Human Resources Administration
Department of Social Services
Medical Assistance Program/OMR

دليل استكمال تجديد تغطية برنامج MEDICAID الخاصة بك

المساعدة بشأن تجديد تغطية برنامج MEDICAID الخاصة بك / خدمات الترجمة الفورية المجانية

سيساعدك هذا الكتيب على استكمال إجراءات التجديد الخاصة بك. لقد أرفقنا نسخة إنجليزية ونسخة مترجمة. أعِد واحدة ***فقط***. للحصول على مساعدة في عملية التجديد الخاصة بك، اتصل بخط مساعدة برنامج Medicaid الخاص بـ HRA على الرقم 1-888-692-6116 أو تواصل مع إحدى خطط الرعاية المدارة (Managed Care Plans) المدرجة في الصفحة 4 في هذا الكتيب. يمكن للمستهلكين ضعاف السمع الاتصال بالرقم 711 أو 1-718-636-7783 باستخدام أجهزة الهواتف النصية (Text Telephone, TTY) (وليس الهواتف العادية).

خدمات الترجمة الفورية المجانية متاحة عبر الهاتف أو في أي مكتب من مكاتب برنامج Medicaid.

تُركت بقية الصفحة فارغة عمدًا

التغييرات الخاصة بإجراءات التجديد عن طريق البريد

يمكنك الاستمرار في الاتصال بخط مساعدة برنامج Medicaid الخاص بـHRA على الرقم 1-888-692-6116 إذا كان لديك أي أسئلة حول نموذج التجديد الخاص بك. يمكنك أيضًا التواصل مع إحدى خطط الرعاية المدارة المدرجة في الصفحة 4 في "دليل إكمال نماذج تجديد تغطية برنامج Medicaid الخاصة بك" المرفق للحصول على مساعدة.

هذا هو طلب **التجديد الوحيد** الذي سيتم إرساله تلقائيًا إليك. يُرجى الاحتفاظ به في مكان آمن حتى تكون مستعدًا لإعادته إلينا. **يجب أن نتلقى ردك من خلال البريد بحلول التاريخ المطبوع على الصفحة 1 من الطلب، أو قد تنتهي تغطيتك.**

لا يزال بإمكانك الخضوع لفحص تمهيدي للحصول على مخصصات إضافية في موقع Access NYC. يمكن الوصول إليه عن طريق الذهاب إلى http://www1.nyc.gov واختيار الخدمات الاجتماعية من القائمة الموجودة في أسفل الصفحة. الموقع آمن ومضمون وسهل الاستخدام.

ملاحظة:

- لا يتعين عليك إرسال إثبات بالمواطنة الأمريكية في هذا الوقت. لا يتعين عليك أيضًا إرسال إثبات بالدخل ما لم تكن هناك تعليمات في نموذج التجديد تنص على ذلك.
  - إذا أردت، يمكنك إرسال أحدهما أو كليهما الآن للمساعدة في ضمان أن لدينا أدق المعلومات الخاصة بك.
  - إذا قررت عدم إرسال الإثبات الآن، فقد نراسلك لطلب القيام بذلك في وقت لاحق. يوضح لك "دليل الوثائق" في الصفحتين 5 و6 في هذا الكتيب أنواع الإثباتات التي نقبلها.
- إذا أخبرتنا أنك مواطن أمريكي، فسنحاول التحقق من المواطنة باستخدام عملية مطابقة بواسطة الكمبيوتر. إذا لم نستطع القيام بذلك، فسوف نراسلك لإبلاغك بذلك وطلب إرسال الإثبات إلينا.
- سنحاول أيضًا التحقق من دخلك باستخدام عملية مطابقة بواسطة الكمبيوتر. إذا كانت نتائج المطابقة مختلفة عن معلوماتك التي ذكرتها عن نفسك، فقد يتم استخدام نتائج المطابقة عند تحديد أهليتك.
  - إذا قررت عدم إرسال الإثبات الآن، فقد نراسلك لطلب القيام بذلك في وقت لاحق. يوضح لك "دليل الوثائق" في الصفحتين 5 و6 من هذا الكتيب أنواع الإثباتات التي نقبلها.
- إذا كنت قد انتقلت مؤخرًا من مدينة نيويورك إلى مقاطعة أخرى داخل ولاية نيويورك، لكن لم يتم فتح حالة تأمين صحي حكومي بعد في المكان الذي تعيش فيه الآن، ينبغي عليك إكمال نموذج التجديد هذا وإعادته إلينا. وسنساعدك في نقل التغطية الخاصة بك.

منطقة تقديم الخدمة الحالية					رقم الهاتف	خطط الرعاية المدارة المشاركة التابعة لبرنامج MEDICAID
Bronx	Brooklyn	Manhattan	Queens	Staten Island		
●	●	●	●	●	866-247-5678	AFFINITY HEALTH PLAN
●	●	●	●	●	800-447-8255	EMBLEM HEALTH (سابقا GROUP HEALTH INSURANCE/HIP HEALTH PLAN OF GREATER (NY- GHI/HIP
●	●	●	●	●	866-463-6743	HEALTHFIRST PHSP, INC.
●	●	●	●	●	800-950-7679	HEALTHPLUS AN AMERIGROUP COMPANY
●	●	●	●	●	800-303-9626	METRO-PLUS (METROPOLITAN HEALTH PLUS)
●	●	●	●	●	888-343-3547	NY STATE CATHOLIC HEALTH PLAN/FIDELIS
●	●	●	●	●	800-493-4647	UNITED HEALTHCARE COMMUNITY PLAN (سابقا AMERICHOICE BY UNITED/ AMERCHOICE OF NY (INC.
	●	●	●	●	800-308-2571 800-215-1531	WELLCARE OF NY, INC.

888-692-6116	785 Atlantic Ave. Brooklyn, NY 11238	مكان تجديد MEDICAID

دليل الوثائق لاستمرار الحصول على تغطية الرعاية الصحية الخاصة بك

إليك قائمة بالإثباتات التي تقبلها برامج Medical Assistance Programs. يرجى استخدام هذا الدليل والتعليمات الموجودة على غلاف كتيب إخطار التجديد لتحديد ما هي الوثائق التي قد يتعين عليك تقديمها للاستمرار في الحصول على تغطية الرعاية الصحية.

الدخل:

الأجور والرواتب/الوظيفة

- شيك/كعب شيك (كعوب شيكات) الراتب الحالي أو سجلات الراتب
- بيان مكتوب مفصَّل من صاحب العمل
- نموذج W-2 (لعملاء برنامج MBI-WPD فقط)
- إقرار ضريبة الدخل (لعملاء برنامج MBI-WPD فقط)

العمل الحر

- إقرار ضريبة الدخل الموقَّع
- سجلات الدخل والنفقات

دخل العمل	نوع الإثبات
• إذا كان الراتب ثابتًا ----------←	نسخة من آخر كعب شيك الراتب أو خطاب من صاحب العمل
• إذا كان الراتب يتغير من فترة عمل إلى فترة عمل أخرى ---------←	نسخ من كعوب شيكات الراتب تغطي آخر 4 أسابيع أو خطاب من صاحب العمل.
• إذا كان يتم دفع أي جزء من راتبك/دخلك نقدًا ولن يقدم صاحب العمل الخاص بك إثباتًا كتابيًا ---------←	أجب بـ "نعم" على السؤال الأول في أسفل قسم **الدخل** الموجود في الصفحة 2 في كتيب التجديد
• إذا كنت تعمل عملًا حرًا ----------←	نسخة من أحدث إقرار ضريبي وخطاب (موقع بواسطتك) من الدخل الحالي. إذا تغير الدخل، اشرح السبب.
• إذا كنت تتلقى مخصصات بطالة ----------←	فأرسل نسخة من خطاب منحة تأمين البطالة أو نموذجًا مطبوعًا متاحًا عبر الإنترنت من إدارة العمل بولاية نيويورك (NYS Department of Labor): https://ui.labor.state.ny.us/UBC/home.do

مخصصات البطالة

- خطاب/شهادة منح
- بيان الإعانة أو مستخرج
- خطاب من وزارة العمل في ولاية نيويورك

الضمان الاجتماعي

- خطاب/شهادة منح
- شيك الإعانة
- خطاب من إدارة الضمان الاجتماعي (Social Security Administration)

مدفوعات الجيش

- خطاب الموافقة
- كعب الشيك

نفقة/إعالة الطفل

- خطاب من الشخص الذي يقدم النفقة أو خطاب من المحكمة
- كعب شيك النفقة الزوجية/نفقة الطفل

تعويضات العاملين

- خطاب الموافقة
- كعب الشيك

الدخل المكتسب من التأجير أو مشاركة المسكن/الغرفة

- خطاب من النزيل أو الساكن الداخلي أو المستأجر
- كعب الشيك

الفوائد/حصص الأرباح/عائدات الملكية

- خطاب من مصرف أو اتحاد ائتماني
- خطاب من سمسار
- خطاب من وكيل

مخصصات المحاربين القدامى

- خطاب الموافقة
- كعب شيك المخصصات
- خطاب من وزارة شؤون المحاربين القدامى (Veterans' Administration)

معاشات تقاعد خاصة/مدفوعات سنوية

- بيان من الجهة المانحة للمعاش/الدخل السنوي

دليل الوثائق لاستمرار الحصول على تغطية الرعاية الصحية الخاصة بك جاري

المواطنة: (إذا كنت تقر بأنك مواطن أمريكي، لا يتعين عليك إرسال إثبات في هذا الوقت. إذا تطلب الأمر تقديم الوثائق، فسوف تتلقى خطابًا يطلبها.)

- جواز سفر أمريكي
- شهادة المواطنة الأمريكية
- شهادة الحصول على الجنسية
- شهادة ميلاد أمريكية **وأحد** إثباتات **الهوية** التالية: (1) رخصة قيادة مزودة بصورة فوتوغرافية، أو معلومات أخرى معرّفة للهوية (2) بطاقة تعريف هوية مدرسية مزودة بصورة فوتوغرافية، (3) بطاقة الجيش الأمريكي أو سجل الالتحاق بالجيش الأمريكي، (4) بطاقة تعريف هوية صادرة عن الحكومة الفيدرالية أو حكومة الولاية أو حكومة محلية مزودة بنفس المعلومات المتضمَنة في رخصة القيادة.

حالة الهجرة: الوثائق التالية هي الوثائق التي تصدر بواسطة إدارة خدمات المواطنة والهجرة الأمريكية (United States Citizenship & Immigration Services, USCIS)

- I-551 بطاقة إقامة دائمة (البطاقة الخضراء)
- I-94 سجل الوصول/المغادرة
- I-688B و I-766 بطاقة تصريح العمل
- I-797 (إخطار باتخاذ إجراء) أو مراسلات رسمية أخرى إلى ومن إدارة خدمات الجنسية والهجرة الأمريكية (USCIS) أو مصلحة الهجرة والجمارك الأمريكية (ICE) أو المكتب التنفيذي لمراجعة الهجرة (EOIR)

رعاية الأطفال/رعاية المعالين: يجب أن تتضمن الوثائق المبلغ الذي تدفعه ومعدل دفعه

- خطاب من مركز الرعاية النهارية أو غيره من مقدمي الرعاية للأطفال/البالغين
- شيكات أو إيصالات لاغية تثبت سداد تكاليف خدمات الرعاية

الحمل:

- بيان من الطبيب/الأخصائي الطبي بموعد الولادة المتوقَع

التأمين الصحي الخاص: يجب أن تتضمن الوثائق المبلغ الذي تدفعه

- بوليصة التأمين
- شهادة التأمين
- بطاقة التأمين
- إثبات آخر خاص بالتأمين الخاص

إننا نقبل نسخًا ضوئية من جميع الوثائق بخلاف تلك المطلوبة لإثبات مواطنتك أو هويتك

باستكمالي لهذا النموذج وتوقيعي عليه، فإنني أقوم بالتقدم بطلب لتجديد اشتراكي في تغطية برنامج Medicaid و/أو برنامج Family Planning Benefit.

أدرك تمامًا أنني يجب أن أقدم المعلومات اللازمة لإثبات أهليتي لكل برنامج. وأنا أوافق على الإبلاغ فورًا عن أي تغييرات تطرأ على المعلومات الواردة في هذا النموذج. وإذا لم أستطع الحصول على المعلومات اللازمة، فسأبلغ مقاطعة الخدمات الاجتماعية. قد تتمكن مقاطعة الخدمات الاجتماعية من المساعدة في الحصول على المعلومات.

أدرك أن العاملين في البرامج التي أتقدم أنا أو أفراد الأسرة بطلب تجديد الاشتراك فيها يجوز لهم التحقق من المعلومات التي قدمتها في هذا النموذج. وستحافظ الوكالات التي تدير هذه البرامج على سرية هذه المعلومات بموجب قانون الولايات المتحدة رقم 42 المادة 1396a (a) (7) والقانون الفيدرالي (42 CFR 431.300-431.307)، بالإضافة إلى أي قوانين أو لوائح فيدرالية أو تابعة للولاية.

أدرك أن تغطية برنامج Medicaid و/أو برنامج Family Planning Benefit لن تدفع أي نفقات طبية من المفترض أن يدفعها التأمين أو أي شخص آخر، وأنني أمنح الوكالة كافة حقوقي في التقدم للحصول على الدعم الطبي وتلقيه من زوج/زوجة أو من أولياء أمور الأشخاص الذين يبلغون من العمر أقل من 21 عامًا وحقي في التقدم للحصول على مدفوعات من طرف ثالث وتلقيها طوال الوقت الذي من المفترض أن أحصل فيه على المخصصات.

سأتقدم بأي مطالبات للحصول على مخصصات التأمين الصحي أو التأمين ضد الحوادث أو أي موارد أخرى يحق لي الحصول عليها. أُدرك أنه يحق لي ادعاء وجود سبب وجيه لعدم تعاوني في استخدام التأمين الصحي إذا كان من الممكن أن يسبب استخدامه ضررًا لصحتي أو سلامتي أو صحة وسلامة شخص أتحمل مسؤوليته بموجب القانون.

أُدرك أن أهليتي للالتحاق بهذه البرامج لن تتأثر بعرقي أو لوني أو أصلي القومي. وأُدرك أيضًا أنه بناءً على المتطلبات الخاصة بكل برنامج على حدة، فقد يكون عمري أو إعاقتي أو حالة المواطنة الخاصة بي عاملاً مؤثرًا في تحديد إذا ما كنت مؤهلاً أم لا.

أفهم أنه إذا كان طفلي مشتركًا في برنامج Medicaid، يمكنه الحصول على رعاية أولية ووقائية شاملة، بما في ذلك جميع العلاجات اللازمة عبر برنامج Child/Teen Health.

أُدرك أن الشخص الذي يقوم بالكذب أو إخفاء الحقيقة عن عمد حتى يتلقى الخدمات التي توفرها هذه البرامج، يرتكب جريمة ويكون معرضًا لأن توقع عليه عقوبات فيدرالية وعقوبات خاصة بالولاية وقد يتعين على هذا الشخص إعادة دفع مبلغ المخصصات التي تلقاها ودفع مبالغ العقوبات المدنية. يحق لإدارة الضرائب والمالية بولاية (Department of Tax and Finance) نيويورك مراجعة بيانات الدخل الواردة في هذا النموذج.

شهادة بحالة المواطنة/الهجرة أشهد أنا تحت عقوبة الحنث باليمين، بتوقيع اسمي على هذا النموذج، بأنني و/أو أي شخص آخر أوقع نيابةً عنه، مواطن أمريكي أو من رعايا الولايات المتحدة الأمريكية أو أن حالة الهجرة الخاصة بي/بالشخص الذي أوقع نيابةً عنه مقبولة. ويشير مصطلح "وضع الهجرة المقبول" إلى الوضع الذي لا يجعل الشخص غير مؤهل للحصول على مخصصات. **معلومات مهمة**: صرحت إدارة خدمات المواطنة والهجرة الأمريكية (USCIS) بأن الالتحاق بتغطية برنامج Medicaid لا يمكن أن يؤثر على قدرة الشخص على الحصول على البطاقة الخضراء أو أن يكون مواطنًا أمريكيًا أو على إعالته لأي فرد من أفراد الأسرة أو على السفر داخل الدولة أو خارجها (باستثناء ما إذا كانت تغطية برنامج Medicaid تدفع مبالغ لتوفير رعاية طويلة الأجل في مكان ما كدار رعاية أو مستشفى أمراض نفسية). **لن تبلغ الولاية إدارة USCIS بأي معلومات واردة في طلب التقدم هذا.**

رقم الضمان الاجتماعي (SOCIAL SECURITY NUMBER) يجب على كل المتقدمين بطلبات توفير رقم ضمان اجتماعي أو وثيقة إثبات بأنهم قد تقدموا بطلب للحصول على رقم أو حاولوا تقديم طلب للحصول على رقم. ويُستثنى من ذلك فقط السيدات الحوامل، والمهاجرون غير الموثقين وغير المهاجرين المؤقتين المتقدمين بطلبات للحصول على علاج لحالة طبية طارئة وبعض المهاجرين الذين تعرضوا للقسوة. أرقام SSN غير مطلوبة لأفراد أسرتيغير المتقدمين بطلبات للحصول على مخصصات. أدرك أن ذلك لازم بموجب القانون الفيدرالي الوارد في 42 U.S.C. 1320b-7 (a) ولوائح برنامج Medicaid الواردة في 42 CFR 435.910. تستخدم أرقام الضمان الاجتماعي بعدة طرق، وذلك داخل إدارة الخدمات الاجتماعية (Department of Social Services, DSS) و بين إدارة الخدمات الاجتماعية وبين الوكالات الفيدرالية والوكالات التابعة للولاية والوكالات المحلية، سواء في نيويورك أو غيرها من الدوائر القضائية. من بين استخدامات أرقام الضمان الاجتماعي: التحقق من الهوية وتحديد الدخل المكتسب وغير المكتسب والتحقق من كل منهما والتحقق مما إذا كان أولياء الأمور غير الحاضنين بإمكانهم الحصول على تغطية التأمين الصحي للمتقدمين بالطلبات والتحقق مما إذا كان المتقدمون بالطلبات يمكنهم تلقي الدعم الطبي والحصول على المال أو المساعدات الأخرى. يمكن استخدام أرقام SSN أيضًا لتحديد هوية المتلقي داخل نطاق وكالات Medicaid الحكومية المركزية وبينها لضمان إتاحة الخدمات المناسبة للمتلقي.

الإفصاح عن المعلومات الطبية أوافق على الإفصاح عن أي معلومات طبية تخصني أو تخص أيًا من أفراد أسرتي ممن يمكنني الموافقة بالنيابة عنهم: بواسطة مقدم الرعاية الأولية الخاص بي أو أي من مقدمي الرعاية الصحية الآخرين أو إدارة الصحة بولاية نيويورك (New York State Department of Health, SDOH) للخطة الصحية الخاصة بي وأي من مقدمي خدمات الرعاية الصحية المشتركين في رعايتي صحيًا أو رعاية أسرتي، وحسب ما هو ضروري بشكل معقول للخطة الصحية الخاصة بي أو مقدمي الخدمات الخاصين بي لتقديم العلاج أو تسديد الدفعات أو إجراء عمليات الرعاية الصحية، وبواسطة الخطة الصحية الخاصة بي وأي من مقدمي الرعاية الصحية الخاصين بي للإدارة الصحية بولاية نيويورك وغيرها من الوكالات الفيدرالية والوكالات التابعة للولاية والوكالات المحلية المعتمدة بهدف إدارة تغطية برنامج Medicaid وبواسطة الخطة الصحية الخاصة بي للأشخاص الآخرين أو المنظمات الأخرى، حسب ما هو ضروري بشكل معقول لكي تقوم الخطة الصحية الخاصة بي بتقديم العلاج أو تسديد الدفعات أو إجراء عمليات الرعاية الصحية. وأوافق أيضًا على أن المعلومات المصرح بالإفصاح عنها يمكن أن تتضمن معلومات تخص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو المعلومات المتعلقة بالصحة العقلية أو سوء استخدام الكحول والمواد، سواء أكانت هذه المعلومات تتعلق بي أم بأفراد أسرتي، وذلك إلى الحد الذي يسمح به القانون. إذا كان هناك أكثر من فرد بالغ في الأسرة مشترك في الخطة الصحية لبرنامج Medicaid، فمن الضروري توقيع كل فرد بالغ يقدم طلبًا على الموافقة على الكشف عن المعلومات.

الرعاية الصحية المدارة من برنامج MEDICAID إذا كنت أضيف أحد أفراد الأسرة إلى إحدى حالات تغطية برنامج Medicaid وأنا أقيم في مقاطعة تتطلب انضمام متلقي خدمات تغطية برنامج Medicaid إلى خطة صحية، فإنني أدرك أنه سيتم تسجيل هذا الفرد من الأسرة في نفس الخطة الصحية الخاصة بأسرتي، إلا إذا كان معفى أو مستثنى من ذلك.

الإفصاح عن السجلات التعليمية أمنح إدارة الخدمات الاجتماعية المحلية (Department of Social Services) وولاية نيويورك إذن الحصول على أي معلومات متعلقة بالسجلات التعليمية لطفلي (أطفالي)، المذكور اسمه في هذه الوثيقة، والضرورية لمطالبة تغطية برنامج Medicaid بسداد تكاليف الخدمات التعليمية المرتبطة بالصحة والسماح للوكالة الحكومية الفيدرالية المناسبة بالوصول إلى هذه المعلومات بغرض التدقيق فقط.

برنامج EARLY INTERVENTION إذا تم تقييم طفلي للدخول في برنامج Early Intervention بولاية نيويورك أو هو يشارك فيه، فإنني أمنح إدارة الخدمات الاجتماعية المحلية وولاية نيويورك الإذن بمشاركة معلومات أهلية طفلي للاستفادة من تغطية برنامج Medicaid مع برنامج Early Intervention الموجود في مقاطعتي بغرض إرسال الفواتير إلى برنامج Medicaid. أوافق على مشاركة هذه المعلومات مع أي مركز صحي مدرسي يقدم خدمات إلى مُقدم الطلب (مُقدمي الطلبات).

Human Resources Administration
Department of Social Services

MAP-2020c (A) 12/20/2023
(E) 12/20/2023

إشعار الخصوصية

يصف هذا الإشعار كيفية استخدام المعلومات الطبية الخاصة بك والكشف عنها وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. فيُرجى مراجعته بدقة.

يجب أن يُعلمك برنامج Medicaid بمدينة نيويورك بشأن كيفية استخدامنا لمعلوماتك الصحية ومشاركتها وحمايتها. يشمل برنامج Medicaid بمدينة نيويورك برنامج Medicaid العادي وبرنامج Medicaid لإدارة الرعاية. تتم إدارة البرنامج من قبل إدارة الصحة والإدارات المحلية للخدمات الاجتماعية بولاية نيويورك.

معلوماتك الصحية هي معلومات خاصة.

نحن مطالبون بالحفاظ على خصوصية معلوماتك ومشاركة معلوماتك عند الحاجة فقط والالتزام بممارسات الخصوصية المذكورة في هذا الإخطار. ويجب علينا بذل جهود خاصة لحماية أسماء الأشخاص الذين يتلقون خدمات متعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز أو بالعقاقير والكحوليات.

ما هي المعلومات الصحية التي تكون لدى برنامج Medicaid بمدينة نيويورك؟

عند تقدمك بطلب للالتحاق ببرنامج Medicaid، فربما تكون قد زودتنا بمعلومات عن صحتك. عندما يرسل أطباؤك والعيادات والمستشفيات التي ترتادها وخطط إدارة الرعاية الخاصة بك وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية مطالبات بالدفع، نحصل أيضًا على معلومات تخص صحتك وعلاجك وأدويتك.

كيف يستخدم برنامج Medicaid بمدينة نيويورك معلوماتك الصحية ويشاركها؟

يجب علينا مشاركة معلوماتك الصحية عندما:

- **تطلب أنت أو ممثلك الحصول على معلوماتك الصحية.**
- **تطلب الوكالات الحكومية الحصول على المعلومات على النحو الذي يسمح به القانون مثل عمليات التدقيق.**
- **يطالبنا القانون بمشاركة معلوماتك.**

في طلبك المقدم لبرنامج Medicaid، منحت برنامج Medicaid بمدينة نيويورك الحق في استخدام معلوماتك الصحية ومشاركتها لدفع تكاليف رعايتك الصحية وتشغيل البرنامج. على سبيل المثال، نستخدم معلوماتك ونشاركها من أجل:

- **دفع فواتير طبيبك و/أو المستشفى التي ترتادها و/أو مقدم الرعاية الصحية الخاص بك.**
- **ضمان حصولك على رعاية صحية ذات جودة عالية واتباع جميع القواعد والقوانين.**

قد نراجع معلوماتك الصحية:

- **لتحديد ما إذا كنت قد تلقيت الإجراء الطبي الصحيح أو معدات الرعاية الصحية الصحيحة أم لا.**
- **للتواصل معك بخصوص تغييرات مهمة في المخصصات الصحية التي تتلقاها.**
- **لنتأكد من التحاقك بالبرنامج الصحي المناسب.**
- **لتحصيل المدفوعات من شركات التأمين الأخرى.**
- **لتحديد الأهلية فيما يخص الالتحاق بالجزء د من برنامج Medicare أو برامج التأمين الأخرى التي قد تكون أكثر توفيرًا بالنسبة لك.**

يمكننا أيضًا استخدام معلوماتك الصحية ومشاركتها في ظل ظروف محدودة من أجل:

- **دراسة أوضاع الرعاية الصحية.** قد نطلع على المعلومات الصحية الخاصة بالكثير من العملاء لنجد أساليب تمكننا من تقديم رعاية صحية أفضل.
- **منع وقوع مشكلات خطيرة تتعلق بالصحة أو السلامة لك أو لمجتمعك، أو الاستجابة لها على النحو الذي تسمح به القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية.**

يُشترط الحصول على تصريحك الكتابي للاستخدامات وحالات الإفصاح الأخرى:

- **ملاحظات العلاج النفسي**
- **استخدامات المعلومات الصحية المحمية والإفصاح عنها لأغراض التسويق، بما في ذلك المراسلات العلاجية المدعومة**
- **حالات الإفصاح التي تعد بمثابة عملية بيع لمعلوماتك الصحية المحمية.**

يجب أن نحصل على إذن كتابي منك لاستخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية لأي غرض غير مذكور في هذا الإخطار ما لم يُطلب منا القيام بذلك بموجب القوانين التي تسري علينا.

ما هي حقوقك؟

يحق لك أو لممثليك ما يلي:

- الحصول على نسخة ورقية من هذا الإخطار.
- الاطلاع على معلوماتك الصحية أو الحصول على نسخة منها. في حالة رفض طلبك، يحق لك مراجعة الرفض.
- طلب تغيير معلوماتك الصحية. سننظر في جميع الطلبات، لكن لا يمكننا تغيير الفواتير التي أرسلها طبيبك أو العيادة أو المستشفى أو غيرهم من مقدمي الرعاية الصحية.
- طلب تقييد كيفية استخدامنا ومشاركتنا لمعلوماتك. سننظر في جميع الطلبات، لكن لسنا مضطرين إلى الموافقة على ما تطلبه باستثناء الحالات التي يتطلب فيها القانون إجراء مثل هذا الإفصاح عن المعلومات.
- طلب التواصل معك بشأن معلومات الرعاية الصحية الخاصة بك بطرق مختلفة (على سبيل المثال، يمكنك أن تطلب منا أن نرسل بريدك إلى عنوان مختلف).
- طلب نماذج خاصة توقع عليها لتسمح لنا بمشاركة معلوماتك الصحية مع من تختار. يمكنك سحب إذنك في أي وقت، طالما لم تُشارك المعلومات بعد.
- الحصول على قائمة بأولئك الذين تلقوا معلوماتك الصحية. لن تحتوي هذه القائمة على المعلومات الصحية التي تطلبها أنت أو ممثلك، أو المعلومات المستخدمة في إدارة برنامج Medicaid بمدينة نيويورك، أو المعلومات التي تم الكشف عنها لأغراض خاصة بإنفاذ القانون.
- إخطارك بأي اختراق يحدث لأي من معلوماتك الصحية المحمية غير المؤمنة.

راجع موقع إدارة الموارد البشرية لمدينة نيويورك للحصول على نسخة إلكترونية من هذا الإشعار (https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf). يمكنك أيضًا زيارة الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة بولاية نيويورك (Department of Health) للاطلاع على نسخة بديلة (https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/hipaa/notepriveng.htm).

***لن يتم معاقبتك على تقديم شكوى. إذا قمنا بتغيير المعلومات الواردة في هذا الإشعار، فسنقوم بنشر النسخة المعدلة على موقعنا الإلكتروني على:**

(https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf)

هل تعاني من إعاقة أو حالة طبية أو حالة صحية عقلية؟ هل تجعل هذه الحالة فهم هذا الإخطار أو تنفيذ ما يطلبه منك أمرًا صعبًا عليك؟ هل تجعل هذه الحالة حصولك على خدمات أخرى توفرها إدارة الموارد البشرية (Human Resources Administration, HRA) أمرًا صعبًا؟ **يمكننا مساعدتك.** اتصل بنا على الرقم 888-692-6116. يمكنك أيضًا طلب المساعدة عند زيارتك لأحد مكاتب إدارة HRA. يحق لك طلب الحصول على هذا النوع من المساعدة بموجب القانون.