

## معلوماتك. حقوقك. مسؤولياتنا.

إشعار ممارسات الخصوصية  
إدارة الخدمات المجتمعية والإنسانية التابعة لمقاطعة كينغ

تاريخ السريان: 16 فبراير، 2026

يصف هذا الإشعار كيفية استخدام معلوماتك الطبية والإفصاح عنها:

- كيفية استخدام معلوماتك الصحية والإفصاح عنها
- حقوقك فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية
- كيفية تقديم شكوى بخصوص انتهاك خصوصية معلوماتك الصحية أو أمانها، أو بخصوص انتهاك حقوقك فيما يتعلق بالمعلومات

تُرجى مراجعته بعناية.

لديك الحق في الحصول على نسخة من هذا الإشعار (في شكل نموذج ورفي أو إلكتروني) وفي مناقشته مع مسؤول الخصوصية في إدارة الخدمات المجتمعية والإنسانية التابعة لمقاطعة كينغ عبر الهاتف 206-263-6920 والبريد الإلكتروني [DCHS\\_Privacy@kingcounty.gov](mailto:DCHS_Privacy@kingcounty.gov) إذا كانت لديك أي أسئلة.



King County

### القسم 1: حقوقك فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية

عند الحديث عن معلوماتك، تكفل لك حقوق معينة. يشرح هذا القسم حقوقك وبعض مسؤولياتنا لمساعدتك.

#### الحصول على نسخة من معلوماتك الصحية

- يمكنك طلب الاطلاع أو الحصول على نسخة من معلوماتك الصحية التي نحتفظ بها عنك. اسألنا عن كيفية القيام بهذا.
- سوف نرُودك بنسخة أو ملخص لمعلوماتك الصحية، وعادةً ما يكون هذا في غضون 30 يومًا من تاريخ تقديم طلبك.

#### مطالبتنا بتصحيح معلوماتك الصحية

- يمكنك مطالبتنا بتصحيح معلوماتك الصحية إذا كنت تعتقد أنها غير صحيحة أو غير مكتملة. اسألنا عن كيفية القيام بهذا.
- قد نرفض طلبك، ولكننا سنخبرك كتابيًا بسبب ذلك في غضون 60 يومًا.

#### طلب مراسلات سرية

- يمكنك مطالبتنا بالتواصل معك بطريقة معينة (على سبيل المثال من خلال هاتف المنزل أو المكتب) أو مراسلتك بالبريد العادي على عنوان تختاره.
- سوف نراعي كل الطلبات المعقولة، وسنقبلها إذا أخبرتنا أنك ستكون في خطر إذا لم نفعل ذلك.

#### مطالبتنا بتقييد المعلومات التي نستخدمها أو نشرها

- يمكنك مطالبتنا بعدم استخدام معلوماتك الصحية أو مشاركتها لأغراض العلاج، أو السداد، أو تيسيراً لعملياتنا. لسنا مُطالبين بالموافقة على طلبك، وقد نرفضه إذا كان سيؤثر في الرعاية التي تحصل عليها.
- لا يمكننا مشاركة معلومات اضطراب تعاطي المخدرات الخاصة بك لأغراض العلاج أو السداد من دون الحصول على موافقة خطية منك.

### الحصول على قائمة بالجهات التي شاركنا معلوماتك معها

- يمكنك طلب الحصول على قائمة (تسمى "المحاسبة") بالمرات التي شاركنا فيها معلوماتك الصحية على مدار ستة أعوام قبل تاريخ تقديم طلبك، وبالجهات التي شاركنا تلك المعلومات معها، وسبب مشاركتها.
- سوف ندرج في هذه القائمة كل المرات التي شاركنا فيها معلوماتك، باستثناء تلك المرات المتعلقة بالإجراءات الروتينية للعلاج، والسداد، والرعاية الصحية.

- طلب حالات الإفصاح المُجرأة بواسطة المؤسسات الأخرى المنخرطة في رعايتك الحالية والمستقبلية بشأن اضطراب تعاطي المخدرات**
- لديك الحق في طلب الحصول على قائمة بالمرات التي شاركنا فيها معلومات اضطراب تعاطي المخدرات الخاصة بك، وذلك لغرض إجراءات العلاج، أو السداد، أو الرعاية الصحية. يمكن لهذه القائمة أن تشمل ما يصل إلى ثلاثة أعوام قبل تاريخ قيامك بتقديم طلبك، وسوف تضم الجهات التي شاركنا المعلومات معها وسبب ذلك.

### الحصول على نسخة من إشعار الخصوصية هذا

- يمكنك طلب الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار في أي وقت، حتى إذا كنت قد وافقت على تلقي الإشعار بصورة إلكترونية. وسوف نرودك حينها بنسخة ورقية.

### اختيار شخص لينوب عنك

- إذا كنت قد منحت شخصاً ما توكيلاً رسمياً عنك بشأن الرعاية الصحية، أو إذا كان شخص ما بمنزلة وصيك القانوني، فبمقدوره أن يتخذ قرارات بشأن معلوماتك الصحية.
- سنتأكد من أن الشخص المعني لديه هذا التوكيل ولديه سلطة التصرف بالنيابة عنك قبل أن نتخذ أي إجراء.

### تقديم شكوى إذا رأيت أن حقوقك قد تعرضت للانتهاك

- يمكنك تقديم شكوى إذا رأيت أننا انتهكنا حقوقك، وذلك من خلال إرسال خطاب إلى العنوان: Attn: Privacy Officer، 401 Fifth Avenue, Suite 500, Seattle, WA 98104، أو تقديم شكوى لدى مكتب وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية المعني بالحقوق المدنية من خلال إرسال خطاب إلى العنوان: 200 Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20201، أو الاتصال على رقم 1-877-696-6775، أو زيارة الرابط [/www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints).
- نلتزم بعدم الانتقام منك بسبب تقديمك شكوى.

## القسم 2: حالات الاستخدام والإفصاح من طرفنا: كيف نستخدم معلوماتك الصحية أو نشاركها عادةً؟

### المساعدة على إدارة العلاج الذي تتلقاه عبر الرعاية الصحية

- يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية ومشاركتها مع الاختصاصيين الذين يعالجونك، أو ينسقون رعايتك الصحية، أو يقدمون المساعدة لك بخصوص ترتيب السكن (إذا لم يكن لديك مسكن).
- مثال: يرسل إلينا مقدم خدمات الرعاية معلومات عن خدماتك العلاجية بحيث يمكننا ترتيب أمور التغطية التأمينية أو التنسيق لتوفير خدمات إضافية.
- نلتزم بعدم الانتقام منك بسبب تقديمك شكوى.

### إدارة مؤسستنا

- يجوز لنا استخدام معلوماتك والإفصاح عنها لنتمكن من تقديم الخدمات على نحو فعال.
- مثال: قد نراجع معلوماتك للتحقق من مدى فعالية الخدمات التي نقدمها وللعثور على طرق لتحسين طريقتنا في تقديم الرعاية.

## سداد مقابل الخدمات الصحية التي تتلقاها

- يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية والإفصاح عنها لأغراض سداد مقابل الخدمات الصحية التي تتلقاها. مثال: نشارك المعلومات الخاصة بك مع إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية في ولاية واشنطن ومع هيئة الرعاية الصحية لغرض سداد مقابل الخدمات التي تحصل عليها.

### القسم 3: حالات الاستخدام والإفصاح من طرفنا: ما الطرق الأخرى التي يمكننا استخدام معلوماتك الصحية أو مشاركتها بها؟

يجوز لنا أو يجب علينا مشاركة معلوماتك بطرق أخرى. عادةً ما يكون ذلك بطرق تحقق الصالح العام، مثل الصحة العامة والأبحاث. وتجب علينا تلبية العديد من الشروط حسب أحكام القانون قبل أن نتمكن من مشاركة معلوماتك لهذه الأغراض. لمزيد من المعلومات، تفضل بالاطلاع على: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

#### المساعدة بخصوص مشكلات الصحة والسلامة العامة

تجوز لنا مشاركة المعلومات الصحية الخاصة بك في حالات معينة، مثل:

- الوقاية من المرض.
- الإبلاغ عن حالات الاشتباه في إساءة المعاملة، أو الإهمال، أو العنف المنزلي.
- الوقاية من تهديد خطير تجاه صحة أي شخص أو سلامته، أو التقليل من آثار ذلك.

#### للأغراض البحثية

يجوز لنا استخدام معلوماتك أو مشاركتها لأغراض الأبحاث الصحية.

#### الامتثال للقانون

سنشارك معلوماتك إذا كانت القوانين في الولاية أو القوانين الفيدرالية تقتضي ذلك، بما في ذلك مع إدارة الخدمات الصحية والإنسانية (DHHS)، وذلك إذا كانت إدارة DHHS ترغب في التحقق من امتثالنا لقانون الخصوصية الفيدرالي.

#### التعامل مع تعويض العاملين، وإنفاذ القانون، والطلبات الحكومية الأخرى

يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية الخاصة بك أو مشاركتها:

- لأغراض دعاوى تعويض العاملين.
- لأغراض إنفاذ القانون أو مع مسؤول إنفاذ القانون المعني، وذلك في ظروف محدودة فقط.
- مع وكالات الرقابة الصحية للأنشطة المصرح بها بموجب القانون.

#### الاستجابة للدعاوى القضائية والإجراءات القانونية

تجوز لنا مشاركة معلوماتك الصحية استجابة لأمر قضائي أو إداري، أو استجابة لمذكرة جلب مستندات.

#### حالات الاستخدام والإفصاح الأخرى

لن يتم تنفيذ أي حالات استخدام وإفصاح أخرى غير المذكورة في هذا الإشعار إلا بتفويض خطي منك.

### القسم 4: حالات الاستخدام والإفصاح من طرفنا بخصوص معلومات اضطراب تعاطي المخدرات

تتم حماية سرية معلومات اضطراب تعاطي المخدرات من خلال لوائح أكثر صرامة مقارنةً باللوائح الخاصة بالمعلومات الصحية الأكثر عمومية. على سبيل المثال، لا يمكننا مشاركة معلومات اضطراب تعاطي المخدرات الخاصة بك لأغراض العلاج، أو السداد، أو لإدارة مؤسستنا من دون الحصول على موافقة خطية منك.

- يمكنك منح موافقة واحدة تغطي جميع حالات الاستخدام أو الإفصاح المستقبلية عن معلوماتك لغرض إجراءات العلاج، والسداد، والرعاية الصحية.
- يمكنك إلغاء موافقتك في أي وقت عن طريق إخطارنا كتابياً. وسيسري الإلغاء فور استلامنا إياه. ومع ذلك، لن يؤدي إلى تغيير أو التراجع عن أي استخدام أو إفصاح تم بالفعل بناءً على موافقتك السابقة.
- حتى عند مشاركة معلوماتك بموافقتك، يجب على أي شخص يتلقاها أن يلتزم بقواعد السرية نفسها. ولا يمكن مشاركتها مرة أخرى من دون إذن منك.

### حالات الإفصاح من دون موافقة

يسمح لنا القانون الفيدرالي أو يقتضي منا مشاركة معلومات اضطراب تعاطي المخدرات الخاصة بك، حتى من دون موافقتك الخطية، وذلك في الحالات التالية:

- مع الطاقم الطبي المعني في أثناء حالة طوارئ طبية
- مع السلطات عند الإبلاغ عن اشتباه في إساءة معاملة طفل أو إهماله
- للإبلاغ عن نشاط إجرامي مشتبه فيه
- لأغراض الأبحاث، أو عمليات التدقيق، أو التقييمات
- عند الاقتضاء بموجب أمر قضائي
- عند العمل لدى منظمة خدمات مؤهلة بموجب اتفاقية معتمدة

لن يتم استخدام معلومات اضطراب تعاطي المخدرات الخاصة بك أو الإفصاح عنها لأغراض أخرى غير مذكورة في هذا الإشعار إلا بموافقة خطية منك.

### وسائل الحماية ضد استخدام معلوماتك في الدعاوى القانونية:

- لا يمكن استخدام معلومات اضطراب تعاطي المخدرات الخاصة بك - أو أي شهادة تستند إليها - ضدك في المحكمة من دون موافقتك الخطية الصريحة أو أمر من المحكمة.
- إذا تلقينا أمراً من المحكمة، فعلينا إخطارك وإعطائك فرصة للطعن فيه.
- يجب أن يكون أمر المحكمة مصحوباً بمذكرة جلب مستندات لإنفاذ أمر الإفصاح عن المعلومات.

### القسم 5: مسؤولياتنا

#### خصوصية معلوماتك الصحية وأمانها

- نحن ملزمون بموجب القانون بالحفاظ على خصوصية معلوماتك الصحية وأمانها.
- سنبلغك على الفور في حال حدوث خرق للبيانات من شأنه تعريض خصوصية معلوماتك أو أمانها للخطر. وسيتم إبلاغ السلطات المختصة عن انتهاكات القوانين واللوائح الفيدرالية، وذلك وفقاً للوائح الفيدرالية ذات الصلة.
- يجب علينا الالتزام بواجبات وممارسات الخصوصية الموضحة في هذا الإشعار وتزويدك بنسخة منه.
- لن نستخدم معلوماتك أو نشاركها بطريقة أخرى بخلاف ما هو موضح في هذا المستند ما لم تصرّح لنا بذلك خطياً. وإذا صرّحت لنا بذلك، فيمكنك تغيير رأيك في أي وقت. يُرجى إخبارنا بصورة خطية إذا غيرت رأيك.

#### إعادة الإفصاح:

- بمجرد مشاركة معلوماتك، قد تتم إعادة الإفصاح عن بعضٍ منها من قِبَل الجهة المستلمة وقد لا تحظى بقواعد الحماية نفسها بعد ذلك.

### التغييرات في بنود هذا الإشعار

يجوز لنا تغيير بنود هذا الإشعار، وستسري التغييرات على كل المعلومات المحفوظة لدينا عنك. وسيكون الإشعار الجديد متاحًا عند الطلب وعلى موقعنا الإلكتروني، وسنرسل نسخةً منه إليك بالبريد العادي.

### القسم 6: معلومات إضافية

لمزيد من المعلومات، يُرجى الاطلاع على:

- [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)
- [HHS.gov](http://HHS.gov) | [نشرة الحقائق: القاعدة النهائية للجزء 2 من الباب 42 من قانون اللوائح الفيدرالية | HHS.gov](http://HHS.gov)

إدارة الخدمات المجتمعية والإنسانية التابعة لمقاطعة كينغ

مسؤول الخصوصية 263-6920-(206)

Fifth Avenue Suite 500, Seattle, WA 98104 401

البريد الإلكتروني: [DCHS\\_Privacy@kingcounty.gov](mailto:DCHS_Privacy@kingcounty.gov)