

مرکز منطقه‌ای North Los Angeles County

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761



درخواست پذیرش

برای کودکان بالای 3 سال و بزرگسالان

اطلاعات متقاضی:

نام خانوادگی	نام میانی	نام
محل تولد	سن	تاریخ تولد
وضعیت تأهل	جنسیت ترجیحی	جنسیت (جنسیت تعیین شده در بدو تولد)
		<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
سایر زبان‌هایی که صحبت می‌شود	زبان ترجیحی برای ارتباط با مرکز منطقه‌ای	
قومیت		
اگر نام متقاضی تغییر کرده است، لطفاً نام قبلی را در زیر ذکر کنید.		

آدرس متقاضی:

متقاضی با چه کسی زندگی می‌کند؟

خیابان

شهر	ایالت	کد پستی
شماره تلفن اصلی	شماره تلفن جایگزین	آدرس ایمیل
چه کسی مسئول اصلی است که می‌توان برای ارتباط در مورد این درخواست با او تماس گرفت؟		
نام	نام خانوادگی	نسبت
شماره تلفن اصلی	شماره تلفن جایگزین	آدرس ایمیل
لطفاً اطلاعات مربوط به فرد، سازمان یا دفتری که ارجاع را انجام داده است ارائه دهید.		
نام سازمان / فرد مسئول تماس	شماره تلفن اصلی	آدرس ایمیل

آیا متقاضی قبلاً ارزیابی یا خدماتی از North Los Angeles County Regional Center یا مرکز منطقه‌ای دیگری دریافت کرده است؟

بله خیر

اگر «بله»، لطفاً نام مرکز منطقه‌ای را ذکر کنید:



مرکز منطقه‌ای North Los Angeles County

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761



اطلاعات والد 1:

نسبت با متقاضی:

نام خانوادگی	نام میانی	نام
زبان	محل تولد	تاریخ تولد
خیابان		
کد پستی	ایالت	شهر
شماره تلفن		
عنوان شغل	نام کارفرما	
معلول <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر متوفی <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر		
وضعیت تاهل <input type="radio"/> متأهل <input type="radio"/> طلاق گرفته <input type="radio"/> جداشده <input type="radio"/> مجرد <input type="radio"/> بیوه (مرد)		

اطلاعات والد 2:

نسبت با متقاضی:

نام خانوادگی	نام میانی	نام
زبان	محل تولد	تاریخ تولد
خیابان		
کد پستی	ایالت	شهر
شماره تلفن		
عنوان شغل	نام کارفرما	
معلول <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر متوفی <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر		
وضعیت تاهل <input type="radio"/> متأهل <input type="radio"/> طلاق گرفته <input type="radio"/> جدا شده <input type="radio"/> مجرد <input type="radio"/> بیوه (مرد)		

مرکز منطقه‌ای North Los Angeles County

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761



ناتوانی رشدی: لطفاً ناتوانی رشدی که مشکوک به آن هستید یا تشخیص داده شده را مشخص کنید. می‌توانید بیش از یک حوزه ناتوانی رشدی را مشخص کنید. NLACRC ارزیابی را برای تعیین اینکه آیا متقاضی با توجه به قوانین و مقررات ایالتی کالیفرنیا، شرایط ناتوانی رشدی را دارد یا خیر، انجام خواهد داد. کودکان 3 تا 4 ساله که ناتوانی رشدی در آنها شناسایی نشده باشد، ممکن است برای برنامه صلاحیت موقت Provisional Eligibility Program در نظر گرفته شوند.

فلج مغزی

اختلال طیف اوتیسم

ناتوانی ذهنی

شرایط مشابه اختلال هوشی

صرع

لطفاً توضیح دهید که چرا متقاضی برای دریافت خدمات مرکز منطقه‌ای درخواست داده است:

1. ناتوانی ذهنی

آیا متقاضی توسط یک متخصص مراقبت‌های سلامت، دارای اختلال هوشی تشخیص داده شده است؟ _____

نام متخصص: _____ سن تشخیص؟ _____

لطفاً نگرانی‌ها در مورد توانایی متقاضی در یادگیری را توضیح دهید:

لطفاً نگرانی‌ها در مورد توانایی متقاضی در انجام مهارت‌های مناسب سن به‌طور مستقل را توضیح دهید:

2. اختلال طیف اوتیسم

آیا متقاضی توسط یک متخصص مراقبت‌های سلامت، مبتلا به اختلال طیف اوتیسم تشخیص داده شده است؟ _____

نام متخصص: _____ سن تشخیص؟ _____

در چه سنی نگرانی‌ها در مورد رشد متقاضی آغاز شد؟ _____

لطفاً نگرانی‌ها در مورد زبان متقاضی را توضیح دهید:

لطفاً نگرانی‌ها در مورد تعامل اجتماعی و رفتارهای متقاضی را توضیح دهید:

مرکز منطقه‌ای North Los Angeles County

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761



3. فلج مغزی

آیا متقاضی توسط یک متخصص مراقبت‌های سلامت، مبتلا به فلج مغزی تشخیص داده شده است؟

نام پزشک: _____ سن تشخیص؟ _____

لطفاً تأثیرش بر عملکرد فیزیکی متقاضی را توضیح دهید و هرگونه تجهیزات تطبیقی که استفاده می‌شود را فهرست کنید:

4. صرع

آیا متقاضی توسط پزشک یا متخصص مغز و اعصاب، مبتلا به صرع تشخیص داده شده است؟

نام پزشک: _____ سن تشخیص؟ _____

لطفاً داروهای مصرفی برای صرع (تشنج) را فهرست کنید:

لطفاً نوع تشنج‌ها، دفعات بروز آنها و تأثیر آن بر عملکرد روزانه متقاضی را توضیح دهید:

5. سایر

لطفاً هر نگرانی دیگری که به آن پرداخته نشده است را توضیح دهید:

مرکز منطقه‌ای North Los Angeles County

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761



سوابق پزشکی

لطفاً هر گونه تشخیص پزشکی یا شرایط پزشکی مزمن را توضیح دهید:

--

نام پزشک: _____

لطفاً هر دارویی که متقاضی در حال حاضر برای هرگونه شرایط پزشکی مصرف می‌کند را ذکر کنید:

--

تاریخچه سلامت روان

لطفاً هر گونه تشخیص سلامت روحی (روانی) فعلی را توضیح دهید:

--

نام ارائه‌دهنده خدمات سلامت روان: _____

لطفاً هر دارویی که متقاضی در حال حاضر برای شرایط سلامت روحی (روانی) مصرف می‌کند را ذکر کنید:

--

تاریخچه تحصیلی

آیا متقاضی در حال حاضر یا قبلاً در برنامه آموزش ویژه بوده است یا IEP (برنامه آموزشی فردی) داشته است؟

بله خیر

Medi-Cal

اطلاعات بیمه:

شماره بیمه‌نامه

نام بیمه

--	--

مهم: لطفاً یک کپی از کارت بیمه متقاضی را همراه با درخواست خود ارسال کنید.

مرکز منطقه‌ای North Los Angeles County

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761



اطلاعات تماس پزشک/آموزشی برای درخواست پرونده

لطفاً نام و اطلاعات تماس پزشک فعلی، هر متخصص پزشکی، روانشناس یا ارائه‌دهنده خدمات سلامت روان، و آخرین مدرسه‌ای که متقاضی در آن تحصیل کرده است را درج کنید و سپس رضایت‌نامه‌های مربوطه را برای دریافت سوابق جاری از این ارائه‌دهندگان امضا کنید.

A. پزشک فعلی:

نام		
<input type="text"/>		
خیابان		
<input type="text"/>		
شهر	ایالت	کد پستی
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
شماره تلفن		
<input type="text"/>		

B. پزشک فعلی دیگر، متخصص پزشکی، بیمارستان، روان‌شناس یا متخصص سلامت روان:

نام		
<input type="text"/>		
خیابان		
<input type="text"/>		
شهر	ایالت	کد پستی
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
شماره تلفن تخصص		
<input type="text"/>		

C. مدرسه فعلی یا آخرین مدرسه‌ای که در آن تحصیل کرده است:

نام		
<input type="text"/>		
خیابان		
<input type="text"/>		
شهر	ایالت	کد پستی
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
شماره تلفن		
<input type="text"/>		

مرکز منطقه‌ای North Los Angeles County

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761



رضایت‌نامه برای خدمات پذیرش و ارزیابی

با امضای این فرم، بدین‌وسیله رضایت خود را برای ارزیابی فرد نام‌برده در این فرم به منظور تعیین واجد شرایط بودن برای خدمات مرکز منطقه‌ای طبق قانون خدمات ناتوانی رشدی Lanterman اعلام می‌کنم. این را درک می‌کنم که این ارزیابی ممکن است شامل جمع‌آوری و بررسی اطلاعات تشخیصی موجود، ارائه یا تأمین آزمایش‌ها و ارزیابی‌های لازم، و خلاصه‌سازی سطوح رشد و نیازهای خدماتی باشد. این را درک می‌کنم که The North Los Angeles County Regional Center ممکن است ارزیابی‌ها و آزمایش‌هایی را مورد بررسی قرار دهد، از جمله، اما نه محدود به، آزمون‌های هوش، آزمون‌های عملکرد انطباقی، آزمایش‌های عصبی و عصب‌روان‌شناختی، آزمایش‌های تشخیصی انجام‌شده توسط پزشک، آزمون‌های روان‌پزشکی، و سایر آزمایش‌ها و ارزیابی‌هایی که توسط منابع دیگر انجام شده و در دسترس هستند. (California Welfare and Institutions code Section 4642, 4653)

تأییدیه اطلاع‌رسانی شیوه‌های حفظ حریم خصوصی

این را درک می‌کنم که تمام اطلاعات و سوابقی که توسط The North Los Angeles County Regional Center در جریان ارائه خدمات پذیرش و ارزیابی به دست می‌آید، محرمانه است.

لطفاً اطلاع‌رسانی شیوه‌های حفظ حریم خصوصی پیوست شده را مرور کنید. با امضای این فرم، تأیید می‌کنم که یک نسخه از اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی The North Los Angeles County Regional Center به من ارائه شده است. تأیید می‌کنم که اطلاع‌رسانی شیوه‌های حفظ حریم خصوصی را خوانده‌ام (یا فرصت خواندن آن را داشته‌ام) و آن را درک کرده‌ام. متوجه هستم که می‌توانم در هر زمان یک نسخه کاغذی از اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی را درخواست کنم.

امضا
تاریخ

نام متقاضی

اگر متقاضی خردسال است یا قادر به امضا نیست:

امضا
تاریخ

نام والد یا نماینده مجاز

نسبت با متقاضی

مرکز منطقه‌ای North Los Angeles County

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761



مجوز برای استفاده و/یا افشا اطلاعات پزشکی و/یا سایر اطلاعات

	توجه:
	به:

بدین وسیله به مدرسه، پزشک، بیمارستان، کلینیک، یا مرکز سلامت روان نامبرده در بالا و/یا کارکنان معین شده اجازه می‌دهم که اطلاعات مدرسه یا پزشکی را طبق موارد ذکر شده در زیر افشا کنند.

لطفاً سوابق پزشکی و/یا سایر اطلاعات مربوط به موارد زیر را منتشر کنید:

	نام:
	تاریخ تولد:

اطلاعات پزشکی را برای موارد زیر منتشر کنید: مرکز منطقه‌ای North Los Angeles County (NLACRC)

<p><input type="checkbox"/> سوابق را مشخص کنید</p> <p>کادر مربوطه را علامت بزنید و نوع اطلاعاتی که باید افشا شود را تأیید کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> اطلاعات پزشکی: سوابق تولد، بازدیدهای مطب، معاینات فیزیکی، ارزیابی‌های رشدی، خلاصه‌های پذیرش و ترخیص از بیمارستان.</p> <p><input type="checkbox"/> اطلاعات روان‌پزشکی/روان‌شناختی: ارزیابی‌ها، سوابق دارو و درمان، خلاصه‌های پذیرش و ترخیص بیمارستان، و برداشت‌های تشخیصی از جمله برگه‌های نمرات آزمون‌ها.</p> <p><input type="checkbox"/> سوابق خدمات مدرسه/دانشگاه و روان‌شناختی یا سوابق شغلی/توانبخشی: ارزیابی AB3632، مطالعات موردی، ارزیابی‌های روان‌شناختی، شنوایی، گفتار و زبان، جدیدترین نسخه IEP و/یا سوابق تجمعی.</p> <p><input type="checkbox"/> HIV، ایدز، درمان سوء مصرف مواد.</p> <p><input type="checkbox"/> سایر (مشخص کنید)</p>	<p>مدت اعتبار</p> <p>این مجوز بلافاصله معتبر خواهد شد و تا تاریخ _____ (تاریخ را وارد کنید) معتبر خواهد بود، یا در صورت عدم درج تاریخ، به مدت یک سال از تاریخ امضا اعتبار خواهد داشت.</p> <p>لغو</p> <p>این مجوز می‌تواند در هر زمانی توسط فرد امضاکننده لغو شود. لغو این مجوز باید به صورت کتبی، با امضای فرد امضاکننده، و به NLACRC در نشانی ذکر شده ارسال شود. لغو کتبی پس از دریافت معتبر خواهد بود، اما در حدی که درخواست‌کننده یا دیگران بر اساس این مجوز اقدام کرده باشند، تأثیری نخواهد داشت.</p> <p>افشای مجدد</p> <p>NLACRC نمی‌تواند اطلاعات به دست آمده تحت این مجوز را مجدداً افشا کند مگر اینکه مجوز اضافی دریافت شده باشد یا افشا بر اساس قانون به طور خاص الزامی یا مجاز باشد.</p>
--	---

درخواست می‌کنم که اطلاعات سلامت منتشر شده مطابق با این مجوز فقط برای اهداف زیر استفاده شود: این سوابق توسط NLACRC برای ارزیابی و تصمیم‌گیری در مورد واجد شرایط بودن و خدمات مناسب برای این فرد استفاده خواهد شد.

من درک می‌کنم که این اجازه‌نامه اختیاری است. درمان، پرداخت، ثبت نام یا واجد شرایط بودن برای دریافت مزایا نباید به امضای این مجوز مشروط باشد. حق دارم یک نسخه از این مجوز را برای سوابق خود دریافت کنم. کپی از این مجوز مثل اصل آن معتبر است.

	امضای مصرف‌کننده یا نماینده قانونی مصرف‌کننده
	تاریخ
	نسبت، در صورت امضا توسط فردی غیر از مصرف‌کننده
	نام نوشته شده

مرکز منطقه‌ای North Los Angeles County



9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

مجوز برای استفاده و/یا افشا اطلاعات پزشکی و/یا سایر اطلاعات

	توجه:		به:

بدین وسیله به مدرسه، پزشک، بیمارستان، کلینیک، یا مرکز سلامت روان نامبرده در بالا و/یا کارکنان معین شده اجازه می‌دهم که اطلاعات مدرسه یا پزشکی را طبق موارد ذکر شده در زیر افشا کنند.

لطفاً سوابق پزشکی و/یا سایر اطلاعات مربوط به موارد زیر را منتشر کنید:

	نام:	تاریخ تولد:	
--	------	-------------	--

اطلاعات پزشکی را برای موارد زیر منتشر کنید: مرکز منطقه‌ای (NLACRC) North Los Angeles County

سوابق را مشخص کنید

کادر مربوطه را علامت بزنید و نوع اطلاعاتی که باید افشا شود را تأیید کنید:

اطلاعات پزشکی: سوابق تولد، بازدیدهای مطب، معاینات فیزیکی، ارزیابی‌های رشدی، خلاصه‌های پذیرش و ترخیص از بیمارستان.

اطلاعات روان‌پزشکی/روان‌شناختی: ارزیابی‌ها، سوابق دارو و درمان، خلاصه‌های پذیرش و ترخیص بیمارستان، و برداشت‌های تشخیصی از جمله برگه‌های نمرات آزمون‌ها.

سوابق خدمات مدرسه/دانشگاه و روان‌شناختی یا سوابق

شغلی/توانبخشی: ارزیابی AB3632، مطالعات موردی، ارزیابی‌های روان‌شناختی، شنوایی، گفتار و زبان، جدیدترین نسخه IEP و/یا سوابق تجمعی.

HIV، ایدز، درمان سوء مصرف مواد.

سایر (مشخص کنید)

مدت اعتبار

این مجوز بلافاصله معتبر خواهد شد و تا تاریخ _____ (تاریخ را وارد کنید) معتبر خواهد بود، یا در صورت عدم درج تاریخ، به مدت یک سال از تاریخ امضا اعتبار خواهد داشت.

لغو

این مجوز می‌تواند در هر زمانی توسط فرد امضاکننده لغو شود. لغو این مجوز باید به صورت کتبی، با امضای فرد امضاکننده، و به NLACRC در نشانی ذکر شده ارسال شود. لغو کتبی پس از دریافت معتبر خواهد بود، اما در حدی که درخواست‌کننده یا دیگران بر اساس این مجوز اقدام کرده باشند، تأثیری نخواهد داشت.

افشای مجدد

NLACRC نمی‌تواند اطلاعات به دست‌آمده تحت این مجوز را مجدداً افشا کند مگر اینکه مجوز اضافی دریافت شده باشد یا افشا بر اساس قانون به طور خاص الزامی یا مجاز باشد.

درخواست می‌کنم که اطلاعات سلامت منتشر شده مطابق با این مجوز فقط برای اهداف زیر استفاده شود: این سوابق توسط NLACRC برای ارزیابی و تصمیم‌گیری در مورد واجد شرایط بودن و خدمات مناسب برای این فرد استفاده خواهد شد.

من درک می‌کنم که این اجازه‌نامه اختیاری است. درمان، پرداخت، ثبت نام یا واجد شرایط بودن برای دریافت مزایا نباید به امضای این مجوز مشروط باشد. حق دارم یک نسخه از این مجوز را برای سوابق خود دریافت کنم. کپی از این مجوز مثل اصل آن معتبر است.

امضای مصرف‌کننده یا نماینده قانونی مصرف‌کننده

تاریخ

نسبت، در صورت امضا توسط فردی غیر از مصرف‌کننده

نام نوشته شده

مرکز منطقه‌ای North Los Angeles County



9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

مجوز برای استفاده و/یا افشا
اطلاعات پزشکی و/یا سایر اطلاعات

	توجه:		به:

بدین وسیله به مدرسه، پزشک، بیمارستان، کلینیک، یا مرکز سلامت روان نام‌برده در بالا و/یا کارکنان معین شده اجازه می‌دهم که اطلاعات مدرسه یا پزشکی را طبق موارد ذکر شده در زیر افشا کنند.

لطفاً سوابق پزشکی و/یا سایر اطلاعات مربوط به موارد زیر را منتشر کنید:

	تاریخ تولد:		نام:
--	-------------	--	------

اطلاعات پزشکی را برای موارد زیر منتشر کنید: مرکز منطقه‌ای (NLACRC) North Los Angeles County

سوابق را مشخص کنید

- کادر مربوطه را علامت بزنید و نوع اطلاعاتی که باید افشا شود را تأیید کنید:
- اطلاعات پزشکی: سوابق تولد، بازدیدهای مطب، معاینات فیزیکی، ارزیابی‌های رشدی، خلاصه‌های پذیرش و ترخیص از بیمارستان.
- اطلاعات روان‌پزشکی/روان‌شناختی: ارزیابی‌ها، سوابق دارو و درمان، خلاصه‌های پذیرش و ترخیص بیمارستان، و برداشت‌های تشخیصی از جمله برگه‌های نمرات از مونها.
- سوابق خدمات مدرسه/دانشگاه و روان‌شناختی یا سوابق شغلی/توانبخشی: ارزیابی AB3632، مطالعات موردی، ارزیابی‌های روان‌شناختی، شنوایی، گفتار و زبان، جدیدترین نسخه IEP و/یا سوابق تجمعی.
- HIV، ایدز، درمان سوء مصرف مواد.
- سایر (مشخص کنید)

مدت اعتبار

این مجوز بلافاصله معتبر خواهد شد و تا تاریخ _____ (تاریخ را وارد کنید) معتبر خواهد بود، یا در صورت عدم درج تاریخ، به مدت یک سال از تاریخ امضا اعتبار خواهد داشت.

لغو

این مجوز می‌تواند در هر زمانی توسط فرد امضاکننده لغو شود. لغو این مجوز باید به صورت کتبی، با امضای فرد امضاکننده، و به NLACRC در نشانی ذکر شده ارسال شود. لغو کتبی پس از دریافت معتبر خواهد بود، اما در حدی که درخواست‌کننده یا دیگران بر اساس این مجوز اقدام کرده باشند، تأثیری نخواهد داشت.

افشای مجدد

NLACRC نمی‌تواند اطلاعات به دست‌آمده تحت این مجوز را مجدداً افشا کند مگر اینکه مجوز اضافی دریافت شده باشد یا افشا بر اساس قانون به طور خاص الزامی یا مجاز باشد.

درخواست می‌کنم که اطلاعات سلامت منتشر شده مطابق با این مجوز فقط برای اهداف زیر استفاده شود: این سوابق توسط NLACRC برای ارزیابی و تصمیم‌گیری در مورد واجد شرایط بودن و خدمات مناسب برای این فرد استفاده خواهد شد.

من درک می‌کنم که این اجازه‌نامه اختیاری است. درمان، پرداخت، ثبت نام یا واجد شرایط بودن برای دریافت مزایا نباید به امضای این مجوز مشروط باشد. حق دارم یک نسخه از این مجوز را برای سوابق خود دریافت کنم. کپی از این مجوز مثل اصل آن معتبر است.

تاریخ	امضای مصرف‌کننده یا نماینده قانونی مصرف‌کننده
نسبت، در صورت امضا توسط فردی غیر از مصرف‌کننده	نام نوشته شده

مرکز منطقه‌ای North Los Angeles County

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761



اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی

این اطلاعیه توضیح می‌دهد که چگونه اطلاعات پزشکی مربوط به شما ممکن است استفاده و افشا شود و چگونه می‌توانید به این اطلاعات دسترسی پیدا کنید. لطفاً آن را به دقت بررسی کنید.

The North Los Angeles County Regional Center (NLCRC) بر اساس قانون ملزم است که حریم خصوصی اطلاعات سلامت محافظت شده (PHI) شما را حفظ کند. PHI اطلاعاتی است که شما را در هر قالبی (الکترونیکی، کتبی، شفاهی و غیره) شناسایی می‌کند و توسط NLCRC جمع‌آوری، ایجاد، نگهداری یا دریافت می‌شود و به وضعیت یا سلامت جسمی/روحي گذشته، حال یا آینده شما مربوط می‌شود. ما بر اساس قانون ملزم به ارائه این "اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی" به شما، مصرف‌کننده NLCRC، هستیم تا وظایف قانونی و شیوه‌های حفظ حریم خصوصی‌مان در ارتباط با PHI شما را توضیح دهیم. ما همچنین ملزم به رعایت مفاد نسخه جاری این اطلاعیه هستیم. در این اطلاعیه، اصطلاحات "us"، "we"، "NLACRC" و "our" به The North Los Angeles County Regional Center اشاره دارند.

ممکن است بدون اجازه کتبی، اطلاعات سلامت محافظت شده مربوط به شما را در شرایط زیر استفاده و افشا کنیم:

- درمان:** ممکن است اطلاعات سلامت محافظت شده شما را برای ارائه، هماهنگی و/یا مدیریت مراقبت‌های سلامت و خدمات مرتبط استفاده و ارائه کنیم. برای مثال، ممکن است PHI شما را به مدیران پرورنده، پزشکان، ارائه‌دهندگان خدمات درمانی، فروشندگان، همکاران تجاری، مراقبان، اعضای خانواده و سایر افرادی که در مراقبت از شما نقش دارند، چه در داخل و چه خارج از NLCRC، ارائه دهیم.
- عملیات مراقبت‌های سلامت:** ممکن است اطلاعات سلامت محافظت شده شما را برای عملیات خود استفاده و افشا کنیم. به عنوان مثال، فعالیت‌هایی که شامل، مدیریت پرورنده، ارزیابی و بهبود کیفیت، کاهش ریسک، نظارت توسط سازمان‌های دولتی و فدرال، ممیزی، آموزش و حمایت می‌شود اما محدود به اینها نیست. این ممکن است شامل به اشتراک‌گذاری اطلاعات شما با California Department of Developmental Services (DDS) و سایر مراکز منطقه‌ای کالیفرنیا در مواقع مورد نیاز باشد.
- پرداخت:** ممکن است اطلاعات سلامت محافظت شده شما را برای مثال، برای تعیین مسئولیت‌مان در پرداخت هزینه‌ها یا اجازه برای صدور صورتحساب و جمع‌آوری پرداخت برای درمان و خدمات سلامت مرتبط با شما استفاده کنیم.
- یادآوری‌ها و اطلاع‌رسانی‌های مربوط به قرار ملاقات:** ما ممکن است برای یادآوری قرار ملاقات‌ها یا ارائه اطلاعاتی که ممکن است مورد علاقه شما باشد با شما تماس بگیریم.
- فعالیت‌های سلامت عمومی:** ممکن است PHI شما را برای فعالیت‌های سلامت عمومی به اشتراک بگذاریم، به عنوان مثال، زمانی که مرتبط با پیشگیری از بیماری، جراحات یا ناتوانی باشد؛ یا برای پیگیری و نظارت بر برخی محصولات پزشکی.
- رویه‌های قضایی:** ممکن است PHI‌تان را برای رویه‌های قضایی استفاده یا افشا کنیم، به عنوان مثال، به عنوان بخشی از یک جلسه اداری، در پاسخ به دستور یک دادگاه یا احضاریه.
- اجرای قانون:** ممکن است PHI‌تان را با نهادهای اجرایی قانون به اشتراک بگذاریم، به عنوان مثال، برای پاسخ به یک حکم بازرسی یا گزارش یک جرم.
- پژوهش:** ممکن است PHI شما را برای پژوهش‌های تایید شده توسط NLCRC و یک Institutional Review Board (هیئت بازبینی موسسه‌ای)، که طبق قانون مسئول بررسی و تأیید پژوهش‌ها به منظور حفاظت از ایمنی شرکت‌کنندگان و حفظ محرمانگی PHI است، استفاده یا به اشتراک بگذاریم. شرکت در هر یک از این پژوهش‌ها ممکن است نیازمند اجازه خاص شما باشد.
- تهدید جدی برای سلامت یا ایمنی یا امداد در مواقع بحران:** ما ممکن است PHI‌تان را برای پیشگیری از تهدید جدی/فوری برای سلامت و ایمنی شما یا دیگران استفاده یا به اشتراک بگذاریم.
- امنیت ملی:** ممکن است PHI را با مقامات فدرال مجاز برای فعالیت‌های اطلاعاتی و سایر فعالیت‌های امنیت ملی که توسط قانون مجاز است، به اشتراک بگذاریم.
- پزشکان قانونی، معاینات پزشکی، مدیران تشییع جنازه و اهدا عضو:** ممکن است PHI‌تان را طبق مقررات قانونی با این نهادها به اشتراک بگذاریم، تا به این افراد اجازه دهیم وظایف رسمی خود را انجام دهند؛ به عنوان مثال، برای شناسایی یک فرد متوفی.
- مؤسسات اصلاحی:** اگر تحت بازداشت نهادهای اجرایی قانون باشید، ممکن است PHI‌تان را در صورت لزوم با مؤسسات اصلاحی یا نهادهای اجرایی قانون برای مراقبت‌های سلامت شما به اشتراک بگذاریم.
- طبق مقررات قانونی:** ما PHI‌تان را زمانی که طبق قانون الزامی باشد، به اشتراک خواهیم گذاشت.

سایر کاربردهای اطلاعات سلامت محافظت شده

سایر کاربردها و افشای اطلاعات سلامت محافظت شده که تحت پوشش این اطلاعیه یا قوانینی که در مورد ما اعمال می‌شود، فقط با اجازه کتبی شما انجام می‌شود. مجوزی که به ما برای استفاده یا افشای PHI خود می‌دهید، ممکن است در هر زمانی به صورت کتبی لغو شود. اگر مجوز خود را لغو کنید، این امر مانع از استفاده یا افشای بیشتر PHI شما برای اهدافی خواهد شد که تحت پوشش مجوز کتبی‌تان قرار دارند. شما درک می‌کنید که ما نمی‌توانیم اطلاعاتی را که با اجازه شما قبلاً افشا شده است، بازگردانیم و موظف هستیم سوابق مربوط به خدمات ارائه شده به شما را حفظ کنیم. برای استفاده و افشای برخی انواع PHI، مانند سوابق مربوط به HIV/AIDS، بهداشت روان، درمان مواد مخدر و الکل، الزامات سختگیرانه‌تری وجود دارد. این نوع اطلاعات تنها مطابق با قوانین سختگیرانه‌تر مربوطه می‌تواند افشا شود.

مرکز منطقه‌ای North Los Angeles County

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761



حقوق شما در ارتباط با اطلاعات سلامت محافظت‌شده (PHI) شامل موارد زیر است:

حق بازرسی و کپی سوابق خود حق دارید درخواست کتبی بدهید تا PHI خود را در مجموعه‌های سوابق مشخص‌شده بازبینی و کپی کنید. اگر درخواستی را رد کنیم، این کار را به‌صورت کتبی انجام خواهیم داد و دلایل خود را ذکر خواهیم کرد و شما حق دارید که آن تصمیم مورد بازبینی قرار گیرد.

حق درخواست اصلاحات در سوابق شما اگر احساس می‌کنید که PHIتان نادرست یا ناقص است، حق دارید به صورت کتبی درخواست کنید که آن را اصلاح کنیم و دلیل اینکه چرا باید اصلاح یا اضافه‌کردنی صورت گیرد را ذکر کنید. اگر درخواست شما را رد کنیم، این کار را به صورت کتبی انجام خواهیم داد و دلایل خود را ذکر خواهیم کرد، و شما می‌توانید یک بیانیه کتبی از مخالفت خود ارائه دهید.

حق درخواست محدودیت‌ها حق دارید به صورت کتبی درخواست محدودیت یا محدودسازی استفاده یا افشای PHI خود را از سوی ما داشته باشید. شما می‌توانید درخواست کنید که PHIتان با دیگران، مانند یک عضو خانواده یا دوست، به اشتراک گذاشته نشود. با این حال، بر اساس قانون، ما موظف به موافقت با درخواست شما نیستیم.

حق درخواست ارتباطات محرمانه حق دارید به صورت کتبی درخواست کنید که ما با شما به روشی خاص یا در مکانی خاص ارتباط برقرار کنیم. به عنوان مثال، می‌توانید درخواست کنید که فقط از طریق محل کار یا پست با شما تماس بگیریم. زمانی که بتوانیم به طور معقول یا قانونی با درخواست شما موافقت کنیم، این کار را خواهیم کرد.

حق درخواست گزارش افشاها حق دارید به صورت کتبی درخواست کنید که گزارش افشای PHI خود را تا 6 سال قبل از درخواست‌تان دریافت کنید، اما نه برای افشاهایی که قبل از 14 آوریل 2003 انجام شده‌اند. گزارش افشاها شامل افشاهایی برای انجام درمان، عملیات مراقبت‌های سلامت، پرداخت، اطلاع‌رسانی عمومی، اجرای قانون، امنیت ملی، و به مؤسسات اصلاحی و همچنین افشاهایی که طبق قانون الزامی است، نمی‌شود. علاوه بر این، گزارش افشاها شامل افشاهایی که برای آن NLACRC مجوز امضا شده‌ای داشته باشد، افشاهایی به شما، مراقب شما، یا افرادی که به نمایندگی از شما عمل می‌کنند، نمی‌شود.

حق دریافت نسخه کاغذی این اطلاعیه شما حق دارید در هر زمان، بنا به درخواست، یک نسخه کاغذی از این اطلاعیه را دریافت کنید. نسخه‌ها را می‌توان از www.nlacrc.org دانلود کرد، از طریق پذیرش در هر یک از دفاتر ما دریافت نمود، یا از مدیر پرونده خود درخواست کرد.

تغییرات در این اطلاعیه ما این حق را برای خود محفوظ می‌داریم که این اطلاعیه و رویه‌های حفظ حریم خصوصی خود را در هر زمان تغییر دهیم، مشروط بر اینکه این تغییر مطابق با قوانین ایالتی و فدرال باشد. هرگونه اطلاعیه اصلاح‌شده هم برای PHI که در زمان تغییر در اختیار داریم و هم برای PHI که پس از اجرای تغییر ایجاد یا دریافت می‌شود، اعمال خواهد شد. یک نسخه از اطلاعیه فعلی در تمامی دفاتر NLACRC در مکانی مشخص و قابل مشاهده نصب خواهد شد. اگر اطلاعیه ما تغییر کند، می‌توانید نسخه اصلاح‌شده را از وبسایت NLACRC، پذیرش، یا مدیر پرونده خود دریافت کنید.

سوالات/شکایات اگر در مورد این اطلاعیه یا رویه‌های حفظ حریم خصوصی سوالی دارید، یا در مورد PHI خود مکاتبه می‌کنید، از جمله درخواست‌هایی برای محدودیت در استفاده یا افشای آن، یا قصد دارید شکایتی درباره رویه‌های حفظ حریم خصوصی ما ثبت کنید، لطفاً به آدرس زیر نامه بنویسید:
NLACRC Attn: HIPAA Privacy Officer 9200 Oakdale Ave. Suite 100
Chatsworth, CA 91311 یا با شماره 818-778-1900 تماس بگیرید. اگر معتقدید که حقوق حریم خصوصی شما نقض شده است، می‌توانید وزیر وزارت بهداشت و خدمات انسانی (HHS) را نیز مطلع سازید. برای ثبت شکایت، هیچ‌گونه جریمه یا مجازاتی متوجه شما نخواهد بود.

قانون رفاه و موسسات، بخش 4731
حقوق مصرفکننده و فرایند رسیدگی به شکایات

در صورتی که مصرفکنندگان و خانواده آنها احساس کنند که حقوقشان به طور غیرمنطقی نقض یا سلب شده است، دارای حق قانونی جهت ثبت شکایت هستند. اگر به اطلاعات بیشتری در مورد نحوه ثبت شکایت نیاز دارید، لطفاً با مدیر قرارداد NLACRC به شماره (818) 778-1900 تماس بگیرید.

لطفاً فرآیند شکایت از حقوق مصرفکننده پیوست شده را آنلاین بررسی کنید:
<https://www.nlacrc.org/consumers-families/complaint-process>

اگر در محل سکونت فعلی خود ثبت نام رای‌دهی نکرده‌اید، آیا امروز مایل به درخواست ثبت نام برای رای‌دهی هستید؟
(یکی را انتخاب کنید)

قبلاً ثبت نام کرده‌ام. من در آدرس محل سکونت فعلی خود برای رای‌دهی ثبت نام کرده‌ام.

بله. مایل به ثبت نام برای رای‌دهی هستم. (لطفاً فرم ثبت نام رای‌دهی پیوست را تکمیل کنید.)

خیر. مایل به ثبت نام برای رای‌دهی نیستم.

توجه: اگر هیچ گزینه‌ای را علامت نزنید، فرض خواهد شد که در حال حاضر تصمیم به ثبت نام برای رای‌دهی نگرفته‌اید. شما می‌توانید فرم ثبت نام رای‌دهی پیوست را برداشته و در زمان مناسب ثبت نام کنید.

تاریخ

نام متقاضی

اطلاعی‌های مهم

1. درخواست ثبت‌نام یا خودداری از ثبت نام برای رای‌دهی بر میزان کمکی که این نهاد به شما ارائه می‌دهد، تأثیری **نخواهد** داشت.
2. اگر برای تکمیل فرم ثبت نام رای‌دهی به کمک نیاز دارید، ما به شما کمک خواهیم کرد. تصمیم برای درخواست یا قبول کمک به عهده شماست. می‌توانید فرم ثبت نام رای‌دهی را به‌طور خصوصی تکمیل کنید.
3. اگر معتقدید که کسی در حق شما برای ثبت نام یا خودداری از ثبت نام برای رای‌دهی، حق‌تان برای حفظ حریم خصوصی در تصمیم‌گیری درباره ثبت‌نام یا درخواست ثبت نام برای رای‌دهی، یا حق شما برای انتخاب حزب سیاسی مورد نظر یا دیگر ترجیحات سیاسی مداخله کرده است، می‌توانید شکایت خود را به وزارت امور دولتی ارسال کنید. برای این منظور می‌توانید با شماره رایگان (8683) 345-VOTE (800) تماس بگیرید یا به آدرس زیر نامه بنویسید: Secretary of State, 1500 - 11th Street, Sacramento, CA, 95814. برای اطلاعات بیشتر در مورد انتخابات و رای‌دهی، لطفاً به وبسایت www.sos.ca.gov مراجعه کنید.

فرم ترجیح رای‌دهی NVRA تاریخ 01/13