



## Instruction for collecting and submitting Information Sharing Authorization (ISA) to Alameda County Health Care Services Agency

1. Open your browser and go to the URL:  
<http://accareconnect.org/information-sharing-authorization/>
2. Scroll to the Information Sharing Authorization section of the web page.
3. Download PDF-formatted ISA document in the language appropriate for your client / patient / consumer (available options are English, Spanish, Chinese, Vietnamese, Punjabi and Tagalog).
4. Open the fillable PDF document in Adobe Acrobat. (*Note: If you do not have Adobe Acrobat please download from the URL: <https://get.adobe.com/reader/>. You may need to request your IT team to help if you do not have permission to download and install new software.*)
5. Enter Client Name, Date of Birth and Medi-Cal ID (CIN), if known.
6. If the client authorizes a representative to sign on their behalf, please add his or her full name and their relationship to the client at the bottom of the ISA.
7. Scroll down to Page 4 of the ISA to enter your client's choice for sharing Mental Health treatment and HIV test results for the purpose of care coordination.
8. At this time, to save an electronic copy of this ISA you will need to save the file with the appropriate name on your local directory or your network folder. If you do not want to save a copy press the print button on the Acrobat window.
9. Print the document and have your client or the authorized representative sign and date the ISA (only current date is allowed). [*Note: you can also add the date electronically before printing the ISA*]
- 10. The ISA is now ready to send to the Alameda County Health Care Services Agency. Please add a cover letter with your name, phone number, email and your organization or facility's name and fax the form to (510) 244-0596.**
- 11. Do not modify, alter or change the content or structure of the ISA form. Any submissions of ISA forms with modifications, changes or alterations will not be accepted.**
12. Clients can revoke their authorizations at any time by sending a letter, email or filling out page 5 of this form. If the last method is used for revocation, do not fax the form. Instead upload the scanned copy of the page 5 to the CHR.



تصريح لمشاركة معلوماتك الصحية والشخصية المحمية

اسم العميل: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

مُعرّف Medi-Cal CIN (إذا كان معروفاً): \_\_\_\_\_

تطلب مقاطعة Alameda ("المقاطعة") تصريحاً منك للسماح بمشاركة معلوماتك الصحية المحمية وغيرها من المعلومات الشخصية ("المعلومات"). إذا وافقت، فستتم مشاركة معلوماتك مع (من وإلى) المقاطعة وأنواع المنظمات التالية للمساعدة في تنسيق رعايتك ومواردك وخدماتك البشرية.

- مقدمو خدمات الصحة البدنية والعقلية
- الخطط الصحية
- مقدمو الخدمات الصحية داخل السجون
- مقدمو خدمات الاستجابة للأزمات
- وكالة الخدمات الاجتماعية
- دعم الإسكان
- خدمات المجتمع، وعلى سبيل المثال، بنوك الطعام والمكتبات العامة والخدمات القانونية

ستتم أيضاً مشاركة معلوماتك من أنواع المؤسسات المذكورة أعلاه مع مقدمي خدمات معالجة اضطرابات تعاطي المخدرات (Substance Use Disorder, SUD). يمكن لمقدمي خدمات معالجة اضطرابات تعاطي المخدرات (SUD) الحصول على هذه المعلومات فقط للمساعدة في تنسيق رعايتك ومواردك وخدماتك البشرية. ملاحظة: لا يسمح هذا التصريح لمقدمي خدمات معالجة اضطرابات تعاطي المخدرات (SUD) بمشاركة معلومات اضطرابات تعاطي المخدرات الخاصة بك.

تسهل مشاركة المعلومات معرفة ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على الموارد. كما تسمح لك بالحصول على الخدمات والمشاركة في البرامج التي تديرها المقاطعة والمنظمات الأخرى في مقاطعة Alameda لتحسين صحتك ("الخدمات" و"البرامج"). وهذا يشمل برامج وخدمات، مثل (Alameda County Care Connect (Care Connect)، Healthcare for the Homeless، وEveryone Home.

إن التوقيع على نموذج التصريح ("النموذج") هو أمر من اختيارك. وبغض النظر عما تختاره، فلن يغير من قدرتك على تلقي الخدمات الطبية أو العلاج أو الخدمات الإنسانية العامة.

بتوقيعك على هذا النموذج، فإنك تصرّح بمشاركة معلوماتك مع (من وإلى) المقاطعة وأنواع المنظمات الموضحة أعلاه. وسيتم استخدامها لمعرفة ما إذا كنت

مؤهلاً للحصول على موارد أخرى، والمساعدة في ربطك بها، والمساعدة في التنسيق بينها لخدمتك بشكل أفضل. إذا لم توقع على هذا النموذج، فلا يزال بإمكانك تلقي الخدمات الطبية أو العلاج أو الخدمات الإنسانية العامة. قد يمنعك عدم التوقيع من أن تكون قادرًا على المشاركة الكاملة في برامج معينة داخل المقاطعة لتنسيق رعايتك.

كيف سيمكنني الاستفادة من خلال مشاركة مثل هذه المعلومات؟

إذا سمحت بمشاركة معلوماتك، فسيكون بمقدور أولئك الذين يخدمونك:

- التعرف بك وربطك بالبرامج أو الخدمات أو الموارد التي يمكن أن تفيد صحتك ورفاهيتك.
- التنسيق الأفضل لرعايتك.
- تحسين جودة الخدمات.
- تنفيذ برنامج عمل آخر داخل المقاطعة.

كيف ستتم مشاركتها؟

ستتم مشاركة معلوماتك بصيغ إلكترونية باستخدام سجلات صحة المجتمع. إنه نوع من برامج الكمبيوتر يسمح للمؤسسات بمشاركة المعلومات لتحسين صحة الأشخاص. ستتم أيضًا مشاركة معلوماتك في صيغ شفوية ومكتوبة.

مع من ستتم مشاركة معلوماتي؟

ستتم مشاركة معلوماتك مع (من وإلى) المقاطعة وأنواع المنظمات الموضحة أعلاه. ستتم أيضًا مشاركة معلوماتك من أنواع المؤسسات المذكورة أعلاه مع مقدمي خدمات معالجة اضطرابات تعاطي المخدرات (SUD). قد تشمل المنظمات الأشخاص الذين يعملون في خطوط إحالة المقاطعة أو خطوط الاتصال الاستشارية. قد تشمل أيضًا المنظمات المشاركة في رعايتك في الوقت الحالي، وفي الماضي، وفي المستقبل. ستتم طباعة قائمة بالمنظمات الحالية من أجلك. يمكن الوصول إليها أيضًا على [www.accareconnect.org/organizations](http://www.accareconnect.org/organizations). قد يتمكن الشخص أو المنظمة التي تمت مشاركة معلوماتك معها من استخدام معلوماتك أو الكشف عنها دون الخضوع لقانون الخصوصية.

هل يمكنني معرفة مع من ستتم مشاركة معلوماتي؟

لديك الحق في طلب قائمة بالمنظمات التي تمكنت من الوصول إلى معلوماتك باستخدام هذا النموذج. لتقديم مثل هذا الطلب، اتصل بمكتب المساعدة لتبادل معلومات الصحة الاجتماعية في مقاطعة Alameda ("مكتب المساعدة") على 618-1997 (510).

ما الذي ستتم مشاركته؟

ستتم مشاركة المعلومات حول البرامج والخدمات التي حصلت عليها في الماضي والتي تحصل عليها حاليًا، وستحصل عليها في المستقبل. ويتضمن هذا بيانات حول:

- حالات الصحة الجسدية والعقلية.
- السكن أو الاحتياجات البشرية أو القانونية.

معلومات حول اضطرابات تعاطي المخدرات (SUD) المحمية بموجب قانون اللوائح الفيدرالية ( Code of Federal Regulations, CFR) رقم 42. لم يتم تضمين الجزء 2 في إطار هذا التصريح.

قد تتضمن المعلومات التي ستتم مشاركتها تفاصيل، مثل:

- اسمك وعنوانك وتاريخ ميلادك، إلخ.
- حالة صحتك الطبية أو العقلية وعلاجاتها.
- احتياجاتك من السكن، والغذاء، والمواصلات، والتوظيف، والدخل، والإعاقة.
- الدعم الذي تحصل عليه من خلال وكالة الخدمات الاجتماعية في المقاطعة، مثل Medi-Cal، وCalFresh، وGeneral Assistance، وCALWORKs، وSupplemental Security Income.

تسمح قوانين الولايات والقوانين الفيدرالية بالفعل بمشاركة بعض المعلومات. وعلى سبيل المثال، يمكن لمؤسسات الرعاية الصحية مشاركة معلوماتك الصحية لعلاجك والحصول على مدفوعات وتشغيل برامجها. التوقيع على هذا النموذج لا يغير المعلومات التي يمكن تشاركتها بموجب هذه القوانين.

يمكنك تقييد مشاركة معلومات علاج الصحة العقلية ونتائج اختبار فيروس نقص المناعة البشرية في قسم الأذونات الخاصة.

- يحق لك تغيير رأيك بشأن المشاركة وإلغاء هذا التصريح في أي وقت. هذا النموذج ساري المفعول حتى تاريخ إلغاءه أو تغييره كتابياً.
- للإلغاء أو إجراء أي تغيير، تحدث مع عضو فريق الرعاية الخاص بك. يمكنك إكمال نموذج جديد ليعكس التغيير (التغييرات). تسري أي تغييرات اعتباراً من تاريخ توقيع النموذج الجديد.
  - لا يمكن استرجاع أي بيانات أو معلومات تمت مشاركتها قبل ذلك الوقت.

ما المعلومات التي سيتم الاستمرار في مشاركتها إذا لم أوقع؟

هل يمكنني تحديد المعلومات التي يتم مشاركتها؟

إذا وقعت، هل يمكنني تغيير رأيي لاحقاً؟

**القسم المطلوب** نحتاج إلى إذنك الخاص لمشاركة المعلومات حول علاج الصحة العقلية ونتائج اختبار فيروس نقص المناعة البشرية.

إذا أعطيت الإذن، فستتم مشاركة معلومات علاجك للصحة العقلية ونتائج اختبار فيروس نقص المناعة البشرية مع (من وإلى) المقاطعة وأنواع المنظمات المذكورة أعلاه للمساعدة في تنسيق رعايتك ومواردك وخدماتك البشرية. حتى

إذا لم تنطبق هذه الشروط عليك اليوم، فإن منح الإذن يمكن أن يساعد في التأكد من إمكانية مشاركة معلوماتك في المستقبل إذا لزم الأمر.

#### علاج الصحة العقلية

أعطي الإذن لمشاركة المعلومات حول علاجي للصحة العقلية في الماضي والحاضر والمستقبل. (لن تتم مشاركة سجلات العلاج النفسي.)

نعم  لا

#### نتائج اختبار فيروس نقص المناعة البشرية

أعطي الإذن لمشاركة المعلومات حول نتائج اختبار فيروس نقص المناعة البشرية التي أجريتها في الماضي والحاضر والمستقبل.  نعم  لا

#### لدي الحق في:

- رفض التوقيع على هذا النموذج.
- الحصول على نسخة من هذا النموذج.

#### بتوقيعي على هذا النموذج، أوافق على ما يلي:

- لقد قرأت هذا النموذج أو قرأه لي ممثل مقاطعة Alameda أو أحد أعضاء فريق الرعاية.
- فهمت ما ورد فيه.
- أمتح تصريحًا لمشاركة معلوماتي على النحو الموضح أعلاه.
- سيظل هذا التصريح ساري المفعول لمدة عام واحد، أو حتى أقوم بتغيير التصريح أو إلغائه كتابيًا. يمكنني القيام بذلك عن طريق الاتصال بعضو فريق الرعاية الخاص بي.

#### توقيع العميل

#### التاريخ

في حالة توقيع شخص آخر غير العميل، يرجى كتابة علاقة ذلك الشخص بالعميل:

#### العلاقة بالعميل

#### اسم الممثل الشخصي للعميل



Alameda County  
Health Care Services Agency

## إلغاء تصريح مشاركة المعلومات

اسم العميل: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_  
مُعرّف Medi-Cal CIN (إذا كان معروفًا): \_\_\_\_\_

أرغب في إلغاء تصريحي. (يرجى الإرسال إلى عضو فريق الرعاية الخاص بك)

توقيع العميل أو الممثل القانوني للعميل:

\_\_\_\_\_  
يوم / شهر / سنة

إذا وقع عليه الممثل القانوني للعميل، فإن علاقة الولاية والسلطة للقيام بذلك: