

اسم العميل بالكامل:	تاريخ الميلاد:	تاريخ اليوم:
النوع:	رقم الضمان الاجتماعي أو آخر 4 أرقام/رقم التعريف الشخصي المكون من 4 أرقام	رقم الهاتف:
رقم الوكالة:	البريد الإلكتروني:	اسم منسق الرعاية:

بموجب هذا، يصرح سيادتكم خط المعلومات بمقاطعة سان دييغو، القائم بهذا العمل تحت الاسم التجاري "تبادل معلومات المجتمع" (CIE) والوكالات الشريكة له، باستخدام وتخزين ومشاركة المعلومات الشخصية والمالية والصحية الخاصة بك مع بعضها البعض بغرض تقييم احتياجاتك وتنسيق الرعاية الخاصة بك وتقديم الخدمات لك. بإمكانك أن تجد الوكالات الشريكة المشاركة في (CIE) مدرجة على [www.ciesandiego.org/partners](http://www.ciesandiego.org/partners).

يغطي هذا التصريح دون قيود، جميع المعلومات التي تم الكشف عنها وإعادة الكشف عنها إلى (CIE) بواسطة أنت أو عائلتك أو الوكالات الشريكة، بما في ذلك فريق الرعاية الخاص بك أو أي شخص آخر مشارك في رعايتك أثناء سريان هذا التفويض. كما يجوز لـ (CIE) والوكالات الشريكة لها مشاركة معلوماتك الشخصية والمالية والصحية. وبموجب هذا يوافق سيادتكم على إخطار CIE حال حدوث أي تغيير لهذه المعلومات أو إذا وردد بها أي أخطاء. قد يتم إعادة الكشف عن المعلومات التي تم الكشف عنها بموجب هذا التصريح ولم تعد محمية بموجب قوانين الخصوصية المعمول بها. ومع ذلك، ستظل معلوماتك محمية بموجب اتفاقية المشاركة المبرمة مع شركائنا. لن يؤثر رفضك للتوقيع على هذا التصريح سلباً على إتاحة تلقيك الرعاية الصحية أو الخدمات من وكالات الإحالة بطريقة مباشرة.

يشرح إشعار ممارسات الخصوصية المنشور على الموقع الإلكتروني [www.ciesandiego.org/cie-participants](http://www.ciesandiego.org/cie-participants) كيفية استخدام وحماية المعلومات بواسطة (CIE)، وكيفية الحصول على نسخة من هذا التصريح وسجلك. يمكنك فسخ هذا التفويض في أي وقت عن طريق إرسال إشعار إلى (CIE) على [revoke@211sandiego.org](mailto:revoke@211sandiego.org)، مع اعتبار أن العمل على الطلب قد يستغرق خمسة أيام عمل على الأقل. لن يؤثر الفسخ على أي معلومات تم الكشف عنها مسبقاً بموجب هذا التصريح. ما لم يتم إلغاؤه مسبقاً، ستنتهي صلاحية هذا التصريح خلال عشر (10) سنوات، أو في التاريخ التالي: \_\_\_\_\_.

بموجب هذا، أصرح أنا (CIE) باستخدام والكشف عن المعلومات المتعلقة بإدمان العقاقير/ الكحول / المخدرات، الصحة العقلية، وفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز.

إذا كنت موافقاً، فقم بتوقيع اسمك أدناه:

توقيع العميل: