

إلغاء تفويض تم منحه  
في السابق إلى  
Mercy Care



تشير المعلومات الصحية المحمية (PHI) إلى معلومات حول صحتك. تحمي القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية خصوصية معلوماتك الصحية المحمية (PHI)، حيث تنص القوانين على أنه لا يمكننا منح أي شخص آخر بخلاف أطباءك والآخرين الذين يتولون رعايتك معلوماتك الصحية المحمية (PHI)، ما لم توافق على ذلك. وبتوقيع هذه الورقة، فإنك تمنحنا موافقتك على إزالة الأشخاص أو الوكالات التي حددتها مسبقًا لتلقي معلوماتك الصحية المحمية (PHI).

1. من هو عضو Medicaid؟

الاسم الأول	الاسم الأخير	الحرف الأول من الاسم الأوسط
رقم بطاقة هوية العضو	تاريخ الميلاد (MM/DD/YYYY)	رقم الهاتف
الشارع		
المدينة والولاية والرمز البريدي		

2. ما التفويض الذي تريد إلغاءه؟ (حدد المربع الصحيح).

<input type="checkbox"/> موافقتك التي قدمتها لخطة Mercy Care على منح معلوماتك الصحية المحمية (PHI) إلى وكالات أو أشخاص آخرين.
<input type="checkbox"/> موافقتك التي قدمتها لخطة Mercy Care على طلب معلوماتك الصحية المحمية (PHI) من وكالات أو أشخاص آخرين.

3. من الأشخاص أو الوكالات الذين ترغب في إبعادهم عن تلقي معلوماتك الصحية المحمية (PHI)؟

اسم الشركة أو الشخص	رقم الهاتف
الشارع	
المدينة والولاية والرمز البريدي	
اسم الشركة أو الشخص	رقم الهاتف
الشارع	
المدينة والولاية والرمز البريدي	

4. مهم: بالتوقيع أدناه، فأنا أتفهم وأوافق على ما يلي:

من خلال إلغاء موافقتي، فإنها لن تؤثر على الإجراءات التي اتخذتها Mercy Care قبل تلقي هذا الطلب. يمكنني الحصول على نسخة من هذا الطلب بالكتابة إلى العنوان الوارد في هذا النموذج.	
التاريخ	توقيع العضو أو الممثل القانوني
اسم الممثل القانوني للعضو بأحرف واضحة (إذا كان ذلك منطبقاً)	

يشير مصطلح **الممثل المفوض** إلى تمتعك بإثبات قانوني لقدرتك على التصرف نيابة عن هذا الشخص. يوقع الممثل نيابة عن شخص لا يمكنه قانوناً التوقيع بنفسه. إذا كان العضو أقل من 18 عاماً، فيجب على الوالد/الوالدة أو الوصي التوقيع للقاصر. إذا كنت ممثلاً توقع هذا النموذج، فيتعين عليك إرسال إثبات قانوني لقدرتك على التصرف نيابة عن هذا الشخص.

هل لديك أسئلة؟ يمكننا أن نقدم المساعدة. اتصل بخطة Mercy Care على الرقم: 800-624-3879.

يرجى توقيع هذا النموذج مكتملاً وإرجاعه إلى:  
**Mercy Care**  
**Member Services**  
**4500 E. Cotton Center Blvd.**  
**Phoenix, AZ 85040**

## إخطار عدم التمييز

تمثل Mercy Care لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تقوم بالتمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس. لا تستبعد Mercy Care الناس أو تعاملهم بشكل مختلف بسبب العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس.

## :Mercy Care

توفر خدمات ووسائل مساعدة مجانية للأشخاص من ذوي الإعاقة للتواصل معنا بفاعلية، مثل:

○ مترجمون مؤهلون للغة الإشارة

○ معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى (مطبوعة بأحرف كبيرة أو مسجلة صوتيًا أو تنسيقات إلكترونية قابلة للوصول أو تنسيقات أخرى)

توفر خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين لا تكون الإنجليزية لغتهم الأم، مثل:

○ مترجمون فوريون مؤهلون

○ معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا احتجت إلى مترجم فوري مؤهل أو معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى أو ترجمة أو خدمات أخرى، فاتصل بالرقم الموجود على بطاقة هويتك أو بالرقم **1-800-385-4104** (الهاتف النصي: 711).

إذا كنت تعتقد أن Mercy Care لم تنجح في توفير هذه الخدمات أو قامت بالتمييز بطريقة أخرى على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس، يمكنك تقديم تظلم إلى منسق الحقوق المدنية لدينا على:

العنوان: Attn: Civil Rights Coordinator  
4500 East Cotton Center Boulevard  
Phoenix, AZ 85040

الهاتف: **1-888-234-7358** (الهاتف النصي 711)  
البريد الإلكتروني: MedicaidCRCoordinator@mercycaresaz.org

يمكنك تقديم تظلم شخصيًا أو عن طريق البريد أو البريد الإلكتروني. وإذا احتجت إلى مساعدة في تقديم تظلم، فإن منسق الحقوق المدنية لدينا متاح لمساعدتك.

يمكنك أيضًا تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية إلى U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (وزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة، مكتب الحقوق المدنية) إلكترونيًا من خلال مدخل الشكاوى الخاص بمكتب الحقوق المدنية والمتوفر على <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. أو عن طريق البريد الإلكتروني أو الهاتف على: HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (جهاز التواصل عن بُعد للصم).

نماذج الشكاوى متاحة على الموقع <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

86.03.322.1-AZ

