

أكمل هذا النموذج لتفويض Providence Health Assurance (PHA) بمشاركة معلوماتك الصحية مع فرد آخر (أفراد آخرين). يُرجى استخدام بطاقة هوية العضو (ID) لمساعدتك في استكمال المعلومات في الجزء أ.



PART A: MEMBER INFORMATION (Provide your name and personal information)

الجزء أ: معلومات العضو (أدخل اسمك ومعلوماتك الشخصية)

Middle Initial الأحرف الأولى من الاسم الأوسط	Member First Name الاسم الأول للعضو	Member Last Name الاسم الأخير للعضو
Group Number (see your ID card) رقم المجموعة (راجع بطاقة الهوية)	Member Identification Number (see your ID card) الرقم مُعرف العضو (راجع بطاقة هوية العضو)	Member Date of Birth تاريخ ميلاد العضو
Preferred Phone Number رقم الهاتف المفضل	City, State, and Zip Code المدينة والولاية والرمز البريدي	Member Home/Street Address عنوان منزل/شارع سكن العضو

PART B: INDIVIDUAL(S) WHO MAY RECEIVE MY INFORMATION (Name of the individual(s) you are authorizing to receive your health information)

الجزء ب: الأفراد الذين قد يتلقون معلوماتي (اسم الفرد) الذين تصرح لهم بتلقي معلوماتك الصحية

I understand the below-named individual(s) must be 18 years of age or older.
أدرك أن الأفراد المذكورين أدناه يجب أن يكونوا قد بلغوا 18 عامًا أو أكثر.

1. Name of authorized individual:

1. اسم الشخص المصرح له:

Relationship to Member: ☐ Spouse ☐ Domestic Partner ☐ Friend ☐ Caretaker ☐ Broker ☐ Other
العلاقة بالعضو: ☐ الزوج/الزوجة ☐ شريك منزلي ☐ صديق/صديقة ☐ مقدم الرعاية ☐ الوسيط ☐ غير ذلك

2. Name of authorized individual:

2. اسم الشخص المفوض:

Relationship to Member: ☐ Spouse ☐ Domestic Partner ☐ Friend ☐ Caretaker ☐ Broker ☐ Other

العلاقة بالعضو: ☐ الزوج/الزوجة ☐ شريك منزلي ☐ صديق/صديقة ☐ مقدم الرعاية ☐ الوسيط ☐ غير ذلك

3. Name of authorized individual: _____

3. اسم الشخص المفوض: _____

Relationship to Member: ☐ Spouse ☐ Domestic Partner ☐ Friend ☐ Caretaker ☐ Broker ☐ Other

العلاقة بالعضو: ☐ الزوج/الزوجة ☐ شريك منزلي ☐ صديق/صديقة ☐ مقدم الرعاية ☐ الوسيط ☐ غير ذلك

PART C: PURPOSE OF MY AUTHORIZATION (Select your reason for making this authorization by checking the appropriate box below)

الجزء ج: الغرض من تفويضي (حدد سبب إصدار هذا التفويض عن طريق وضع علامة على المربع المناسب أدناه)

☐ Member Request (personal reason)

☐ طالب العضو (سبب شخصي)

☐ Other (please specify): _____

☐ غير ذلك (يُرجى التحديد): _____

PART D: INFORMATION THAT CAN BE SHARED BY PHA (Select the information you are authorizing to release by checking the appropriate box(es) below)

الجزء د: المعلومات التي يمكن أن تشاركها PHA (حدد المعلومات التي تصرح بالإفصاح عنها عن طريق وضع علامة على المربع (المربعات) المناسب (أدناه))

☐ Appeals

☐ تقديم الطعون

☐ Benefits and Coverage

☐ المزايا والتغطية

☐ Claims and Payment Information

☐ معلومات المطالبات والدفع

☐ Clinical Notes

☐ الملاحظات السريرية

☐ Diagnosis and Procedure

☐ التشخيص والإجراءات

☐ Eligibility and Enrollment

☐ الأهلية والتسجيل

☐ Financial

☐ الشؤون المالية

☐ Premium Information/Resolve Billing Questions/Problems

☐ معلومات عن الأقساط/حل استفسارات أو مشاكل الفواتير

☐ Referrals and Preauthorizations for Medical Services

☐ الإحالات والأذون المسبقة للخدمات الطبية

☐ Other (please specify): _____

☐ غير ذلك (يُرجى التحديد): _____

PART E: SENSITIVE INFORMATION THAT CAN BE SHARED BY PHA (Write your initials on the line next to each type of sensitive information you are authorizing to share)

الجزء هـ: المعلومات الحساسة التي يمكن أن تشاركها PHA (اكتب الأحرف الأولى من اسمك على السطر المجاور لكل نوع من المعلومات الحساسة التي تصرح بمشاركتها)

إذا كانت سجلاتنا تتضمن أي من أنواع المعلومات المذكورة أدناه، فقد تنطبق قوانين إضافية تتعلق باستخدام المعلومات والكشف عنها.

*أدرك أن أنواعًا معينة من المعلومات الحساسة، بما في ذلك بعض المعلومات المتعلقة بتعاطي الكحوليات/المواد المخدرة، تتمتع بالحماية بموجب قوانين ولوائح الخصوصية الفيدرالية وعلى مستوى الولاية، ولا يمكن الكشف عنها دون موافقتي الخطية ما لم ينص على خلاف ذلك في القوانين واللوائح. أفهم وأوافق على أن المعلومات الواردة أدناه لن يتم الكشف عنها إلا إذا وقعت بالأحرف الأولى من اسمي في السطر المجاور للمعلومات الحساسة المحددة.

Mental Health Data and Records

بيانات وسجلات الصحة العقلية

HIV (testing and treatment)

فيروس نقص المناعة البشرية (الفحص والعلاج)

Maternity/Pregnancy
(reproductive health)

الأمومة/الحمل
(الصحة الإنجابية)

*Alcohol/Drug/Substance Use

(diagnosis, treatment, referral information)

*تعاطي الكحوليات/المخدرات/المواد المسببة للإدمان
(التشخيص والعلاج ومعلومات الإحالة)

Sexually Transmitted Illness/
Disease (testing and treatment)

الأمراض / العدوى المنقولة جنسيًا
(الفحص والعلاج)

Genetic Information (services or tests)

المعلومات الجينية الوراثية (الخدمات أو الاختبارات)

Please note: To parents/legal guardians of minors, some state laws may prohibit PHA from acting on your request about Sensitive Information without written authorization from the minor member.

يرجى ملاحظة: إلى أولياء أمور/الأوصياء القانونيين على القاصرين، قد تحظر بعض قوانين الولايات على PHA التصرف بناءً على طلبكم بشأن المعلومات الحساسة دون الحصول على إذن كتابي من العضو القاصر.

Date

التاريخ

Minor Member's Signature

توقيع العضو القاصر

PART F: PERMISSION TO ACT ON MY BEHALF (You may authorize the individual(s) named in Part B to perform administrative functions on your behalf as indicated below)

الجزء و: الإذن بالتصرف نيابة عني (يمكنك تفويض الشخص (الأشخاص) المذكورين في الجزء ب لأداء المهام الإدارية نيابة عنك على النحو المبين أدناه)

☐ Request a new ID card

☐ طلب بطاقة هوية جديدة

☐ Change my address

☐ تغيير عنواني

☐ Inquire/choose/change my primary care provider

☐ الاستفسار عن/اختيار/تغيير مقدم الرعاية الأولية

☐ Enroll/disenroll me from the plan

☐ تسجيلي أو إلغاء تسجيلي في الخطة

☐ Correct missing/erroneous demographic information (age, gender, marital status, race)

☐ تصحيح المعلومات الديموغرافية المفقودة/الخاطئة (العمر، الجنس، الحالة الاجتماعية، العرق)

PART G: DATE YOUR AUTHORIZATION EXPIRES (This authorization will remain in effect for three (3) years from the date it is signed unless you specify an earlier expiration date)

الجزء ز: تاريخ انتهاء صلاحية التفويض (يظل هذا التفويض ساريًا لمدة ثلاث (3) سنوات من تاريخ التوقيع عليه ما لم تحدد تاريخ انتهاء صلاحية أسبق)

Other/earlier expiration date (please specify): ☐ Three (3) years ☐

تاريخ انتهاء صلاحية آخر/أسبق (يرجى تحديد):

ثلاث (3) سنوات

California Residents: An authorization form in California generally expires one (1) year from the date it is signed unless a different expiration date is specified. The maximum expiration date permitted by PHA is three (3) years.

سكان كاليفورنيا: تنتهي صلاحية نموذج التفويض في كاليفورنيا عمومًا بعد عام واحد (1) من تاريخ التوقيع عليه ما لم يتم تحديد تاريخ انتهاء صلاحية مختلف. أقصى تاريخ انتهاء صلاحية مسموح به من قبل PHA هو ثلاث (3) سنوات.

PART H: REVOCATION AND ACKNOWLEDGEMENT (Your rights related to this authorization, including the right to revoke your authorization)

الجزء ح: الإلغاء والإقرار (حقوقك المتعلقة بهذا التفويض، بما في ذلك الحق في إلغاء تفويضك)

يحق لك إلغاء هذا التفويض كتابةً في أي وقت قبل تاريخ انتهاء الصلاحية. وإذا ألغيت تفويضك، فلن تُستخدم معلوماتك أو يُكشف عنها للأغراض المذكورة في هذا التفويض، باستثناء أي إجراءات اتخذتها PHA بالفعل بناءً على تفويضك السابق. ولا يمكن التراجع عن أي استخدامات أو إفصاحات حدثت بالفعل بموجب تفويضك.

إضافة أفراد مفوضين أو لإجراء تغييرات أخرى على تفويضك، يُرجى استكمال نموذج تفويض جديد وإرساله. لإلغاء تفويض سارٍ، يُرجى إرسال طلب كتابي لإلغاء النموذج الحالي الموجود في الملف. سيصبح الإلغاء ساري المفعول بمجرد استلام PHA لطلبك الكتابي ومعالجته. يجب أن يتضمن طلبك اسمك الكامل ورقم عضويتك وتاريخ ميلادك، ويجب إرساله بالبريد إلى العنوان التالي: Providence Health Assurance at P.O. Box 5548, Portland, Oregon, 97228-5548.

بتوقيعك على الجزء "ط"، فإنك تقر وتقبل ما يلي:

"أفهم وأوافق وأسمح لمؤسسة Providence Health Assurance باستخدام معلوماتي والكشف عنها كما هو موضح أعلاه. أشهد أنني أوقع على نموذج التفويض هذا بمحض إرادتي. أفهم أن Providence Health Assurance لا تشترط توقيعني على نموذج التفويض هذا لتلقي العلاج أو الدفع أو التأهل للحصول على المزايا.

أفهم أنه بمجرد مشاركة معلوماتي، يجوز استخدامها والإفصاح عنها من قبل الشخص المصرح له وقد لا تكون محمية بموجب القانون الفيدرالي. ومع ذلك، أفهم أيضاً أن القانون الفيدرالي أو قانون الولاية قد يقيّد إعادة الكشف عن المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو معلومات الصحة العقلية أو معلومات الاختبارات الجينية وتشخيص إدمان المخدرات/الكحوليات أو العلاج أو الإحالة.

PART I: MEMBER AUTHORIZATION (To finish your authorization, sign your name and write the date below)

الجزء ط: التفويض من العضو (لإتمام تفويضك، يُرجى التوقيع باسمك وكتابة التاريخ أدناه)

Date

التاريخ

Member's Signature

توقيع العضو

Date

التاريخ

Member's Designated Legal Representative/Guardian Signature

توقيع الممثل القانوني/الوصي المعين من قبل العضو

Relationship to Member: ☐ Parent of a Minor ☐ *Legal Guardian ☐ *Power of Attorney
العلاقة بالعضو: ☐ والد/والدة القاصر ☐ * الوصي القانوني ☐ * توكيل رسمي

*If this form is signed by someone other than the member, please attach authorizing legal documentation of guardianship or power of attorney.

*في حالة التوقيع على هذا النموذج من قبل شخص آخر غير العضو، يُرجى إرفاق الوثائق القانونية التي تثبت الوصاية أو التوكيل.

PART J: RETURN THE COMPLETED FORM TO PROVIDENCE HEALTH ASSURANCE

الجزء ي: أعد إرسال النموذج بعد استكمالته إلى Providence Health ASSURANCE

البريد:	الفاكس:	البريد الإلكتروني:
Providence Health Assurance Attn: Customer Service P.O. Box 5548 Portland, Oregon 97228-5548	503-574-8116	memberauthorizationrequest@providence.org

. 1-800-603-2340 أو 503-574-8000 إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخطط بروفيدنس ميديكير على الرقم (الاتصال على الرقم 711. نعمل سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً حتى TTY يتعين على مستخدمي الهاتف النصي) 8 مساءً. (بتوقيت المحيط الهادئ). في الفترة من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر تكون أيام السبت والأحد عطلة.

يُرجى الاحتفاظ بنسخة من هذا النموذج في سجلاتك