

تحويل بالإفصاح عن معلومات أو صور أو تسجيلات لأغراض التواصل أو العلاقات الإعلامية

DS 6017-ARA (Rev. 09/2024)

تعليمات:

يجب إكمال هذا التحويل وتوقيعه من قبل المنتفع أو ممثله الشخصي عندما تستخدم أو تقوم إدارة الخدمات النمائية ("الإدارة") أو وكلائها والشركات التابعة لها بالإفصاح عن الصور أو التسجيلات أو أي معلومات شخصية أخرى يمكن التعرف على المنتفع من خلالها، لأغراض التواصل أو العلاقات الإعلامية. يُدرك المنتفع أو ممثله الشخصي أن منح هذا التحويل أمر طوعي وليس ضروريًا لتسجيل المنتفع في الخدمات أو الأهلية أو المدفوعات (إذا كان الأمر ينطبق) أو العلاج أو الرعاية.

بالنسبة للمنتفع البالغ، قد يكون "الممثل الشخصي" هو الوصي (إذا كان الأمر ينطبق) أو أي شخص آخر يتمتع بسلطة قانونية على قرارات الرعاية الصحية للمنتفع. بالنسبة للمنتفع القاصر، فإن "الممثل الشخصي" هو ولي الأمر أو الوصي القانوني أو أي شخص آخر يتمتع بسلطة قانونية على قرارات الرعاية الصحية للمنتفع. تعني المصطلحات "صورة فوتوغرافية" أو "تسجيلات" أو "تسجيل" أي صوت أو صورة متحركة أو صورة فوتوغرافية ثابتة بأي تنسيق بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، تنسيق رقمي أو شريط صوتي أو شريط فيديو أو قرص مضغوط/قرص DVD أو أي وسيلة ميكانيكية أو إلكترونية أخرى لتسجيل الصور أو إعادة إنتاجها.

تحويل بالاستخدام والإفصاح

كما هو موضح بالتفصيل أدناه، أنا [اسم المنتفع/الممثل الشخصي بحروف واضحة]

، بموجب هذا أخول باستخدام

[اسم المنتفع بحروف واضحة]، [تاريخ ميلاد المنتفع بحروف واضحة]

، والصور، والتسجيلات، و/أو المعلومات الشخصية الكاشفة للهوية لأغراض التواصل أو أعمال العلاقات الإعلامية الخاصة بالإدارة بدون تعويض.

من يقوم بالإفصاح عن المعلومات:

الإدارة ووكلائها والشركات التابعة لها أو أي منها؟ سيتم الحصول على المعلومات الكاشفة للهوية والصور والتسجيلات، والتي يتم الإفصاح عنها أو استخدامها في أعمال التواصل أو العلاقات الإعلامية التابعة للإدارة منك فقط أو من الأشخاص المشاركين في رعايتك وعلاجك.

وكلاء/شركات تابعة أخرى:

من سيستخدم أو يتلقى هذه المعلومات:

سيتم استلام معلوماتك من قبل ممثل قسم المراسلات لدى الإدارة أو الأشخاص الآخرين التالي ذكرهم:

سيتم نشر المعلومات الكاشفة للهوية أو الصور الفوتوغرافية أو التسجيلات التي ينطبق عليها هذا التحويل، في واحد أو أكثر من المنصات التالية، وستكون متاحة للجمهور العام (يرجى تحديد كل ما ينطبق):

- ☐ منشورات تعليمية/فيديوهات/قناة يوتيوب
- ☐ النشر الإلكتروني (على سبيل المثال، الموقع الإلكتروني العام-www.dds.ca.gov)
- ☐ وسائل التواصل الاجتماعي (على سبيل المثال، فيسبوك/تويتر/إنستغرام)
- ☐ الترويج/الإعلان
- ☐ وكالة أنباء محلية/إقليمية/وطنية
- ☐ غير ذلك (يرجى الوصف): _____

نوع المعلومات التي سيتم استخدامها أو الإفصاح عنها:
المعلومات الصحية والشخصية الكاشفة لهويتك، والصور، و/أو التسجيلات المتعلقة برعايتك وعلاجك في سياق أعمال التواصل أو العلاقات الإعلامية الخاصة بالإدارة.

يمكن استخدام المعلومات التالية أو الإفصاح عنها (يرجى التحديد):

الغرض من الاستخدام أو الإفصاح:
يمكن استخدام المعلومات الموضحة أعلاه في أعمال التواصل أو العلاقات الإعلامية التالية الخاصة بالإدارة:

متى تنتهي صلاحية هذا التحويل:
تنتهي صلاحية هذا التحويل عند انتهاء أعمال التواصل أو العلاقات الإعلامية المحددة التي وافقت على المشاركة بها، أو بحلول 30 يونيو 2030، أيهما أطول.

بعد انتهاء صلاحية هذا التحويل، لن يستمر استخدام معلوماتك أو صورك أو تسجيلاتك أو الإفصاح عنها من قبل الإدارة، ما لم تقوم أنت أو ممثلك الشخصي بمنح تحويل صريح لمثل هذا الاستخدام أو الإفصاح الإضافي. يرجى العلم أنه بعد أي أعمال تواصل أو علاقات إعلامية من طرف الإدارة، قد يتم التقاط معلوماتك أو صورك أو تسجيلاتك ثم إعادة طباعتها أو إعادة بثها والإفصاح عنها لأشخاص أو جهات و/أو وسائل إعلامية أخرى غير مرتبطة بالإدارة.

كيف يمكنك إلغاء هذا التحويل:

يمكنك إلغاء هذا التحويل في أي وقت. قبل إصدار أي معلومات، لديك الحق في تعديل أو إلغاء هذا التحويل (تغيير رأيك وعدم السماح بالإفصاح عن المعلومات)، ما لم يحدث ما يلي:

- (1) قامت إدارة DDS بتقديم السجلات بالفعل استنادًا إلى التحويل السابق؛ أو
 - (2) تم الحصول على هذا التحويل كشرط للحصول على التغطية التأمينية، ويمنح القانون الآخر شركة التأمين الحق في الاعتراض على المطالبة بموجب البوليصة أو البوليصة نفسها.
- عند إلغاء التحويل، لن تسمح لك الإدارة بالإفصاح عن المزيد من معلوماتك المحددة في هذا التحويل. يرجى العلم أن الإدارة قد لا تكون قادرة على استرجاع أي صور أو تسجيلات أو أي معلومات كاشفة للهوية أخرى تم الإفصاح عنها بالفعل. يمكنك تقديم أي طلبات للإلغاء عبر البريد الإلكتروني إلى مسؤول خصوصية لدى DDS عبر PrivacyOfficer@dds.ca.gov أو إرسالها بالبريد إلى:

Department of Developmental Services
ATTN: Office of Legal Affairs, DDS Privacy Officer
1215 O Street, MS 9-30
Sacramento, California 95814
فاكس (916) 654-1716

الإقرار بالحقوق:

من خلال التوقيع على هذا التحويل، أنا أدرك وأقر بالحقوق التالية:

- (1) يجوز للإدارة أو وكلائها والشركات التابعة لها استخدام أو الإفصاح عن المعلومات المحددة والموصوفة هنا، للأغراض الموضحة هنا.
- (2) يجوز لي رفض التوقيع على هذا التحويل لاستخدام أو الإفصاح عن صوري أو سجلاتي أو أي معلومات كاشفة للهوية أخرى موصوفة هنا.
- (3) لا يتوقف تنفيذ هذا التحويل على تسجيلي في الخدمات أو الأهلية أو المدفوعات (إذا كان الأمر ينطبق) أو الرعاية أو العلاج.
- (4) يظل هذا التحويل ساري المفعول حتى تاريخ انتهاء الصلاحية المذكور أعلاه.
- (5) أدرك أنه يجوز لي إلغاء هذا التحويل في أي وقت، شريطة أن أقدم طلب الإلغاء كتابيًا إلى مسؤول الخصوصية في الإدارة. أدرك أيضًا أنه سيتم تلبية طلبي للإلغاء، باستثناء الحد الذي تكون فيه الإدارة قد اتخذ بالفعل إجراءً، بناءً على هذا التحويل، ولا يمكنه إلغاء النشر أو إعادة سحب ما تم توزيعه.
- (6) أدرك أن أي صور أو تسجيلات أو معلومات مستخدمة أو تم الإفصاح عنها قد تكون عرضة لإفصاح عنها مرة أخرى من قبل المتلقي لها، وبالتالي هي لا تخضع لحماية قوانين الخصوصية الفدرالية وقوانين الولاية. ويشمل ذلك إعادة التوزيع عبر وسائل الإعلام الإلكترونية.
- (7) أدرك أن لدي حق، وسأحصل على نسخة من هذا النموذج بعد استكمالته والتوقيع عليه.

لقد قرأت هذا النموذج وأفهم محتوى هذا التحويل بشكل كامل. من خلال توقيعني أدناه، أقر بأنني قرأت ووافقت على جميع الشروط المذكورة أعلاه.

المنتفع

إذا كان عمر المنتفع أقل من 18 عامًا، يلزم توقيع ولي الأمر أو الوصي القانوني أو القيم.

الاسم بحروف واضحة:

العنوان:

التاريخ:

التوقيع:

الممثل الشخصي

أعلن أنني ولي الأمر أو الوصي القانوني للطفل القاصر، أو أنني الممثل الشخصي، أو الوصي المعين للمنتفع البالغ المذكور أعلاه، ولدي الحق القانوني في منح هذا التحويل نيابة عن المنتفع.

الاسم بحروف واضحة:

العنوان:

التاريخ:

التوقيع:

إذا تمت ترجمة التحويل

الاسم بحروف واضحة:

اللغة:

التاريخ:

الوقت:

التوقيع:

Confidential Client Information

See Welfare & Institutions Code Sections 4514-4518; 5328; Civil Code section 56, et seq.; Government Code Section 6254; and 45 C. F. R. Parts 160 and 164

~ This Space for Department Use Only ~

COPIES OF ALL SIGNED FORMS SHOULD BE DELIVERED TO THE DEPARTMENT PRIVACY OFFICER AND REMAIN ON FILE FOR THE DURATION OF THE COMMUNICATION OR MEDIA-RELATION ACTIVITY.

القائم بالمراجعة	وصف التغيير	التاريخ
مسؤول الخصوصية	مكتب الشؤون القانونية – تحديث تاريخ انتهاء صلاحية التحويل	08/29/2024