

تعليمات ملء الاستمارة SSA-827

هذه المعلومات المقدمة باللغة العربية هي نص الكلمات التي تحتويها النسخة الإنجليزية من الاستمارة SSA-827. يجب توقيع الاستمارة وكتابة التاريخ وإعادة النسخة الإنجليزية من الاستمارة SSA-827 إلى مكتب الضمان الاجتماعي المحلي الموجود بمنطقتك للبدء في فحص طلبك الخاص بالإعاقاة.

سجلات من سيتم الإفصاح عنها - الرجاء ذكر اسمك الأول، اسمك الأوسط، واسم العائلة وأية لاحقة للاسم (إن وجدت)، رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك، وتاريخ ميلادك.

التصريح بالإفصاح عن معلومات إلى إدارة الضمان الاجتماعي (SSA)

**** الرجاء قراءة الاستمارة بأكملها، كلا الصفتين، قبل التوقيع أدناه****

أقر طوعاً ومحض إرادتي بأنني أصرح وأطلب الإفصاح (بما في ذلك التبادلات الورقية، الشفوية والإلكترونية):

عن ما إذا جميع سجلاتي الطبية؛ وكذلك السجلات التعليمية والمعلومات الأخرى المتعلقة بقدرتي على أداء المهام. ويتضمن هذا إذاً محدداً بالكشف عن:

١ كل السجلات والمعلومات الأخرى عن علاجي، استشفائي والرعاية خارج المستشفى التي حصلت عليها لحالة (حالات) العجز المصاب بها، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:

- الإعاقاة (الإعاقات) السيكولوجية أو النفسية أو العقلية (مستثنى منها «psychotherapy notes» [ملاحظات العلاج النفسي] كما هو معرف في 45 CFR 164.501)
- تعاطي المخدرات، أو إدمان الكحوليات، أو إساءة استخدام المواد الأخرى
- فقر دم الخلايا الهلالية
- سجلات قد تشير إلى وجود مرض معدي أو غير معدي؛ واختبارات أو سجلات لفيروس نقص المناعة (HIV)/فيروس مرض نقص المناعة المكتسبة (AIDS)
- الإعاقات المرتبطة بالعوامل الوراثية (بما فيها نتائج اختبارات العوامل الوراثية)

٢ معلومات عن كيفية تأثير إعاقاتي (إعاقاتي) على إكمال أعمال وأنشطة المعيشة اليومية، وتأثيرها على مقدرتي على العمل.

٣ نسخ من الاختبارات التعليمية أو التقييمات، بما فيها البرامج التعليمية المصممة حسب احتياجات فردية، التقييمات التي تتم كل ثلاث سنوات، التقييمات النفسية وتلك الخاصة بالكلام، وأي سجلات الأخرى التي يمكن أن تساعد على تقييم الوظائف؛ وأيضا ملاحظات وتقييم المدرسين.

٤ المعلومات التي يتم خلقها خلال ١٢ شهرا من تاريخ التوقيع على هذا التصريح، وكذلك المعلومات السابقة.

ممن

- جميع المصادر الطبية (المستشفيات، العيادات، المعامل، الأطباء، الأطباء النفسيين، الأخصائيين السيكولوجيين، الخ) بما فيها أماكن الرعاية الصحية المتخصصة في الصحة العقلية، والإصلاحية، والعلاج من الإدمان، وإدارة شؤون المحاربين القدماء VA
- جميع المصادر التعليمية (المدارس، المدرسين، المسؤولين عن السجلات، المرشدين، الخ)
- الأخصائيون الاجتماعيون/مرشدو إعادة التأهيل
- الفاحصون الاستشاريون التي تستعين بهم إدارة الضمان الاجتماعي SSA
- أصحاب العمل، شركات التأمين، برنامج تعويض العمال
- الأشخاص الآخرون الذين قد يكونون على علم بحالتي (العائلة، الجيران، الأصدقاء، موظفون حكوميون)

إلى من

إدارة الضمان الاجتماعي ووكالة الولاية المخولة بفحص حالتي (عادة تسمى «disability determination services [خدمات تحديد الإعاقاة]»، بما فيها خدمات نسخ العقود،

والأطباء والمهنيون الآخرون الذين تمت استشارتهم أثناء الفحص [كذلك بالنسبة للمطالبات الدولية، فإلى U.S. Department of State Foreign Service Post (البعثة الدبلوماسية التابعة لوزارة الخارجية الأمريكية)]

الغرض

تحديد أهليتي للحصول على إعانات، بما فيها فحص الأثر المركب لأية إعاقات لا تستوفي وحدها تعريف SSA للإعاقاة، وما إذا كنت قادرا على تدبير مثل هذه الإعانات.

ضع علامة في المربع الموجود على اليسار في النسخة الإنجليزية للاستمارة SSA-827 إذا كنا سنقوم فقط بتحديد ما إذا كنت قادرا على تدبير الإعانات.

متى تنتهي الصلاحية هذا التصريح صالح لمدة ١٢ شهرا من تاريخ التوقيع عليه (بأسفل توقيع)

- أصرح باستخدام صورة (بما فيها صورة إلكترونية) من هذه الاستمارة للإفصاح عن المعلومات المذكورة بعاليه.
- أعلم بأن هناك بعض الظروف التي قد يتم فيها إعادة الإفصاح عن هذه المعلومات إلى أطراف أخرى (انظر الصفحة ٢ للتفاصيل).
- قد أقدم بطلب كتابي إلى إدارة الضمان الاجتماعي SSA ومصادري لإلغاء هذا التصريح في أي وقت (انظر الصفحة ٢ شرح للاستمارة SSA-827). ستقوم إدارة الضمان الاجتماعي SSA بإعطائي صورة من هذه الاستمارة عند الطلب؛ وقد أطلب من المصدر للسماح لي بفحص أو الحصول على نسخة من المواد التي سيتم الإفصاح عنها.
- إنني قرأت كلا صفحتي هذه الاستمارة وأوافق على الإفصاحات أعلاه من أنواع المصادر المذكورة.

الرجاء التوقيع باستخدام الحبر الأزرق أو الأسود فقط.

إذا لم يتم التوقيع بواسطة الشخص الذي يطبق عليه الإفصاح، فاذكر بالتحديد ما هو أساس التصريح بالتوقيع. ضع علامة في المربع المناسب في النسخة الإنجليزية من الاستمارة SSA-827 لبيان ما إذا كان الشخص الموقع هو والدة) شخص قاصر، أو ولي أمر، أو ممثل شخصي آخر (اشرح). قم بتوقيع النسخة الإنجليزية من الاستمارة SSA-827 في المكان المحدد لذلك إذا كان قانون الولاية يتطلب توقيع شخصين.

الشخص الذي يصرح بالإفصاح
التوقيع يجب أن يقوم الفرد بالتوقيع وكتابة التاريخ على هذا التصريح، وكتابة رقم تليفونه(ها) مع ذكر رقم المنطقة، وعنوانه(ها)، والمدينة، الولاية، والرقم البريدي.

شاهد: في هذا الجزء من النسخة الإنجليزية للاستمارة SSA-827 يجب أن يوقع شخص كشاهد يعرف الشخص الذي يقوم بتوقيع الاستمارة، وأن يقدم رقم تليفونه(ها) أو عنوانه(ها). هناك مساحة لتوقيع شاهد ثانٍ عند الاقتضاء.

تم إعداد هذا التصريح العام والخاص للائتمثال للأحكام المتعلقة بالإفصاح عن المعلومات الطبية والتعليمية والمعلومات الأخرى وفقا لـ ("HIPAA") 104-191 P.L.؛

42 U.S. Code section 290dd-2؛ 42 CFR part 2؛ 38 U.S. Code section 7332؛ 38 CFR 1.475؛ 20 U.S. Code section 1232g ("FERPA")؛

34 CFR parts 99 and 300 وقانون الولاية.

شرح استمارة SSA-827

«التصريح بالإفصاح عن معلومات لإدارة الضمان الاجتماعي (SSA)»

إننا نحتاج إلى تصريح كتابي منك للمساعدة في الحصول على المعلومات اللازمة للنظر في طلبك، ولتحديد مقدرتك على تدبير الإعانات. وتتقضي القوانين والأنظمة أن يكون لدى مصدر المعلومات الشخصية تصريح موقع قبل الإفصاح عنها لنا، كما تتطلب القوانين تصريحاً خاصاً للكشف عن معلومات عن حالات معينة ومن المصادر التعليمية.

يمكنك تقديم هذا التصريح بتوقيع استمارة رقم SSA-827، إذ يسمح القانون الفدرالي للمصادر التي تحتفظ بمعلومات عنك بالإفصاح عن تلك المعلومات إذا قمت بتوقيع تصريح واحد بالإفصاح عن كل معلوماتك من كل مصادرك المحتملة، وسنقوم بعمل صور منها لكل مصدر. ولا تستطيع جهة مغطاة (والتي تكون مصدر معلومات طبية عنك) أن تشتت توقيعك على استمارة التصريح هذه للعلاج أو الدفع أو الالتحاق أو الأهلية للحصول على إعانات. وتتطلب بعض الولايات وبعض المصادر الفردية للمعلومات أن يذكر التصريح بالتحديد اسم المصدر الذي تصرح له أنت بالإفصاح عن معلومات شخصية. وفي تلك الحالات قد نطلب منك توقيع تصريح واحد لكل مصدر وقد نقوم بالاتصال بك مرة أخرى إذا كنا بحاجة إلى توقيعك على تصاريح أخرى.

لك الحق في إلغاء هذا التصريح في أي وقت، إلا إذا كان أحد مصادر المعلومات قد اعتمد بالفعل على هذا التصريح لاتخاذ إجراء ما. فإذا أردت الإلغاء قم بإرسال طلب كتابي لأي مكتب ضمان اجتماعي. وإذا فعلت ذلك فقم أيضاً بإرسال صورة مباشرة إلى أي من مصادرك التي لم تعد تريدها الاستمرار في الإفصاح عن معلومات عنك؛ وتستطيع إدارة الضمان الاجتماعي SSA إخبارك بما إذا كنا نعرفنا على أي مصادر لم نخبرنا عنها، كما قد تستخدم إدارة الضمان الاجتماعي SSA معلومات تم الإفصاح عنها قبل الإلغاء للبت في مطالبتك.

إن سياسة إدارة الضمان الاجتماعي SSA هي تقديم خدمات للأشخاص الذين لا يجيدون اللغة الإنجليزية بلغتهم الأصلية أو بطريقة الاتصال المفضلة لهم اتساقاً مع Executive Order (الأمر التنفيذي) 13166 (11 أغسطس/آب 2000) و Individuals with Disabilities Education Act (قانون تعليم الأشخاص المعوقين). إذ تبذل إدارة الضمان الاجتماعي SSA كل الجهود المعقولة للتأكد من تقديم المعلومات في الاستمارة SSA-827 إليك بلغتك الأصلية أو المفضلة.

بيان قانون الخصوصية - جمع واستخدام المعلومات الشخصية

تجزئ لنا الأجزاء 1631(d)(l)، 1631(a)(3)(H)(i)، 1614(a)(3)(H)(i)، 205(a)، 233(d)(5)(A)، 1631(e)(l)(A) من Social Security Act (قانون الضمان الاجتماعي) كما هو معدل، [1383(d)(l)، 1383(a)(3)(H)(i)، 433(d)(5)(A)، 405(a)، 42 U.S.C. و 1383(e)(l)(A)] جمع هذه المعلومات. إننا سنستخدم المعلومات التي تقدمها لنا لمساعدتنا في تحديد أهليتك للحصول على إعانات أو استمرار أهليتك لها وقدرتك على تدبير أي إعانات تحصل عليها. وهذا مع العلم بأن المعلومات التي تقدمها طوعية ويتم تقديمها بشكل اختياري، ولكن عدم تقديم المعلومات المطلوبة يمكن أن يحول دون اتخاذنا قراراً دقيقاً وفي الوقت المناسب بخصوص مطالبتك، وقد يؤدي إلى رفض أو فقدان الإعانات.

إننا نادراً ما نستخدم المعلومات التي تقدمها على هذه الاستمارة لأي غرض إلا للأسباب المشروحة أعلاه، ولكن يجوز أن نستخدمها من أجل إدارة ونزاهة برامج الضمان الاجتماعي، كما يمكننا الإفصاح عن المعلومات لشخص آخر أو وكالة أخرى بما يتوافق مع الاستخدامات الروتينية المعتمدة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:

- 1 لتمكين طرف ثالث أو وكالة من مساعدتنا في تأكيد الحقوق للحصول على إعانات و/أو تغطية الضمان الاجتماعي؛
- 2 للامتثال إلى القوانين الفدرالية التي تقتضي الكشف عن معلومات من سجلاتنا (مثلاً إلى Government Accountability Office [مكتب المساءلة الحكومية]، General Services Administration [إدارة الخدمات العامة]، National Archives Records Administration [إدارة سجلات الأرشيف القومي]، و Department of Veterans Affairs [إدارة شؤون المحاربين القدامى])؛
- 3 لاتخاذ القرارات بشأن تحديد الأهلية لبرامج الحفاظ على الصحة والدخول المثيلة والموجودة على المستوى الفدرالي والولاياتي والمحلي؛ و
- 4 لتيسير البحوث الإحصائية أو المراجعة المالية أو الأنشطة التحقيقية اللازمة لضمان نزاهة وتحسين برامجنا (مثلاً إلى U.S. Census Bureau [مكتب الإحصاء السكاني الأمريكي] وإلى الجهات الخاصة التي تعمل معنا بموجب عقود).

قد نستخدم أيضاً المعلومات التي تقدمها لنا في برامج مقارنة كمبيوترية، فتقوم برامج المقارنة بمقارنة سجلاتنا بالسجلات التي تحتفظ بها الوكالات الأخرى الفدرالية أو التابعة للولايات أو الحكومات المحلية. فإننا نستخدم المعلومات من هذه البرامج لتحديد أو إثبات أهلية الشخص لبرامج إعانات تمولها أو تدبرها الحكومة الفدرالية ولإعادة دفع الدفعات غير الصحيحة أو الديون المتأخرة الأداء بمقتضى هذه البرامج.

توجد قائمة كاملة للاستخدامات الروتينية للمعلومات التي قدمتها لنا في الجزء الخاص Privacy Act Systems of Records Notices (بأنظمة سجلات الإشعارات في قانون الخصوصية) وعنوانه: Claims Folder System (نظام ملف المطالبات)، 60-0089؛ Master Beneficiary Record (سجل المستفيد الرئيسي)، 60-0090؛ Supplemental Security Income record and Special Veterans benefits (سجل دخول الضمان التكميلية والإعانات الخاصة للمحاربين القدامى)، 60-0103؛ و Electronic Disability Claims File (eDIB) (الملف الإلكتروني للمطالبات الخاصة بالإعاقات) 60-0340. وتوجد الإشعارات والمعلومات الإضافية حول هذه الاستمارة والمعلومات الخاصة بأنظمتنا وبرامجنا، على الإنترنت بالموقع www.socialsecurity.gov أو لدى أي مكتب ضمان اجتماعي.

قانون التقليل من الأوراق

إن جمع هذه المعلومات يمثل لمتطلبات 44 U.S.C. § 3507، كما هو معدل بواسطة الجزء 2 من Paperwork Reduction Act of 1995 (قانون التقليل من الأوراق لعام 1995). إنك لا تحتاج إلى الإجابة على هذه الأسئلة إلا إذا عرضنا رقم مراقبة ساريا صادراً عن مكتب الإدارة والموازنة. وحسب تقديرنا فإن قراءة التعليمات وجمع الحقائق والإجابة على الأسئلة ستستغرق ١٠ دقائق. يجب إرسال أو إحضار الاستمارة المملوءة إلى مكتب الضمان الاجتماعي المحلي الموجود بمنطقتك. يمكنك إيجاد مكتب الضمان الاجتماعي المحلي الموجود بمنطقتك عن طريق موقع إدارة الضمان الاجتماعي SSA وهو www.socialsecurity.gov. كما ترد المكاتب في دليل تليفونك تحت عنوان الوكالات الحكومية الأمريكية، أو يمكنك الاتصال تليفونياً بالضمان الاجتماعي على الرقم 1-800-772-1213 (للمعوقين سمعياً 1-800-325-0778). ويمكنك إرسال تعليقات حول تقديرنا للوقت المذكور أعلاه إلى العنوان: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401. ترسل إلى هذا العنوان فقط التعليقات المتعلقة بتقديرنا للوقت وليست الاستمارة المملوءة.