الإعاقة، السن، الانتقام أو الثأر من نشاط سابق للحقوق المدنية.

يمكن توفير معلومات عن البرنامج بلغات أخرى غير الإنكليزية. يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات عن البرنامج (مثل، طريقة برايل، والطباعة بأحرف كبيرة، الشريط الصوتي، لغة الإشارات الأمريكية)، الاتصال بالوكالة الحكومية أو المحلية المسؤولة التي تدير البرنامج أو بمركز تارغت (TARGET Center) التابع لوزارة الزراعة في الولايات المتحدة على الرقم 720-2600 (202) (الهاتف الصوتي والهاتف النصي) أو الاتصال بوزارة الزراعة من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم 877-8339 (800).

من أجل تقديم شكوى عن حالة تمييز في البرنامج، يتعين على مقدم الشكوى ملء استمارة AD-3027، وهي استمارة شكوى ضد تمييز برنامج وزارة الزراعة الأمريكية يمكن الحصول عليها عبر الإنترنت على: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>، أو من أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية، أو عبر الاتصال على الرقم 632-9992 (866)، أو عبر كتابة رسالة موجهة إلى وزارة الزراعة الأمريكية. يجب أن تضم الرسالة اسم مقدم الشكوى، وعنوانه، ورقم هاتفه، ووصفاً خطياً لفعل التمييز المزعوم بما يكفي من التفاصيل لإبلاغ مساعد وزير الحقوق المدنية عن طبيعة وتاريخ انتهاك الحقوق المدنية المزعوم. يجب تقديم استمارة AD-3027 المكتملة أو الرسالة إلى وزارة الزراعة في الولايات المتحدة عبر:

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. الفاكس: 256-1665 (833) أو 690-7442 (202)؛ أو

3. البريد الإلكتروني: Program.Intake@usda.gov

هذه المؤسسة توفر الفرص بصورة متكافئة.

لا تميّز وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في ميشيغان (MDHHS) ضد أي فرد أو مجموعة بسبب العرق أو الأصل القومي أو اللون أو الجنس أو الإعاقة أو الدين أو العمر أو الطول أو الوزن أو الحالة الاجتماعية أو المعتقدات السياسية أو المعلومات الجينية. يشمل التمييز القائم على الجنس، على سبيل المثال لا الحصر، التمييز على أساس الميل الجنسي والهوية الجنسية والتعبير الجنساني والخصائص الجنسية والحمل.