

## إشعار بشأن ممارسات الخصوصية لمجلس خدمات مجتمع فيرفاكس- فولز تشيرش تاريخ السريان: 16 فبراير 2026

يصف هذا الإشعار كيفية استخدام معلوماتك الطبية والإفصاح عنها والطريقة التي يمكنك من خلالها الوصول إلى هذه المعلومات.

يتضمن هذا الإشعار أيضاً ما يلي:

- حقوقك فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية
- كيفية تقديم شكوى بشأن انتهاك خصوصية أو أمن معلوماتك الصحية، أو حقوقك المتعلقة بمعلوماتك

يحق لك الحصول على نسخة من هذا الإشعار (ورقياً أو إلكترونياً) ومناقشته مع إدارة السجلات الطبية عبر الهاتف: (703) 383-8480 أو البريد الإلكتروني: [CSBMEDICALRECORDS@FAIRAXCOUNTY.GOV](mailto:CSBMEDICALRECORDS@FAIRAXCOUNTY.GOV) إذا كانت لديك أي أسئلة.

يُرجى مراجعته بعناية.

توضح هذه الإشعارات المتعلقة بممارسات الخصوصية كيف يمكن لمقدمي الرعاية الصحية في حكومة مقاطعة فيرفاكس استخدام معلوماتك الصحية المحمية ("PHI") والإفصاح عنها لأغراض العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية ولأغراض أخرى مسموح بها أو مطلوبة بموجب قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة لعام 1996 (HIPAA) بصيغته المعدلة بموجب قانون تكنولوجيا المعلومات الصحية للصحة الاقتصادية والسريرية لعام 2009، والقوانين الأخرى المعمول بها. المعلومات الصحية المحمية هي معلومات قد تحدد هويتك، وتتعلق بصحتك الجسدية أو العقلية أو حالاتك الصحية في الماضي أو الحاضر أو المستقبل، أو بخدمات الرعاية الصحية المقدمة لك، أو بدفع تكاليف هذه الخدمات، ويتم إنشاؤها أو تلقيها من قبل إحدى وكالات مقاطعة فيرفاكس الخاضعة لقانون HIPAA. يصف هذا الإشعار أيضاً كيف يمكن للبرامج الخاضعة للجزء 2 والتي يُطلب منها حماية المعلومات بموجب قانون سرية سجلات مرضى اضطراب تعاطي المواد (42 USC 290dd-2) (المشار إليها فيما يلي بـ "معلومات اضطراب تعاطي المواد")، مثل مجلس الخدمات المجتمعية (CSB)، استخدام معلومات اضطراب تعاطي المواد الخاصة بك والكشف عنها. بالإضافة إلى قانون HIPAA والقانون 42 USC 290dd-2، قد تحدد قوانين خصوصية أخرى من الكشف عن معلوماتك الصحية، مثل قانون خصوصية السجلات الصحية في فرجينيا (Virginia Code § 32.1-127.1:03) ولوائح وزارة فرجينيا للصحة السلوكية وخدمات التنمية (12 Va. Admin. Code § 35-115-80). نحن ملزمون قانوناً بضمان الحفاظ على خصوصية معلوماتك الصحية، وإخطارك في حالة حدوث خرق لمعلوماتك الصحية المحمية غير المؤمنة ومعلومات اضطراب تعاطي المواد الخاصة بك.

يصف هذا الإشعار أيضاً حقوقك القانونية بموجب قانون HIPAA والقانون 42 USC 290dd-2، بما في ذلك حقوقك في الوصول إلى معلوماتك والتحكم فيها. نحن ملزمون بإخطارك هذا الإشعار لشرح واجباتنا القانونية وممارساتنا المتعلقة بالخصوصية، وللالتزام بشروط الإشعار الساري حالياً.

## كيف يمكننا استخدام معلوماتك والإفصاح عنها

### الاستخدام والإفصاحات

تصف الفئات التالية الطرق التي نستخدمها ونفصح بها عن معلوماتك الصحية الشخصية. لن يتم إدراج كل استخدام أو إفصاح. ومع ذلك، فإن جميع الطرق التي يُسمح لنا باستخدام المعلومات والإفصاح عنها ستندرج ضمن إحدى هذه الفئات. على الرغم من أن هذه الاستخدامات المحدودة لا تتطلب عادةً إذنك، إلا أننا في بعض الحالات سنطلب منك منحنا إذنك الكتابي عن طريق توقيع نموذج موافقة ("التفويض") لاستخدام معلوماتك والكشف عنها لتقديم العلاج والخدمات، واستلام المدفوعات مقابل العلاج والخدمات المقدمة، وإدارة عمليات الرعاية الصحية اليومية لدينا. بالنسبة للاستخدامات والإفصاحات الأخرى للمعلومات الصحية التي لا يغطيها هذا الإشعار أو القوانين التي تنطبق علينا، سنطلب دائماً موافقتك، كما هو موضح أدناه.

بمجرد الكشف عن معلوماتك الصحية الشخصية كما هو موضح في هذا الإشعار، قد يتم إعادة الكشف عن المعلومات ولن تكون محمية بموجب قانون HIPAA. قد تستمر قوانين أخرى في حماية معلوماتك، مثل 42 USC 290dd-2 و Virginia Code § 32.1-127.1:03. لا يجوز الإفصاح عن معلومات اضطراب تعاطي المواد المخدرة إلا للأغراض الموضحة في (أ) و (ب) أدناه بموافقتك. بمجرد تقديمك للتفويض، يجوز أيضاً إعادة الكشف عن معلومات اضطراب تعاطي المواد المخدرة مثل المعلومات الصحية الشخصية على النحو المسموح به بموجب قانون HIPAA (كما هو موضح في (أ) و (ب) أدناه) من قبل برنامج الجزء 2 أو الكيان المشمول أو الشريك التجاري.

**A. متى يمكننا استخدام المعلومات والإفصاح عنها دون إذنك.** يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية الشخصية والإفصاح عنها (شفهياً أو كتابياً) دون إذنك للأغراض التالية. لا يجوز لنا استخدام معلوماتك المتعلقة باضطراب تعاطي المواد المخدرة أو الإفصاح عنها إلا للأغراض التالية بموافقتك، ما لم يُصرح بخلاف ذلك أو يُستتدرك بموجب القانون الفيدرالي.

1. **لأغراض العلاج.** قد نستخدم معلوماتك الصحية الشخصية لتزويدك بالعلاج أو الخدمات الطبية، بما في ذلك في الحالات التالية:
  - إلى الأطباء والمرضى والفنيين وغيرهم من العاملين الذين يشاركون في رعايتك.
  - إلى مقدمي الخدمات الآخرين وشركاء العمل لتنسيق رعايتك، مثل الوصفات الطبية والفحوصات المخبرية والأشعة السينية.
  - إلى مقدم الرعاية الطبية الطارئة أو غيره من مقدمي الرعاية عند نقل رعايتك.
  - للتواصل معك بشأن خيارات العلاج أو لإحالتك إلى مقدم رعاية صحية آخر.
  - إلى الأشخاص خارج حكومة مقاطعة فيرفاكس الذين يقدمون خدمات تتعلق برعايتك، مثل وكالات الرعاية الصحية المنزلية أو مقدمي خدمات الإسكان.

2. **لأغراض المدفوعات.** يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية الشخصية والإفصاح عنها حتى يتم إصدار الفواتير الخاصة بالعلاج والخدمات التي تلقاها وتحصيل المدفوعات منك أو من شركة التأمين أو من طرف ثالث آخر. على سبيل المثال، إذا قمت بتحديد طرف ثالث مسؤول عن الدفع، فقد يتم إرسال فاتورة شهرية إلى ذلك الشخص. قد تشمل أنشطة الدفع أيضاً تحديد الأهلية أو الضرورة الطبية، وإدارة المطالبات، أو الموافقة المسبقة. إذا كنت لا ترغب في أن تتلقى خطة التأمين الصحي الخاصة بك معلومات حول العلاج الذي دفعته ثمنه مقدماً، فراجع "الحق في طلب القيود" في هذا الإشعار.

3. لأغراض عمليات الرعاية الصحية. يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية الشخصية والإفصاح عنها لأغراض عمليات الرعاية الصحية. على سبيل المثال، قد نستخدم المعلومات الصحية الشخصية لمراجعة علاجاتنا وخدماتنا وتقييم أداء موظفينا في رعايتك، ولأنشطة ضمان الجودة والاعتماد والترخيص والتفتيش وبرامج التدريب، ولتحديد المجالات التي يمكننا فيها إجراء تحسينات في الرعاية والخدمات التي نقدمها. قد نقوم أيضًا بدمج المعلومات الصحية الشخصية المتعلقة بالعديد من المرضى لتحديد الخدمات الإضافية التي يجب أن نقدمها، والخدمات غير الضرورية، وما إذا كانت العلاجات الجديدة فعالة. قد نستخدم أيضًا معلومات صحية شخصية مجمعة وغير محددة الهوية لأغراض إعداد التقارير.

4. الأفراد المعنويون برعايتك أو بدفع تكاليف رعايتك. يجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك الصحية الشخصية لأحد أفراد عائلتك أو قريب آخر أو صديق مشارك في رعايتك أو دفع تكاليف الرعاية إذا حصلنا على موافقتك الشفهية على القيام بذلك أو إذا منحناك فرصة للاعتراض على هذا الإفصاح ولم تفعل. في الحالات التي لا تكون فيها قادراً على الاعتراض (لأنك لست حاضراً أو بسبب عجزك أو حالة طبية طارئة)، يجوز لنا، وفقاً لتقديرنا المهني، أن نقرر أن الإفصاح يصب في مصلحتك. في تلك الحالة، سنكشف فقط عن المعلومات الصحية المتعلقة بمشاركة ذلك الشخص في رعايتك أو دفع تكاليف الرعاية.

**B. الاستخدامات والإفصاحات الأخرى المسموح بها والمطلوبة التي قد تتم دون موافقتك أو إنك أو إتاحة الفرصة لك للاعتراض.** يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية الشخصية أو الكشف عنها في الحالات التالية دون موافقتك أو تفويضك أو إتاحة الفرصة لك للاعتراض شفهيًا. لا يجوز لنا استخدام معلوماتك المتعلقة باضطراب تعاطي المواد المخدرة أو الإفصاح عنها إلا للأغراض التالية بموافقتك، ما لم يُصرح بخلاف ذلك أو يُشترط بموجب القانون الفيدرالي.

1. **على النحو الذي يقتضيه القانون.** سنفصح عن معلوماتك الصحية الشخصية عندما يُطلب منا ذلك بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية أو القانون المحلي. على سبيل المثال، للإبلاغ عن الأطفال أو البالغين الذين يقعون ضحايا للإيذاء أو الإهمال أو الاستغلال أو للإبلاغ عن الإصابات الناجمة عن الأسلحة النارية والأسلحة الخطيرة.

2. لأغراض أنشطة الصحة العامة. يجوز لنا الكشف عن معلوماتك الصحية الشخصية لأغراض أنشطة الصحة العامة، بما في ذلك: منع الأمراض أو الإصابات أو الإعاقات أو السيطرة عليها، بما في ذلك إبلاغ الشخص الذي ربما يكون قد تعرض لمرض معدٍ؛ الإبلاغ عن الولادات والوفيات؛ الإبلاغ عن الإعاقات التي تهدد السائقين والطيارين؛ الإبلاغ عن ردود الفعل تجاه الأدوية أو المشاكل المتعلقة بالمنتجات؛ مشاركة إثبات التطعيم مع المدارس؛ الإبلاغ عن عيوب أو عمليات سحب المنتجات؛ وللمراقبة الطبية في مكان العمل والإبلاغ عن الأمراض أو الإصابات المتعلقة بالعمل؛

3. **لجهات إنفاذ القانون.** يجوز لنا الإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية في ظروف محدودة لمسؤول إنفاذ القانون. على سبيل المثال، المعلومات المطلوبة عن مشتبه به أو هارب أو شاهد رئيسي أو شخص مفقود لأغراض تحديد الهوية والموقع؛ لتقديم دليل على سلوك إجرامي في أماكن تابعة للمقاطعة؛ لمسؤول إنفاذ القانون الذي يحتجزك؛ لإبلاغ جهات إنفاذ القانون بارتكاب جريمة في حالات الرعاية الصحية الطارئة أو عند وفاة شخص ما؛ إذا كنت ضحية جريمة عاجزة وقرر مقدم الخدمة أن الإفصاح في الوقت المناسب يصب في مصلحتك؛ إذا كنت ضحية جريمة وتلقيت رعاية طبية طارئة؛ واستجابة لأمر محكمة أو استدعاء أو مذكرة توقيف أو استدعاء أو إجراء مماثل.

4. **لتجنب تهديد خطير للصحة أو السلامة.** لمنع تهديد وشيك وخطير لصحتك وسلامتك أو صحة وسلامة الجمهور أو أي شخص آخر. لكن أي إفصاح سيكون فقط لشخص قادر على المساعدة في منع التهديد أو تقليله.

5. **أنشطة الرقابة الصحية.** يجوز لنا الكشف عن المعلومات الصحية الشخصية لهيئة الرقابة الصحية فيما يتعلق بالأنشطة المصرح بها بموجب القانون. وتشمل أنشطة الرقابة هذه، على سبيل المثال لا الحصر، عمليات التدقيق والتحقق والتفتيش ومنح الاعتمادات، حسب الضرورة للترخيص، ومراقبة نظام الرعاية الصحية والبرامج الحكومية والامتثال لقوانين الحقوق المدنية.

6. محققو الوفيات، ومدبرو الجنازات، والأطباء الشرعيون، والتبرع بالأعضاء. يجوز لنا الكشف عن المعلومات الصحية الشخصية للمحققين الطبيين أو الفاحصين الطبيين أو مدبري الجنازات ولتحديد سبب الوفاة لأداء واجبات أخرى. يجوز استخدام المعلومات الصحية الشخصية والإفصاح عنها لأغراض التبرع بالأنسجة أو الأعضاء.

7. **الإجراءات القضائية والإدارية.** استجابةً لأمر استدعاء أو أمر صادر من محكمة أو هيئة إدارية أو أي إجراء قانوني آخر.

8. **وظائف حكومية متخصصة.** لأغراض الأمن القومي والأنشطة الاستخباراتية، بما في ذلك توفير خدمات الحماية للرئيس أو غيره من الأشخاص المخولين بذلك.

9. **مرافق الإصلاح.** في حالات الاحتجاز التي تنطوي على الرعاية الصحية لأحد النزلاء أو صحة وسلامة الآخرين في المنشأة الإصلاحية.

10. **لأغراض تعويضات العمال.** لتسهيل إدارة المزاي على النحو الذي يسمح به القانون.

11. **لأغراض البحث.** للباحثين عندما يقوم مجلس المراجعة المؤسسية أو مجلس الخصوصية بما يلي: (1) مراجعة مقترح البحث ووضع بروتوكولات لضمان الخصوصية، و (2) الموافقة على البحث. قد تتطلب بعض الأنشطة البحثية موافقتك.

12. **وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الفيدرالية.** في إطار تحقيق بشأن امتثال وكالات مقاطعة فيرفاكس للوائح الفيدرالية.

13. **لأغراض الجيش.** إذا كنت عضواً في القوات المسلحة، فقد نكشف عن المعلومات الصحية الشخصية على النحو المطلوب أو المصرح به بموجب القانون للأنشطة التي تعتبرها سلطات القيادة العسكرية ضرورية وللسلطات العسكرية الأجنبية بشأن الأفراد العسكريين الأجانب.

**C. شخص مخول باتخاذ القرارات نيابة عنك.** يجوز لنا الكشف عن معلومات الصحة الشخصية ومعلومات اضطراب تعاطي المواد لأولئك المخولين قانوناً باتخاذ القرارات نيابة عنك، مثل الوكيل المعين بموجب توجيه مسبق، أو الممثل الشخصي، أو الوصي.

**D. الإفصاح عن معلومات اضطراب تعاطي المواد المخدرة.** يسمح قانون الولايات المتحدة رقم 42، القسم 290dd-2، واللوائح التنفيذية له، بالإفصاح عن معلومات اضطراب تعاطي المواد المخدرة دون إنك، وذلك للأغراض التالية: الإبلاغ عن إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم والجرائم التي تُرتكب في أماكن برنامج الجزء 2 أو ضد موظفي برنامج الجزء 2؛ تزويد الطاقم الطبي بمعلومات عن حالات الطوارئ الطبية الحقيقية؛ إجراء البحوث العلمية في ظل ظروف محددة؛ إجراء عمليات التدقيق والتقييم لبرنامج الجزء 2؛ أغراض الصحة العامة إذا تم إخفاء هوية المعلومات؛ وتزويد جهة لديها سيطرة إدارية مباشرة على مجلس خدمات الأطفال.

**E. إلى شركاء العمل.** قد نشارك معلوماتك الصحية الشخصية ومعلومات اضطراب تعاطي المواد مع شركاء العمل ومنظمات الخدمات المؤهلة (المقاولين أو وكالات مقاطعة فيرفاكس الأخرى) الذين يقدمون خدمات للوكالات المشمولة بقانون HIPAA في المقاطعة. يُطلب منهم حماية معلوماتك وإخطارنا بأي انتهاكات.

F. يجب عليهم حماية معلوماتك وتذكيرنا بأي طريقة. نحن مطالبون بالحصول على إذنك لاستخدام أو الكشف عن معلوماتك الصحية الشخصية لأي سبب آخر غير العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية والفئات الموضحة أعلاه. بالنسبة لجميع عمليات الإفصاح الأخرى عن المعلومات الصحية الشخصية، سنطلب منك إكمال تفويض يحدد المعلومات التي يمكن مشاركتها ويتم توقيعها من قبلك أو من قبل ممثلك القانوني. بشكل عام، يلزم الحصول على موافقتك لكي تتمكن من الكشف عن بعض ملاحظات العلاج النفسي، أو بيع معلوماتك الصحية الشخصية، أو الكشف عنها لأغراض التسويق. باستثناء الأغراض الموضحة في (د) أعلاه، فإن تفويضك مطلوب بشكل عام للكشف عن معلومات اضطراب تعاطي المواد المخدرة لديك. إذا قمت بتقديم تفويض واحد لجميع الاستخدامات أو الإفصاحات المستقبلية لأغراض العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية، فإن معلومات اضطراب تعاطي المواد التي تم الكشف عنها لبرنامج الجزء 2 أو الكيان المشمول أو الشريك التجاري بموجب تفويضك يجوز الكشف عنها بشكل أكبر من قبل برنامج الجزء 2 أو الكيان المشمول أو الشريك التجاري مثل المعلومات الصحية الشخصية على النحو المسموح به بموجب قانون HIPAA (أ) و (ب) أعلاه.

باستثناء ما هو منصوص عليه صراحة في تفويضك أو أمر محكمة 290dd-2 USC، لا يمكن استخدام معلومات اضطراب تعاطي المواد المخدرة في أي إجراء مدني أو جنائي أو إداري أو تشريعي ضدك. لن يتم الكشف عن السجلات إلا بناءً على أمر من المحكمة بعد إخطار الأطراف المعنية وإتاحة الفرصة لهم للاستماع إليهم. يجب أن يكون أمر المحكمة مصحوباً بأمر استدعاء أو أي تفويض قانوني مماثل آخر يلزم بالإفصاح قبل استخدام السجل أو الكشف عنه.

يمكنك إلغاء التفويض الموقع كتابياً عن طريق الاتصال بمسؤول الخصوصية المختص المدرج أدناه. إذا قمت بإلغاء تفويضك، فلن نكشف معلوماتك بموجب التفويض، ولكننا لن نتمكن من استعادة أي إفصاحات قمنا بها بالفعل.

## حقوقك

يمكنك ممارسة الحقوق التالية فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية الشخصية ومعلومات اضطراب تعاطي المواد المخدرة من خلال طلب كتابي إلى مسؤول الخصوصية في الوكالة المختصة المدرجة أدناه.

يحق لك الاطلاع على سجلاتك أو طلب نسخ منها كتابياً. سنقوم بتوفير السجلات بالشكل والتنسيق المطلوبين، إذا كان ذلك ممكناً بسهولة. يمكنك أن تطلب منا إرسال نسخة من سجلك إلى طرف ثالث إذا كان الطلب موقفاً كتابياً، ويحدد بوضوح مكان إرسال السجل ولمن يتم إرساله. قد يتم تحصيل رسوم منك للحصول على نسخ من سجلاتك. إذا رفضنا الوصول إلى سجلاتك في حالة محدودة، فسوف نتلقى إشعاراً كتابياً في الوقت المناسب بالقرار والسبب.

يحق لك طلب تعديل سجلاتك إذا كنت تعتقد أن المعلومات الواردة في السجل غير دقيقة أو غير كاملة. يجب عليك تقديم سبب لدعم الطلب. سيتم تزويدك برد كتابي في غضون 60 يوماً.

يحق لك الحصول على بيان بالإفصاحات عن المعلومات الصحية الشخصية، ولكن البيان لن يشمل جميع الإفصاحات (مثل تلك التي تمت لأغراض العلاج). يجب أن يحدد طلبك فترة زمنية للإفصاحات، والتي لا يجوز أن تتجاوز ست (6) سنوات قبل تاريخ الطلب.

يحق لك الحصول على بيان تفصيلي بالإفصاحات المتعلقة بمعلومات اضطراب تعاطي المواد المخدرة التي تم إجراؤها بموجب تفويض، بما في ذلك إلى وسيط، لمدة ثلاث (3) سنوات.

يحق لك طلب تقييد استخدام أو الكشف عن معلوماتك الصحية الشخصية أو معلومات اضطراب تعاطي المواد المخدرة. نحن ملزمون بالموافقة على طلبك لفرض قيود إذا كان الإفصاح خطة صحية لفرض تنفيذ عمليات الدفع أو الرعاية الصحية ولم يكن مطلوباً بموجب القانون بخلاف ذلك، وإذا كان التقييد ينطبق على المعلومات الصحية الشخصية أو معلومات اضطراب تعاطي المواد التي تتعلق فقط بالخدمات أو العناصر التي دفعت ثمنها بالكامل من جيبك الخاص. أما بالنسبة لجميع الطلبات الأخرى، فليس على الوكالة أن توافق على التقييد إذا لم يكن ذلك مطلوباً بموجب القانون، ولكنها ستخاطرك إذا كانت قادرة على الالتزام بالتقييد المطلوب.

يحق لك أن تطلب منا التواصل معك بطريقة معينة (على سبيل المثال، عن طريق البريد أو البريد الإلكتروني، أو في مكتبك). سنلبي الطلبات المعقولة.

يحق لك اختيار عدم تلقي رسائل جمع التبرعات.

## تغييرات في ممارسات الخصوصية

تحفظ مقاطعة فيرفاكس بالحق في تغيير سياسة الخصوصية الخاصة بنا وأي من ممارسات الخصوصية الخاصة بنا في أي وقت، وفقاً لما يسمح به القانون الفيدرالي وقانون الولاية، وجعل التغيير ساري المفعول لجميع المعلومات الصحية الشخصية التي نحفظها.

سيتم نشر إشعار منقح بشأن ممارسات الخصوصية وسيكون متاحاً في مناطق خدماتنا وعلى الموقع الإلكتروني: مقدمة عن خدمات مجلس الخدمات المجتمعية والتقييم | مجلس الخدمات المجتمعية. يمكن أيضاً طلب نسخة من موظف الاستقبال في العيادة أو مسؤول الخصوصية في الوكالة.

## الشكاوى

إذا كنت تعتقد أن حقوقك في الخصوصية قد تم انتهاكها، فيمكنك تقديم شكوى خطية إلى مسؤول الامتثال لقانون HIPAA التابع لحكومة مقاطعة فيرفاكس، أو مسؤول الخصوصية التابع لقانون HIPAA في الوكالة المعنية، أو إلى إدارة الصحة والخدمات الإنسانية عبر الموقع الإلكتروني [www.fairfaxcounty.gov/hipaa](http://www.fairfaxcounty.gov/hipaa). لتقديم شكوى إلى وكالة معينة، يمكنك الاتصال بمسؤول الخصوصية أدناه من الاثنين إلى الجمعة خلال ساعات العمل. لن نتخذ أي إجراء ضدك بسبب تقديم شكوى.

## معلومات الاتصال

- مسؤول الامتثال لقانون HIPAA في مقاطعة فيرفاكس، Government Center Parkway Suite 533, Fairfax County 12000، هاتف: 2164-324-703، ولضعاف السمع 711 (TTY)، البريد الإلكتروني: [hipaacomplianceofficer@fairfaxcounty.gov](mailto:hipaacomplianceofficer@fairfaxcounty.gov) أو الموقع الإلكتروني: [www.fairfaxcounty.gov/hipaa](http://www.fairfaxcounty.gov/hipaa)
- إدارة السجلات الطبية 8221, Willow Oaks Corporate Drive, Suite 508, Fairfax, VA 22031

## إقرار باستلام هذا الإشعار

قد يُطلب منك التوقيع على أنك استلمت هذا الإشعار. إذا اخترت عدم التوقيع، فستستمر مقاطعة فيرفاكس في تقديم الرعاية الصحية لك، ولن تتأثر حقوقك الموضحة في هذا الإشعار.



يلتزم مجلس خدمات المجتمع بعدم التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي (بما في ذلك محدودية إتقان اللغة الإنجليزية واللغة الأساسية) أو الجنس أو العمر أو الإعاقة في خدمات المقاطعة التي يغطيها هذا البرنامج الوطني للسياسة العامة. سيتم توفير التسهيلات المناسبة عند الطلب. للحصول على معلومات، اتصل بفريق الاتصالات في CSB على الرقم 8500-383-703، أو أرسل بريداً إلكترونياً إلى [csbcommunications@fairfaxcounty.gov](mailto:csbcommunications@fairfaxcounty.gov).