

دستورات برای تکمیل فرم SSA-827

این دستورات به زبان فارسی ترجمه فرم انگلیسی SSA-827 میباشد. شما باید آن را امضا کنید، تاریخ بزنید و به اداره سوشال سیکیوریتی محل خود برگردانید، تا آنکه پرونده از کارافتادگی شما به جریان بیفتد.

مشخصات چه کسی باید اعلام شود: لطفا نام، نام میانی، و نام خانوادگی، شماره سوشال سیکیوریتی و تاریخ تولد خود را بنویسید.

اجازه نامه برای در اختیار گذاشتن اطلاعات با اداره سوشال سیکیوریتی (SSA)

**** لطفا قبل از امضا در پائین صفحه، تمامی فرم در هر دو صفحه را مطالعه کنید ****

من بطور داوطلبانه در اختیار گذاشتن موارد زیر را اجازه می دهم و درخواست می کنم (شامل مبادلات کتبی، شفاهی و کامپیوتری):

در چه موردی تمام تاریخچه پزشکی من، همینطور تاریخچه تحصیلی و دیگر اطلاعات در رابطه با توانایی من برای انجام کارهای مختلف که شامل اجازه بخصوص برای در اختیار گذاشتن این موارد است:

۱ همه پرونده ها و اطلاعات مربوط به معالجه، بستری شدن در بیمارستان و معالجات سرپائی من در رابطه با ناتوانی(های) من که موارد زیر و موارد دیگر را مشخص می کند از جمله، و محدود نباشد به:

- مشکلات روانشناسی، روانکاو یا سایر موارد روانی (به جز «psychotherapy notes» [یادداشت‌های روان درمانی]) بدان گونه که در CFR 164.501 45 تعریف شده است)
- اعتیاد به مواد مخدر، الکل یا سایر اعتیادها
- بیماری خونی Sickle cell anemia
- تاریخچه پزشکی که ممکن است نشان دهنده وجود بیماری های واگیر و غیر واگیر یا آزمایشات و تاریخچه پزشکی اچ آی وی/ایدز
- ناهنجاری های ژنتیکی (از جمله نتایج تست ژنتیکی)

۲ اطلاعات در این مورد که چگونه ناتوانی(های) من روی توانایی ام برای انجام کارها و فعالیت های زندگی روزانه اثر می گذارد و بر توانایی من برای کارکردن تاثیرگذار است..

۳ کپی امتحانات یا ارزیابی های آموزشی، از جمله «برنامه های آموزشی اختصاصی» آزمایشاتی که سه سال یکبار انجام میشود. برآوردهای روانشناسی و گفتاری، و هر نوع مدرک دیگر که میتواند به برآورد عملکرد کمک کند، همچنین نظارت ها و برآوردهای آموزگاران.

۴ اطلاعاتی که در عرض 12 ماه پس از تاریخ امضای این اجازه نامه بوجود آمده، و نیز اطلاعات گذشته.

از طرف چه کسی

- همه منابع پزشکی (بیمارستانها، کلینک ها، آزمایشگاهها، پزشکان، روانشناسان، وغیره) از جمله تاسیسات بهداشت روانی، تادیبی، ترک اعتیاد و اداره کهنه سربازان
- همه منابع آموزشی (مدارس، آموزگاران، مسئولین پرونده ها، مشاورین، و غیره)
- مددکاران اجتماعی/مشاورین توانبخشی
- آزمونگران مشورتی طرف استفاده اداره سوشال سیکیوریتی
- کارفرمایان، شرکت های بیمه، برنامه های پرداخت غرامت برای صدمه دیدن در حال کار
- کسان دیگری که ممکن است در باره وضعیت من اطلاعاتی داشته باشند (خانواده، همسایگان، دوستان، مقامات دولتی)

برای چه کسی

اداره سوشال سیکیوریتی و سازمانهای ایالتی که مجاز هستند پرونده مرا به جریان بیاورند (که معمولاً «disability determination services» [خدمات تعیین از کارافتادگی نامیده میشود]) نامیده میشود، از جمله خدمات رونوشت قرارداد و پزشکان یا سایر متخصصینی که در طول پرونده با آنها مشاوره شده است. [همچنین در مورد ادعاهای بین المللی، U.S. Department of State Foreign Service Post (به وزارت امور خارجه ایالت متحده)]

مقصد

تعیین واجد شرایط بودن من برای دریافت مزایا، از جمله توجه به مجموعه اثرات هر نوع ناتوانی که به خودی خود در تعریف اداره سوشال سیکیوریتی از ناتوانی نمی گنجد و این مطلب که آیا من میتوانم از این مزایا بهره ای ببرم یا خیر.

اگر ما مشغول تعیین این موضوع هستیم که آیا شما قادر به بهره برداری از این مزایا هستید یا خیر، خانه سمت چپ فرم انگلیسی SSA-827 را علامت بگذارید.

چه موقع منقضی می شود

این اجازه فقط برای ۱۲ ماه از تاریخ امضا (تاریخ زیر امضای من) معتبر است.

- من استفاده از یک کپی (از جمله کپی الکترونیک) این فرم را برای در اختیار گذاشتن اطلاعات ذکر شده در بالا مجاز می شمارم.
- من متوجه این موضوع هستم که در برخی شرایط این اطلاعات ممکن است برای طرفهای دیگر دوباره در اختیار گذاشته شود (برای جزئیات بیشتر به صفحه ۲ مراجعه کنید، شرح فرم SSA-827).
- در هر زمانی ممکن است برای لغو این اجازه، اداره سوشال سیکیوریتی و منابع خود را بطور کتبی آگاه کنم (برای جزئیات بیشتر به صفحه ۲ مراجعه کنید).
- چنانچه تقاضا کنم اداره سوشال سیکیوریتی یک کپی از این فرم را به من خواهد داد، من ممکن است از منبع تقاضا کنم به من اجازه دهد مطالبی که فاش شده بررسی کنم یا یک نسخه آن را داشته باشم.

طفا فقط با خودکار مشکی یا آبی امضا کنید.

اجازه فاش ساختن اطلاعات برای فرد.

امضاء کن فرد باید این اجازه نامه را امضاء کرده و تاریخ بزند، و شماره تلفن خود را با کد منطقه، نشانی خیابانی، شهر ایالت و کد پستی را بنویسد.

اگر از طرف فردی که موضوع فاش شدن اطلاعات به او مربوط است، امضاء نشده باشد، اساس اجازه برای امضاء کردن را مشخص کنید. خانه مناسب در فرم انگلیسی SSA-827 را علامت بگذارید، تا مشخص کند که آیا فردی که امضاء میکند والد فرد صغیری است، سرپرست، یا نماینده شخصی دیگری است (شرح دهید). در صورتیکه توسط ایالت دو امضاء لازم باشد، فرم انگلیسی SSA-827 را در محل مشخص شده امضاء کنید.

شاهد: در این قسمت فرم انگلیسی SSA-827، شخصی که امضا کننده فرم را میثناسد باید بعنوان شاهد امضا کند و شماره تلفن و آدرس خود را ذکر کند چنانچه لازم باشد برای شهادت نردوم نیز جاهست.

این اجازه عمومی و مخصوص برای در اختیار گذاشتن اطلاعات با در نظر گرفتن مقررات مربوط به در اختیار گذاشتن اطلاعات پزشکی، آموزشی و سایر موارد و تحت "HIPAA" (P.L. 104-191؛ پی. ال و نیز 45 CFR parts 160 and 164؛ 290dd-2؛ 42 CFR part 2؛ 42 U.S. Code section 7332؛ 38 U.S. Code section 1.475؛ 38 CFR 1.475؛ "FERPA" (20 U.S. Code section 1232g؛ 34 CFR parts 99 and 300؛ و قانون ایالتی است).

شرح فرم SSA-827

اجازه برای در اختیار گذاشتن اطلاعات به اداره سوشال سکيوریتی (SSA)

برای کمک به تهیه اطلاعات لازم جهت به جریان انداختن ادعای شما و تصمیم گیری راجع به واجد شرایط شدن شما در دریافت این مزایا، ما به اجازه نامه کتبی شما نیاز داریم. قانون و مقررات چنین حکم میکند، منابعی که به اطلاعات شخصی دسترسی دارند قبل از آنکه این اطلاعات را در اختیار ما بگذارند باید اجازه نامه کتبی شما در اختیار آنها قرار بگیرد. همچنین قوانین مقرر میدارند که برای ارائه اطلاعات در باره وضعیت های مخصوص و آنهایی که از جانب منابع آموزشی عرضه می شوند، اجازه نامه مخصوص وجود داشته باشد.

شما می توانید این اجازه را با امضای فرم SSA-827 اجازه نامه را صادر کنید. قوانین فدرال مقرر می دارند که چنانچه شما یک اجازه نامه واحد برای در اختیار گذاشتن همه اطلاعات خود از جانب همه منابع ممکن امضا کنید، منابعی که آن اطلاعات را در اختیار دارند آنها را در اختیار دیگران قرار می دهند. برای هر منبع ما یک کپی از این اجازه نامه را تهیه می کنیم. یک نهاد تحت پوشش (یعنی یک منبع اطلاعات پزشکی در مورد شما) نمی تواند بخاطر امضا نکردن این اجازه نامه، درمان، پرداخت، ثبت نام و یا واجد شرایط بودن برای دریافت مزایا را برای شما محدود سازد. تعدادی از ایالات و برخی از منابع اطلاعات مقرر می دارند که این اجازه نامه مشخصا نام منبعی را ذکر کند که شما به آنها اجازه میدهید اطلاعات شخصی شما را فاش کنند. در چنین مواردی ما ممکن است از شما بخواهیم برای هر منبع یک اجازه نامه جداگانه امضا کنید و چنانچه برای امضای اجازه نامه بیشتری به وجود شما احتیاج باشد با شما تماس می گیریم.

شما حق دارید هر زمان این اجازه نامه را لغو کنید، مگر در موردی که منبع اطلاعات با استفاده از این اجازه نامه قبلا اقدام کرده باشد. برای لغو این اجازه نامه می توانید موضوع را به هر کدام از ادارات سوشال سکيوریتی بصورت کتبی اطلاع دهید. اگر چنین کردید یک کپی آن نامه را نیز مستقیما به هر کدام از منابعی بفرستید که دیگر مایل نیستید اطلاعات مربوط به شما را در اختیار دیگران بگذارند. اگر ما هر منبعی را شناسایی کردیم که شما در مورد آن به ما چیزی نگفته بودید اداره سوشال سکيوریتی می تواند این موضوع را به شما اطلاع دهد. اداره سوشال سکيوریتی ممکن است از اطلاعات در اختیار گذاشته شده قبل از لغو این تصمیم استفاده کرده باشد.

در راستای Executive Order (فرمان اجرایی) 13166 (11 آگوست 2000) و Individuals with Disabilities Education Act (قانون آموزش افراد از کار افتاده)؛ خط مشی اداره سوشال سکيوریتی آن است که برای افرادی که تسلط کامل بر مکالمه زبان انگلیسی ندارند، خدمات خود را به زبان بومی آنها یا زبان ارتباطی ترجیحی آنها ارائه دهد. اداره سوشال سکيوریتی هر گونه تلاش منطقی را بعمل می آورد تا اطمینان حاصل کند که اطلاعات موجود در فرم SSA-827 به زبان بومی یا زبان ترجیحی شما، در اختیارتان قرار گرفته است.

اظهار نامه قانون محرمانه بودن اطلاعات - جمع آوری و استفاده از اطلاعات

طبق قسمت Social Security Act (قانون تامین اجتماعی) (I)(d) 1631, (i)(H)(3)(a) 1614, (A)(5)(d) 233, (a) 205 و (A)(I)(e) 1631(بعضوان اصلاح شده، بندهای (A)(I)(e) 1383, (I)(d) 1383, (i)(H)(3)(a) 1382, (A)(5)(d) 433, (a) 405 U.S.C. 42 که ما اجازه داده است که این اطلاعات را جمع آوری کنیم. ما از اطلاعات گردآوری شده در این فرم برای تعیین واجد شرایط شدن شما، یا ادامه واجد شرایط بودن شما برای دریافت مزایا، و توانایی شما در مدیریت مزایای دریافت شده، استفاده می کنیم. اطلاعاتی که شما در اختیارمان می گذارید، اختیاری است. با این وجود عدم ارائه اطلاعات مورد درخواست می تواند مانع از تصمیم گیری درست و بموقع از سوی ما در مورد پرونده شما گردد و ممکن است به رد یا از دست دادن منافع منجر شود.

ما از اطلاعاتی که شما در این فرم در اختیارمان می گذارید برای هیچ موردی جز آنچه که در بالا بدان اشاره شده، استفاده نخواهیم کرد. با این وجود ممکن است از این اطلاعات برای موارد اداری و تمامیت برنامه های تامین اجتماعی استفاده شود. ممکن است که اطلاعات شما مطابق با موارد تأیید شده معمول بشرح زیر در اختیار شخص یا موسسه دیگری قرار گیرد که البته به موارد زیر محدود نمی شود:

۱ قادر ساختن یک طرف ثالث یا یک سازمان دیگر دولتی در جهت کمک به اداره سوشال سکيوریتی برای وضع حقوق و مزایای سوشال سکيوریتی و/یا پوشش آن؛

۲ برای تحقیقات آماری و بازرسی فعالیت هایی که برای تضمین تمامیت و بهبود برنامه های سوشال سکيوریتی لازم هستند (مثلا برای Government Accountability Office [اداره پاسخگوئی دولت]، General Services Administration [اداره خدمات کلی]، National Archives Record Administration [اداره سوابق ملی]، Department of Veterans Affairs, VA [اداره امور کهنه سربازان]؛

۳ تعیین واجد شرایط بودن در برنامه های مشابه سلامت و حفظ درآمد در سطح فدرال، ایالتی و محلی؛ و

۴ برای تحقیقات آماری و بازرسی فعالیت هایی که برای تضمین تمامیت و بهبود برنامه های سوشال سکيوریتی لازم هستند (مثلا برای U.S. Census Bureau [اداره آمار] و وابسته های خصوصی تحت قرارداد اداره سوشال سکيوریتی).

ما همچنین ممکن است از اطلاعاتی که به ما می دهید هنگامی استفاده کنیم که پرونده ها را توسط کامپیوتر همانند می سازیم. برنامه های همانند سازی پرونده های ما را با آنهایی که در سازمانهای دیگر فدرال، ایالتی یا محلی موجود است مقایسه می کند. ما از اطلاعات موجود در این برنامه ها استفاده می کنیم تا واجد شرایط بودن فرد برای استفاده از برنامه های مزایای تعیین شده و بودجه بندی شده فدرال و همچنین بازپرداخت وجوه اشتباه یا بدهی های متخلف تحت این برنامه ها را مشخص یا تعیین کنیم.

یک فهرست کامل از استفاده مداوم اطلاعاتی که به ما دادید در Privacy Act Systems of Records Notices (سیستم های سوابق اطلاعاتی قانون حفظ حریم خصوصی ما وجود دارند که)، با نام Claims Folder System, 60-0089 (های سیستم پرونده های دعوی)؛ Master Beneficiary Record, 60-0090 (مدارک اصلی ذینفع)؛ Supplemental Security Income record, 60-0103 and Special Veterans benefits, (مدارک درآمد تامینی تکمیلی و منافع کهنه سربازان ویژه)؛ و Electronic Disability (eDIB) Claims File, 60-0340 (پرونده الکترونیکی دعوی از کار افتادگی). این اطلاعاتی که همراه با اطلاعات دیگر مربوط به این فرم و اطلاعات مربوط به سیستم ها و برنامه های ما در www.socialsecurity.gov در صورت آنلاین یا در هر یک از ادارات تامین اجتماعی در دسترس هستند.

قانون کاهش تشریفات اداری

این جمع آوری اطلاعات طبق مقررات 44 U.S.C. §3507 به نحوی که توسط بند ۲، Paperwork Reduction Act of 1995 (کاهش تشریفات اداری مصوب) اصلاح شده، هماهنگی دارد لزومی ندارد که شما به این سوالات پاسخ دهید، مگر اینکه ما یک شماره کنترل معتبر اداره مدیریت و بودجه را ارائه دهیم. ما تخمین می زنیم که خواندن این دستورالعمل ها، گردآوری اطلاعات واقعی، و پاسخ به این سوالات حدود ده دقیقه به طول انجامد. فرم کامل شده را به اداره سوشال سکيوریتی محل خود ارسال کرده یا به همراه خود بیاورید. شما میتوانید اداره سوشال سکيوریتی محلی خود را از طریق تار نمای اداره سوشال سکيوریتی www.socialsecurity.gov بدست بیاورید. اداره ما همچنین تحت سازمانهای دولت ایالات متحده آمریکا در کتابچه راهنمای تلفن ذکر شده اند و یا میتوانید با اداره سوشال سکيوریتی با شماره (TTY) 1-800-325-0778 یا (1-800-772-1213 تماس بگیرید. می توانید نظرات خود را در باره برآورد زمان از طرف ما در مورد بالا را به اداره سوشال سکيوریتی به آدرس: SSA, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-6401 ارسال دارید فقط اظهارنظرهای راجع به برآورد زمان ما را به این آدرس بفرستید و نه فرم تکمیل شده را.