

HIPAA متوافق مع قواعد الخصوصية
قسم الإعاقات النمائية

طلب الوصول إلى المعلومات الصحية المحمية الخاصة بالعلاج

الطالب (الطالبون): حدد المربع الموجود أعلى الشخص أو الأشخاص الذين يطلبون (الطلبات) الوصول وأكمل هذا النموذج. يرجى الطباعة.

طلب الوصول <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا اسم المشارك:
رقم الشخص الخاص بالمشارك:
طلب الوصول <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا اسم الوصي أو الممثل القانوني (إن وجد):
طلب الوصول <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا اسم ولي الأمر/الطالب الإضافي (إن أمكن): العلاقة بالمشارك (إن أمكن):
عنوان البريد الإلكتروني للشخص الذي يطلب الوصول:

اقرأ فقط وحدات العلاج المتاحة للمشاركين والأوصياء:
المواعيد

- خطط السلوك وتتبعه
- أحداث السلوك
- تراخيص الميزانية/الخدمة
- نموذج بيانات الطوارئ
- بيانات مزود خدمة الإنترنت
- برامج مزود خدمة الإنترنت (برامج التأهيل)
- الصفحة الرئيسية الفردية
- خطة الدعم الفردي
- سورقة عمل التركيز الشخصي
- سجل أعمال مزود خدمة الإنترنت
- نموذج البيانات الفردية

تاريخ

توقيع المشارك (إن وجد)
أدرك أنه إذا لم يكن متلقي المعلومات خطة صحية أو مقدم رعاية صحية، فقد لا تعد المعلومات محمية بموجب قوانين الخصوصية.

تاريخ

توقيع الوصي أو الممثل القانوني (إن وجد)
أدرك أنه إذا لم يكن متلقي المعلومات من خطة صحية أو مقدم رعاية صحية، فقد لا تعد المعلومات محمية بموجب قوانين الخصوصية...ينبغي إرسال النموذج بالبريد الإلكتروني إلى dhhs.ddtherapaccess@nebraska.gov أو البريد عبر USPS إلى:وزارة الصحة والخدمات الإنسانية قسم الإعاقات النمائية
عناية: الوصول إلى العلاج
P.O. Box 98947
لينكولن، NE 68509-8947 DHHS

استخدم فقط:

تم الاستلام بواسطة (والعنوان):	تاريخ استلام الطلب:
--------------------------------	---------------------