إلغاء الموافقة المستنيرة

نقدم لك هذا النموذج بناءً على طلبك. ويجوز أن يُستخدم لإلغاء مشاركة المعلومات الخاصة بك وعمل الإحالات لصالحك.

إذا ألغيت هذه الموافقة، لن يتم الكشف عن المعلومات الخاصة بك لاحقًا بعد تاريخ النفاذ، وهو التاريخ الذي تستلم فيه وكالتنا النموذج مكتملاً. إلغاء الموافقة لا يسري على عمليات الكشف السابقة للإلغاء.

لإلغاء الموافقة على مشاركة أي من معلوماتك الواردة في نظام بيانات العميل الذي يديره مكتب الشيخوخة في ولاية نيويورك، حدد المربع الأول في النموذج التالي في الصفحة 2 وأكمل جميع العناصر المطلوبة.

إذا كنت ترغب فقط في إبطال موافقتك على مشاركة المعلومات مع جهات معينة، فحدد المربع الثاني أدناه واستخدم المساحة المتوفرة لسرد تلك الجهات المحددة.

لإلغاء موافقتك على الكشف عن المعلومات الخاصة بك بخلاف معلومات الاتصال الأساسية في حالة وقوع كارثة أو طوارئ لأولئك الموجودة أرقامهم، حدد المربع الثالث.

إذا أكمل هذا النموذج ممثل الشخص الذي يتم تخزين معلوماته المفوض قانونًا نيابة عنه، فيرجى الإشارة إلى ذلك في المساحة المتوفرة. يجب إكمال كل الحقول باستخدام معلومات الاتصال المسجلة لدينا عن الأشخاص الذين تم تخزين معلوماتهم. ولن يكون إلغاء الموافقة من قبل الممثل القانوني ساريًا إلا إذا تحققت وكالتنا من السلطة القانونية.

بمجرد الإكمال، برجاء إرسال هذا النموذج إلى وكالتنا على العنوان المذكور أدناه. إذا كانت لديك أي أسئلة أو مخاوف، فلا تتردد في الاتصال بنا على رقم الهاتف المقدم.

العنوان: {اسم الوكالة} _____
Attn: {جهة الاتصال أو الشخص} _____
{العنوان 1} _____
{العنوان 2} _____

الهاتف: (_____) _____
{جهة الاتصال أو الشخص} _____

☐ بموجب هذا ألغي موافقتي على مشاركة، أو الكشف عن، أي معلومات شخصية تخصني مخزنة في نظام بيانات العميل، بما في ذلك لأغراض إجراء الإحالات. أعرف أنا هذا لن يؤثر على حالات الكشف عن المعلومات السابقة لتاريخ نفاذ هذا الإلغاء.

☐ بموجب هذا ألغي موافقتي على مشاركة أو الكشف عن أي معلومات شخصية تخصني مع الجهات التالية:

_____
_____
_____
_____

☐ بموجب هذا ألغي موافقتي على مشاركة أو الكشف عن أي معلومات شخصية تخصني فيما يتعلق بعوامل الخطر الخاصة لأغراض الاستجابة لكارثة أو لحالة طوارئ.

هل أكمل هذا النموذج ممثل الشخص الذي يتم تخزين معلوماته المفوض قانونًا نيابة عنه؟ برجاء وضع دائرة حول:

نعم ☐ / **لا** ☐

إذا كانت الإجابة نعم، فأكمل التالي (الرجاء طباعة):

اسم الممثل القانوني

رقم الهاتف: ( )

العنوان (الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)

باقي هذا النموذج، بما فيه من سطر التوقيع، يجب إكماله أيضًا.

معلومات العميل

اسم العميل (مطبوعًا): _____

العنوان: _____

_____

_____

رقم الهاتف: ( ) _____

التوقيع _____ التاريخ _____

الاسم (مطبوعًا): _____

إعادة تعيين/مسح