

نموذج إصدار المعلومات

اسم العضو: _____ تاريخ الميلاد: _____

UCare أو (حدد) قد تصدر لـ: _____

اسم الشخص أو الكيان الذي لديه المعلومات التالية:

<input type="checkbox"/> اسمي	<input type="checkbox"/> فيروس نقص المناعة	<input type="checkbox"/> تقييمات	<input type="checkbox"/> تقييد معلومات
<input type="checkbox"/> المطالبات	<input type="checkbox"/> البشرية/ الإيدز	<input type="checkbox"/> لتصريح	<input type="checkbox"/> صورة لي
<input type="checkbox"/> الصيدلية	<input type="checkbox"/> تعاطي الكحول/ المخدرات	<input type="checkbox"/> الاستئنافات والشكاوى	<input type="checkbox"/> المبلغ المالي
<input type="checkbox"/> التسجيل	<input type="checkbox"/> العلاج	<input type="checkbox"/> خدمة العملاء	<input type="checkbox"/> ديموغرافي
<input type="checkbox"/> خطط مكافحة الأمراض	<input type="checkbox"/> الصحة النفسية	<input type="checkbox"/> سجلات المورد	<input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى التحديد):
<input type="checkbox"/> خطط الرعاية	<input type="checkbox"/> الاختبارات الجينية		
<input type="checkbox"/> مراجعة الاستخدام			

جميع السجلات والمعلومات كما تم التحقق منها أعلاه.

سجلات لبعض الأمور فقط التاريخ (التواريخ) أو الفترة الزمنية:

سبب هذا الإصدار هو:

<input type="checkbox"/> طلب العضو	<input type="checkbox"/> بحث	<input type="checkbox"/> لشرح	<input type="checkbox"/> بيان إعلامي
<input type="checkbox"/> استمرارية الرعاية	<input type="checkbox"/> الاستئناف/ الشكاوى	<input type="checkbox"/> برنامج/ برامج شركة UCare	<input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى التحديد):
<input type="checkbox"/> مرض		<input type="checkbox"/> الخدمات	
<input type="checkbox"/> إدارة			

سيستمر هذا الإصدار حتى:

(تحديد التاريخ أو الحدث أو الشرط)

بتوقيع هذا النموذج:

- أوافق على أنه يجوز لشركة UCare استخدام معلومات عني وإصدارها للأسباب المحددة أعلاه.
- لدي الحق في إلغاء هذا الإصدار كتابياً في أي وقت.
- أفهم وأوافق على أنه حتى إذا قمت بإلغاء هذا الإصدار، فربما تمت مشاركة المعلومات بالفعل قبل أن ألغي الإصدار.
- ولا يجوز بعد الآن حماية أي معلومات تم استخدامها أو الكشف عنها بموجب القانون. قد تخضع المعلومات أيضاً لإعادة الكشف من قبل الشخص أو المنظمة التي تتلقاها.
- وأنا أفهم أنني لم يكن لديك لتوقيع هذا الإصدار.
- إذا لم أوقع على هذا الإصدار، فلن يؤثر ذلك على تغطيتي الصحية.
- وأنا أفهم أن المعلومات الصادرة قد تتيح للآخرين معرفة أنني شخص في برنامج الرعاية الصحية مينيسوتا.
- أنا أعلم وأوافق على الشروط في نموذج الإصدار هذا.
- بموجب هذا، أقوم بإعفاء شركة UCare من أي المطالبات الناشئة عن أو فيما يتعلق باستخدام المعلومات الصادرة.

التاريخ	توقيع الفرد الذي يصرح بالإصدار
التاريخ	توقيع الشاهد (إذا لزم الأمر)
التاريخ	توقيع الوالد أو الوصي أو المصرح به ممثّل (إذا لزم الأمر)

إرجاع النموذج إلى:
صندوق مكتب بريد شركة
UCare 52
مينيابوليس، MN 55440-0052
فاكس 6501-676-612
البريد الإلكتروني CLSScanReqInq@ucare.org

خطة HMO D (SNP-MSHO) لشركة UCare هي خطة صحية تتعاقد مع كل من برنامج الرعاية الطبية وبرنامج المساعدة الطبية في مينيسوتا (Medicaid) لتوفير فوائد كلا البرنامجين للمسجلين. يعتمد التسجيل في خطة MSHO لشركة UCare على تجديد العقد.

Toll free 1-800-203-7225, TTY 1-800-688-2534

Attention. If you need free help interpreting this document, call the above number.

ያስተውሉ፡ ካለምንም ክፍያ ይህንን ዶክመንት የሚተረጎምሎ አስተርጓሚ ከፈለጉ ከላይ ወደተጻፈው የስልክ ቁጥር ይደውሉ።

ملاحظة: إذا أردت مساعدة مجانية لترجمة هذه الوثيقة، اتصل على الرقم أعلاه.

သတိ။ ဤတွဲရက်စာတမ်းအားအခမဲ့ဘာသာပြန်ပေးခြင်း အကူအညီလိုအပ်ပါက၊ အထက်ပါဖုန်းနံပါတ်ကိုခေါ်ဆိုပါ။

កំណត់សំគាល់ ។ បើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបកប្រែឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរសព្ទតាមលេខខាងលើ ។

請注意，如果您需要免費協助傳譯這份文件，請撥打上面的電話號碼。

Attention. Si vous avez besoin d'une aide gratuite pour interpréter le présent document, veuillez appeler au numéro ci-dessus.

Thov ua twb zoo nyeem. Yog hais tias koj xav tau kev pab txhais lus rau tsab ntaub ntawv no pub dawb, ces hu rau tus najnpawb xov tooj saum toj no.

ဟ်သုဉ်ဟ်သးဘဉ်တက့ၢ်. ဖဲနမ့ၢ်လိဉ်ဘဉ်တၢ်မၤစၢၤကလိလၢတၢ်ကကျိးထံဝဲဒၣ်လံာ် တီလံာ်မိတခါအံၤန့ၣ်, ကိးဘဉ် လီတဲစိနီၢ်ဂံၢ်လၢထးအံၤန့ၣ်တက့ၢ်.

알려드립니다. 이 문서에 대한 이해를 돕기 위해 무료로 제공되는 도움을 받으시려면 위의 전화번호로 연락하십시오.

ໂປຣດຊາບ. ຖ້າຫາກ ທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປເອກະສານນີ້ພຣີ, ຈົ່ງ ໂທໂປຣໂປຣໂຮມາຍເລກຂ້າງເທິງນີ້.

Hubachiisa. Dokumentiin kun tola akka siif hiikamu gargaarsa hoo feete, lakkoobsa gubbatti kenname bilbili.

Внимание: если вам нужна бесплатная помощь в устном переводе данного документа, позвоните по указанному выше телефону.

Digniin. Haddii aad u baahantahay caawimaad lacag-la'aan ah ee tarjumaadda (afcelinta) qoraalkan, lambarka kore wac.

Atención. Si desea recibir asistencia gratuita para interpretar este documento, llame al número indicado arriba.

Chú ý. Nếu quý vị cần được giúp đỡ dịch tài liệu này miễn phí, xin gọi số bên trên.

إشعار الحقوق المدنية

التمييز مخالف للقانون. لا تميز شركة UCare على أساس أي مما يلي:

- العرق
- اللون
- الأصل القومي
- العقيدة
- الدين
- التوجه الجنسي
- حالة المساعدة العامة
- العمر
- الإعاقة (بما في ذلك الإعاقة الجسدية أو العقلية)
- النوع الاجتماعي (بما في ذلك القوالب النمطية للجنس والهوية الجنسية)
- الحالة الاجتماعية
- المعتقدات السياسية
- الحالة الطبية
- استلام خدمات الرعاية الصحية
- تجربة المطالبات
- التاريخ الطبي
- المعلومات الوراثية

المساعدات والخدمات الإضافية. تقدم شركة UCare الخدمات وأدوات المساعدة، مثل المترجمين الفوريين المؤهلين أو المعلومات في أشكال يسهل الوصول إليها، مجاناً وفي الوقت المناسب، لضمان تكافؤ الفرص للمشاركة في برامج الرعاية الصحية لدينا. **اتصل بشركة UCare** على الرقم 3200-676-612 (صوت) أو 7225-203-800-1 (صوت)، 6810-676-612 (هاتف نصي)، أو 2534-688-800-1 (هاتف نصي).

خدمات المساعدة اللغوية. توفر شركة UCare الوثائق المترجمة وترجمة اللغة المنطوقة مجاناً وفي الوقت المناسب، في حالة ما إذا كانت خدمات المساعدة اللغوية ضرورية لضمان وصول عدد محدود من المتحدثين باللغة الإنجليزية بشكل مفيد إلى معلوماتنا وخدماتنا. **اتصل بشركة UCare** على الرقم 3200-676-612 (صوت) أو 7225-203-800-1 (صوت)، 6810-676-612 (هاتف نصي)، أو 2534-688-800-1 (هاتف نصي).

شكاوى الحقوق المدنية

لديك الحق في تقديم شكوى بشأن التمييز إذا كنت ترى أن شركة UCare قد عاملتك بطريقة فيها تمييز. يمكنك الاتصال بأي من الوكالات الأربع التالية مباشرة لتقديم شكوى بشأن التمييز.

مكتب الحقوق المدنية (OCR) التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية

لديك الحق في تقديم شكوى إلى مكتب الحقوق المدنية (OCR)، وهو وكالة اتحادية، إذا كنت ترى أنك تعرضت للتمييز بسبب أي مما يلي:

- العرق
- اللون
- الأصل القومي
- العمر
- الإعاقة
- النوع الاجتماعي
- الدين (في بعض الحالات)

اتصل بـ **مكتب الحقوق المدنية (OCR)** مباشرة لتقديم شكوى:

مكتب الحقوق المدنية (OCR) التابع لوزارة الصحة
والخدمات الإنسانية الأمريكية

200 Independence Avenue SW

Room 515F

HHH Building

Washington, DC 20201

مركز استجابة العملاء: الرقم المجاني: 1019-368-800

-537-TDD 800

7697 البريد الإلكتروني: ocrmail@hhs.gov

وزارة حقوق الإنسان في مينيسوتا (MDHR)

في مينيسوتا ، يحق لك تقديم شكوى إلى وزارة حقوق الإنسان في مينيسوتا MDHR إذا كنت ترى أنك تعرضت للتمييز بسبب أي مما يلي:

- العرق
- اللون
- الأصل القومي
- الدين
- العقيدة
- النوع الاجتماعي
- التوجه الجنسي
- الحالة الاجتماعية
- حالة المساعدة العامة
- الإعاقة

اتصل بـ **MDHR** مباشرة لتقديم شكوى:

وزارة حقوق الإنسان في مينيسوتا

Fairview Avenue North 540

Suite 201

MN 55104 ، St. Paul

1100-539-651 (صوت)

3704-657-800 (رقم مجاني)

711 أو 3529-627-800 (MN ترحيل)

9042-296-651 (فاكس)

Info.MDHR@state.mn.us (البريد الإلكتروني)

وزارة الخدمات الإنسانية في مينيسوتا (DHS)

لديك الحق في تقديم شكوى إلى وزارة الخدمات الإنسانية في مينيسوتا (DHS) إذا كنت ترى أنك تعرضت للتمييز في برامج الرعاية الصحية لدينا بسبب أي مما يلي:

- العرق
- اللون
- الأصل القومي
- العقيدة
- الدين
- التوجه الجنسي
- حالة المساعدة العامة
- العمر
- الإعاقة (بما في ذلك الإعاقة الجسدية أو العقلية)
- النوع الاجتماعي (بما في ذلك القوالب النمطية للجنس والهوية الجنسية)
- الحالة الاجتماعية
- المعتقدات السياسية
- الحالة الطبية
- الحالة الصحية
- استلام خدمات الرعاية الصحية
- تجربة المطالبات
- التاريخ الطبي
- المعلومات الوراثية

يجب أن تكون الشكاوى مكتوبة ويتم تقديمها في غضون 180 يومًا من تاريخ اكتشافك للتمييز المزعوم. يجب أن تحتوي الشكاوى على اسمك وعنوانك وأن تصف التمييز الذي تشكو منه. بعد أن نحصل على شكاوك، سنراجعها ونخطر كتابتها بما إذا كان لدينا سلطة التحقيق. إذا كانت لدينا السلطة، فسوف نحقق في الشكاوى.

ستقوم وزارة الخدمات الإنسانية (DHS) بإخطارك كتابيًا بنتيجة التحقيق. لديك الحق في استئناف النتيجة إذا كنت لا توافق على القرار. للاستئناف، يجب إرسال طلب خطي لجعل وزارة الخدمات الإنسانية (DHS) تراجع نتيجة التحقيق. كن موجزًا واذكر لماذا لا توافق على القرار. قم بتضمين معلومات إضافية تعتقد أنها مهمة.

إذا قمت بتقديم شكوى بهذه الطريقة، فإن الأشخاص الذين يعملون لدى الوكالة المذكورة في الشكاوى لا يمكنهم الانتقام منك. وهذا يعني أنهم لا يستطيعون معاقبتك بأي شكل من الأشكال على تقديم شكوى. لا يمنعك تقديم شكوى بهذه الطريقة من البحث عن إجراءات قانونية أو إدارية أخرى.

الاتصال بوزارة الخدمات الإنسانية (DHS) مباشرة لتقديم شكوى تمييز:

منسق الحقوق المدنية
وزارة الخدمات الإنسانية في مينيسوتا (DHS)
إدارة تكافؤ الفرص والوصول
مكتب البريد صندوق 64997
St. Paul، MN 55164-0997
3040-431-651 (صوت) أو استخدام خدمة ترحيل الاتصالات المفضلة لديك

إشعار شكوى UCare

لديك الحق في تقديم شكوى إلى شركة UCare إذا كنت ترى أنك تعرضت للتمييز في برامج الرعاية الصحية لدينا بسبب أي مما يلي:

- الحالة الطبية والحالة الصحية والحصول على خدمات الرعاية الصحية
- التجربة المطالبات والتاريخ الطبي والمعلومات الوراثية
- الإعاقة (بما في ذلك الإعاقة الجسدية أو العقلية) النوع الاجتماعي (بما في ذلك القوالب النمطية للجنس والهوية الجنسية)
- التوجه الجنسي الأصل القومي العرق اللون الدين العقيدة حالة المساعدة العامة والمعتقدات السياسية

يمكنك تقديم شكوى وطلب المساعدة في تقديم شكوى شخصيًا أو عن طريق البريد أو الهاتف أو الفاكس أو البريد الإلكتروني على:

شركة UCare

عناية: الاستئناف والتظلمات صندوق مكتب بريد رقم 52
مينيابوليس، 0052-MN 55440
الرقم المجاني: 7225-203-800
هاتف نصي: 2534-688-800-1
فاكس: 2021-884-612
البريد الإلكتروني: cag@ucare.org