

يجب على العميل التوقيع بالأحرف الأولى على كل قسم تم تطبيقه ثم التوقيع في النهاية يجب على الموظف إكمال التصديق.

### الموافقة المستنيرة على جمع المعلومات الشخصية وتسجيلها

أوافق أنا \_\_\_\_\_ على حفظ المعلومات الشخصية التي قدمتها أو قدمها ممثلي المعتمد في نظام بيانات العميل الذي يديره (NYSOFA) New York State Office for Aging. وحفظ معلوماتي بهذه الطريقة يسمح للوكالات التي تستخدم نظام بيانات العميل أن ترى معلوماتي في حالة ما تم إجراء إحالة، ولكن هذا لن يحدث إلا بموافقتي.

أعرف أن هذه البيانات قد تم جمعها للمساعدة في تقديم الخدمات طبقاً State Office for The Aging and local Offices for The Aging. كما ستساعد أيضاً في تحديد الخدمات الأخرى التي قد أحتاج إليها. وأعرف أن هذه المعلومات مطلوبة من أجل تقديم بعض الخدمات. توجد سلطة تقديم هذه الخدمات وجمع المعلومات الخاصة بي لهذه الأغراض في قانون المسنين الأمريكيين (Older Americans Act) وقانون ولاية نيويورك للمسنين (New York State Elder Law).

أعرف أنه وفقاً لقانون حماية الخصوصية الشخصية الخاص بولاية نيويورك (New York State's Personal Privacy Protection Law)، ستبقى معلوماتي الشخصية سرية. ولن تتم مشاركتها بدون موافقتي.

كما أعرف ماهية المعلومات التي سيتم تسجيلها، ونوع الحاجه إلي المعلومات، وأن هناك قوانين ولوائح تحمي المعلومات الخاصة بي.

أعرف بأن توقيع هذا التفويض تطوعي، لكن في حالة الرفض فهذا قد يحد من الخيارات المتاحة لي.

الأحرف الأولى من توقيع العميل \_\_\_\_\_

### الموافقة المستنيرة على جمع المعلومات الشخصية وتسجيلها

أطلب وأوافق على الإفراج عن جميع السجلات المطلوبة \_\_\_\_\_ بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، المعلومات الشخصية والمعلومات الصحية وأي معلومات أخرى تتعلق بي، والتي قدمتها إلى

الكيانات التالية حتى تتمكن من إجراء إحالات للحصول على الخدمات التي قد أحتاج إليها، أو للأغراض المحددة على النحو التالي:

---

---

---

---

أعلم ماهية المعلومات التي سيتم تسجيلها، ونوع الحاجه إلي المعلومات، وأن هناك قوانين ولوائح تحمي المعلومات الخاصة بي.

وأعلم بأن توقيع هذا التفويض تطوعي، لكن في حالة الرفض فهذا قد يحد من الخيارات المتاحة لي.

أعلم أن المعلومات المستخدمة أو التي تم الكشف عنها بموجب هذا التفويض قد يعاد الكشف عنها من قبل المتلقي وفي مثل هذه الحالة قد لا تكون محمية بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية.

الأحرف الأولى من توقيع العميل \_\_\_\_\_

الموافقة المستنيرة على مشاركة معلومات معينة في حالة حدوث كارثة أو طوارئ.

في حالة وقوع كارثة أو في حالة طوارئ، أوافق على الكشف عن معلومات حول الخدمات التي أتلقاها، كوضعي السكني ورفقاء السكن ، والمعدات أو الخدمات الطبية المطلوبة يوميًا، ووصفات الأدوية التي أتناولها يوميًا، والاحتياجات الغذائية الخاصة، واحتياجات الاتصال الخاصة، وحالة العمى أو أي إعاقات بصرية أخرى، ومعلومات عن حالتي العامة وقدرتي على التنقل.

أعرف أن هذه المعلومات سوف تُعطى إلى هؤلاء الذين سيستخدمونها للاستجابة في حالة الطوارئ، مثل الوكالات الحكومية، ووكالات إنفاذ القانون، أو هؤلاء الذين سيتصرفون بالأصالة عن أنفسهم في حالات الكوارث والمواقف الطارئة.

أعلم أن المعلومات المستخدمة أو التي تم الكشف عنها بموجب هذا التفويض قد يعاد الكشف عنها من قبل المتلقي وفي مثل هذه الحالة قد لا تكون محمية بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية.

الأحرف الأولى من توقيع العميل \_\_\_\_\_

أوافق على الإجراءات المذكورة أعلاه حيث وقعت بالأحرف الأولى. ولن تنتهي صلاحية التفويضات المقدمة حتى يتم إلغاؤها.	
التاريخ	توقيع الفرد أو الممثل القانوني
	اسم الشخص (مطبوعًا):
	إذا كان ممثلًا قانونيًا، فزودنا بالاسم والعلاقة بالشخص

~~~~~FOR OFFICE USE ONLY~~~~~

|                                                                                                                                                                                                             |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>ATTESTATION</b><br><i>To be completed by worker</i>                                                                                                                                                      |      |
| I attest that informed consent, as indicated, was obtained from the above individual, who provided his/her signature above. All appropriate processes were followed, and consent was provided voluntarily . |      |
| Signature Date                                                                                                                                                                                              | Date |
| Print                                                                                                                                                                                                       |      |