



إدارة الصحة و رعاية المسنين بولاية ميسوري	ميسوري رقم الترحيل لمحدودي السمع و النطق: ٢٩٦٦-٧٣٥-١٨٠٠
صندوق بريد رقم ٥٧٠ مدينة جيفرسون، ولاية ميسوري ٦٥١٠٢-٥٧٠	للرسالة الصوتية: ٢٤٦٦-٧٣٥-١٨٠٠
تليفون: ٦٤٠٠-٧٥١-٥٧٣ فاكس: ٦٠١٠-٧٥١-٥٧٣	

### إستمارة إقرار بممارسات سرية المعلومات

١. إسم العميل ( أكتب إسم العميل الأول، أول حرف في الإسم الأوسط و إسم العائلة)		
٢. تاريخ ميلاد العميل (الشهر/اليوم/السنة)	٣. رقم الضمان الإجتماعي للعميل	٤. رقم مراقبة المستند (إذا إستدعى الحال)
أقر أنني قد تسلمت نسخة من مستند إدارة الصحة و رعاية المسنين بولاية ميسوري بخصوص ممارسات سرية المعلومات و أنني قد أخبرت بالمكان الذي يمكنني الحصول فيه على أي تغييرات لهذا المستند.		
أكتب الإسم الأول، رمز الإسم الأوسط و إسم العائلة للعميل/ الوالد/ الوصي/ التوكيل الدائم للرعاية الصحية		
التاريخ	إمضاء العميل/ الوالد/ الوصي/ التوكيل الدائم للرعاية الصحية	
ملحوظة: إذا تم توقيع هذا المستند بواسطة الوصي أو التوكيل الدائم للرعاية الصحية، ألحق نسخة من الوثيقة التي تخول هذه السلطة أو من التوكيل الدائم للرعاية الصحية.		
من فضلك حدد أحد الإختيارات التالية لتبين العلاقة بين العميل و الموقع أعلاه:		
<input type="checkbox"/> العميل		
<input type="checkbox"/> والد العميل		
<input type="checkbox"/> الوصي على العميل		
<input type="checkbox"/> التوكيل الدائم للرعاية الصحية		
<input type="checkbox"/> العميل رفض توقيع المستند		

(للموظفين فقط)

إسم المكتب أو البرنامج

الرمز البريدي

الولاية

المدينة

العنوان

التاريخ

إمضاء الموظف (إذا ما كان موجودا عند تقديم المستند)

أكتب الإسم

ولاية ميسوري ٢٨٣٢-٥٨٠ (٠٧-٧)

[www.dhss.mo.gov](http://www.dhss.mo.gov)

الهيئة تلتزم بالتميز الإيجابي و تكافؤ الفرص: تقدم الخدمات بدون تفرقة