

## إشعار بخصوص ممارسات الخصوصية

تاريخ السريان: 15 نوفمبر، 2017

يوضح هذا الإشعار طريقة استخدام معلوماتك الطبية والكشف عنها وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. لذا يُرجى مراجعة هذا الإشعار بعناية.

إننا ملزمون بموجب القانون بأن نحمي خصوصية المعلومات الصحية التي قد تكشف عن هويتك وأن نقدم لك نسخة من هذا الإشعار الذي يوضح واجباتنا القانونية وممارسات الحفاظ على خصوصية المعلومات الصحية التي يتبعها مركز سوني داونستيت الطبي (SUNY Downstate Medical Center) وطاقمه الطبي ومقدمو الرعاية الصحية التابعون له الذين يقدمون خدمات الرعاية الصحية بالاشتراك مع مركز سوني داونستيت الطبي. وسيتم دائماً لصق نسخة من إشعارنا الحالي في مناطق التسجيل الخاصة بنا. كما سيمكنك الحصول أيضاً على النسخ الخاصة بك عن طريق الدخول إلى موقعنا التالي على الويب [www.downstate.edu](http://www.downstate.edu)، أو الاتصال بقسم إدخال المرضى المختص أو طلب الحصول على نسخة عند زيارتك القادمة. يمكنك طلب نسخة مطبوعة من هذا الإشعار في أي وقت، حتى في حالة موافقتك من قبل على استلام نسخة إلكترونية منه.

إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذا الإشعار أو تود الحصول على مزيد من المعلومات، فيُرجى الاتصال بأحد مندوبي علاقات المرضى. ويمكن الاتصال بقسم علاقات المرضى الخاص بمركز سوني داونستيت الطبي على الرقم التالي: 718-270-1111.

### من عليه الالتزام بهذا الإشعار؟

يقدم مركز سوني داونستيت الطبي الرعاية الصحية للمرضى بالاشتراك مع الأطباء وغيرهم من مهنيي ومنظمات الرعاية الصحية. والجهات التالية ملزمة بسياسات الخصوصية الموضحة في هذا الإشعار:

1. جميع الموظفين أو الطاقم الطبي أو المتدربين أو الطلاب أو المتطوعين في:

- مستشفى بروكلين الجامعي بمركز سوني داونستيت الطبي وجميع أقسام خدمات الدعم التابعة له؛
- شركة الأطباء الجامعيين ببروكلين (المعروفة باسم (University Physicians of Brooklyn, Inc. (UPB)) توفير الرعاية مركز سوني داونستيت الطبي.
- مؤسسة البحوث التابعة لسونست (SUNY Research Foundation).

2. أي شركاء في أعمال مركز سوني داونستيت الطبي (والموضحين تفصيلاً أدناه).

### الأذون الموضحة في هذا الإشعار

يوضح هذا الإشعار الأنواع المختلفة للأذون التي سنحصل عليها منك قبل استخدامنا لمعلوماتك الصحية أو الكشف عنها لأغراض متعددة. فيما يلي نوعان من الأذون المشار إليهما في هذا الإشعار:

- الإذن الأول يُسمّى “فرصة للاعتراض” (opportunity to object) الذي يلزم علينا تقديمه لك قبل استخدامنا لمعلوماتك الصحية أو الكشف عنها لأغراض معينة.
- ويتمثل النوع الثاني في “الإذن الكتابي” الذي يوفر لك معلومات تفصيلية عن الأشخاص الذين قد يحصلون على معلوماتك الصحية والأغراض المحددة التي من أجلها قد يتم استخدام معلوماتك الصحية أو الكشف عنها. لا يُسمح لنا سوى باستخدام معلوماتك الصحية والكشف عنها كما هو موضح في الإذن الكتابي وبالطرق الموضحة في نموذج الإذن الكتابي الذي قمت بتوقيعه. وسيتضمن الإذن الكتابي تاريخ انتهاء سريانه.

## معلومات موجزة مهمة

شرط الإذن الكتابي. معظم استخدامات ملاحظات العلاج النفسي أو الكشف عنها أو كشف واستخدام معلوماتك الصحية لأغراض تسويقية أو الكشف عنها بما ينطوي على بيع معلوماتك الصحية يتطلب إذنًا كتابيًا منك قبل ذلك الاستخدام أو الكشف. كما يُمنع أي استخدام لمعلوماتك الصحية أو الكشف عنها بخلاف ما هو موضح في هذا الإخطار إلا بموجب تصريح كتابي منك. ويجوز لك أيضًا أن تطلب نقل سجلاتك لشخص آخر من خلال إكمال نموذج إذن كتابي. إذا قدمت إلينا إذنًا كتابيًا، فيجوز لك إلغاؤه في أي وقت ويستثنى من ذلك القدر الذي اعتمدنا عليه سلفًا. إن كنت ترغب في إلغاء إذن كتابي، فيرجى الاتصال بقسم إدارة المعلومات الصحية على الرقم التالي 718-270-1845 للحصول على نماذج الاستمارات المطلوبة.

**استثناءات شرط الإذن الكتابي.** ثمة بعض الحالات التي لا نحتاج فيها إلى إذن كتابي منك قبل استخدام معلوماتك الصحية أو مشاركتها مع آخرين. وهذه الحالات هي:

- **الاستثناء من أجل العلاج وسداد الأموال وإجراءات العمل.** يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية والكشف عنها لمعالجة حالتك أو جمع المبالغ المستحقة على ذلك العلاج أو تنفيذ إجراءات العمل الخاصة بنا. وفي بعض الحالات، يجوز لنا أيضًا الكشف عن معلوماتك الصحية لجهة أخرى تقدم الرعاية الصحية أو من يقوم بأنشطة السداد الخاصة بتلك الجهة أو تنفيذ بعض إجراءات العمل الخاصة بها. لمزيد من المعلومات، انظر صفحة I.1 من هذا الإشعار.
- **الاستثناء من أجل تضمين المعلومات في دليل المرضى والكشف عنها للعائلة والأصدقاء المرتبطين برعايتك.** سنسألك عما إذا كان لديك أي اعتراض على تضمين معلومات تخصك في دليل المركز أو مشاركة أي معلومات عن صحتك مع أصدقائك وأقاربك المشاركين في رعايتك. لمزيد من المعلومات، انظر قسم I.2 من هذا الإشعار.
- **الاستثناء في الحالات الطارئة أو الحاجة العامة.** يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية أو الكشف عنها في أي حالة طارئة أو لتلبية احتياجات عامة مهمة. فعلى سبيل المثال، يجوز لنا مشاركة معلوماتك مع مسؤولين مخولين في قطاع الصحة العامة بالتحقيق في انتشار الأمراض ومكافحتها في دائرة الصحة في ولاية أو مدينة نيويورك. لمزيد من المعلومات، انظر قسم I.3 من هذا الإشعار.
- **الاستثناء في حالة حذف المعلومات التي من شأنها تحديد الهوية بصورة كلية أو جزئية.** يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية أو الكشف عنها طالما أننا حذفنا أي معلومات قد تحدد هويتك بحيث تكون معلوماتك الصحية “غير كاشفة لهويتك إطلاقاً”. كما يجوز لنا استخدام المعلومات “غير الكاشفة لهويتك جزئياً” والكشف عنها إذا وافق الشخص الذي سيحصل على المعلومات كتابيًا على حماية خصوصية تلك المعلومات. لمزيد من المعلومات، يرجى مراجعة القسم I.4 من هذا الإشعار.

**السجلات الصحية الإلكترونية وتبادل المعلومات الصحية.** يستخدم DMC سجل الصحة الإلكتروني لتخزين واسترجاع الكثير من المعلومات الصحية الخاصة بك. يعد أحد مزايا سجل الصحة الإلكترونية الخاص بـ DMC هو القدرة على مشاركة وتبادل المعلومات الصحية بين موظفي DMC وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية المجتمعية الذين يشاركون في رعايتك. عندما ندخل معلوماتك في السجل الصحي الإلكتروني، يمكن نقل هذه المعلومات، كما يسمح القانون، وذلك باستخدام قواعد البيانات السريرية المشتركة وتبادل المعلومات الصحية (HIEs). قد نتلقى أيضًا معلومات عنك من مقدمي الرعاية الصحية الآخرين المشاركين في رعايتك باستخدام قواعد البيانات المشتركة هذه أو HIEs. شبكة المعلومات الصحية على مستوى الولاية في نيويورك (SHIN-NY) هي تبادل المعلومات الصحية لولاية نيويورك. قد نسعى للحصول على موافقتك للوصول إلى المعلومات الطبية من مقدمي الخدمات الصحية الآخرين المتاحة على SHIN-NY. لمزيد من المعلومات حول SHIN-NY، يرجى زيارة <https://www.nyehealth.org>.

**كيفية التعرف على الآخرين الذين حصلوا على معلوماتك الصحية.** يحق لك أن تطلب منا الاتصال بك بطريقة تراعي سريتك وتحفظها، على سبيل المثال الاتصال بك في المنزل بدلاً من العمل. لن يحتوي هذا البيان على الكثير من حالات الكشف عن المعلومات الروتينية التي نقوم بها ولكنه سيحدد الكثير من الحالات غير الروتينية للكشف عن معلوماتك.

**كيفية طلب قيود إضافية لحماية الخصوصية.** يحق لك طلب قيود إضافية على الطريقة التي نستخدم بها معلوماتك الصحية أو نشاركها مع آخرين. إلا أننا لسنا ملزمين بالموافقة على التقييد الذي تطلبه، ولكن في حالة موافقتنا، فسوف نلتزم بهذا الاتفاق.

**كيفية طلب إجراء اتصالات أكثر سرية.** يحق لك الحصول على "بيان بحالات الكشف" يبين الأشخاص أو المؤسسات المحددة التي كشفنا لها عن معلوماتك الصحية وفقاً لشروط الحماية المبينة في إشعار ممارسات الخصوصية المشار إليه هنا. العديد من حالات الكشف الروتينية التي نقوم بها لن يتم تضمينها في هذا البيان، ولكن البيان سوف يحدد العديد من حالات الكشف غير الروتينية لمعلوماتك. لمزيد من المعلومات، يرجى مراجعة القسم II.3 من هذا الإشعار.

**كيفية طلب حماية خصوصية إضافية.** لديك الحق في طلب المزيد من القيود على الطريقة التي نستخدم بها معلوماتك الصحية أو مشاركتها مع الآخرين. نحن غير مطالبين بالموافقة على القيود التي تطلبها، ولكن إذا قمنا بذلك، فسوف نكون ملتزمين باتفاقنا. ومع ذلك، إذا طلبت قيود على الكشف عن معلوماتك الصحية إلى جهة الدفع عن عمليات الدفع أو الرعاية الصحية، والكشف يتعلق ببند أو خدمة الرعاية الصحية التي دفعتها (أو شخص آخر نيابة عنك) بشكل نقدي بالكامل في ذلك الوقت أثناء طلبك، نحن مطالبون بموجب القانون بالموافقة على القيود الخاصة بك. لمزيد من المعلومات، يرجى الاطلاع على القسم II.4 من هذا الإشعار.

**كيفية طلب المزيد من الاتصالات السرية.** لديك الحق في طلب أن نتصل بك بطريقة أكثر سرية بالنسبة لك، كما هو الحال في المنزل بدلاً من العمل. سنحاول استيعاب جميع الطلبات المعقولة. لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى القسم II.5 من هذا الإشعار.

**كيف يمكن لشخص ما التصرف نيابة عنك.** لك الحق في تسمية ممثل شخصي يمكنه التصرف نيابة عنك للتحكم في خصوصية معلوماتك الصحية. وللوالدين والأوصياء عمومًا الحق في التحكم في خصوصية المعلومات الصحية عن القصر ما لم يسمح للفاصلين بموجب القانون بالتصرف نيابة عنهم.

**كيفية معرفة الحميات الخاصة بالإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) وتعاطي الكحول والمواد المخدرة، والصحة النفسية والمعلومات الوراثية.** وتطبق حماية الخصوصية الخاصة على المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز HIV)، ومعلومات علاج تعاطي الكحول والمواد المخدرة، ومعلومات الصحة العقلية، والمعلومات الوراثية. قد لا تنطبق بعض أجزاء هذا الإشعار العام لممارسات الخصوصية على هذه الأنواع من المعلومات. إذا كان علاجك يتضمن هذه المعلومات، فسيتم تزويدك بإشعارات منفصلة توضح كيفية حماية المعلومات. لطلب نسخ من هذه الإشعارات الأخرى، يرجى الاتصال بإدارة القبول على الرقم 718-270-2862.

**كيفية الحصول على نسخة من الإشعار المنقح.** قد نقوم بتغيير ممارسات الخصوصية من وقت لآخر. إذا قمنا بذلك، فسوف نقوم بتنقيح هذا الإشعار حتى يكون لديك ملخص دقيق لممارساتنا. سيتم تطبيق الإشعار المنقح على جميع المعلومات الصحية الخاصة بك. سنقوم بنشر أي إشعار منقح في أماكن التسجيل لدينا. كما سنقدم لك نسخة خاصة بك من الإشعار المنقح عند الطلب. سيشار دائماً إلى التاريخ الفعلي للإشعار في الركن العلوي الأيسر من الصفحة الأولى. ونحن مطالبون بالالتزام بشروط الإشعار الساري حالياً.

**كيفية إبلاغك بوجود انتهاك.** نحن نأخذ حماية المعلومات الصحية الخاصة بك على محمل الجد. لكن للأسف قد يحدث في بعض الحالات انتهاك لخصوصية بعض معلوماتك الصحية غير المؤمنة، ومن حقك أن يتم إبلاغك بانتهاك كهذا. سنرسل إليك إخطاراً كتابياً يوضح تفاصيل ذلك الانتهاك وإن لم تتمكن من الاتصال بك، سنبذل قصارى جهدنا للاتصال بك من خلال وسائل بديلة.

**كيفية تقديم شكوى.** إذا كنت تعتقد أن حقوق الخصوصية قد انتهكت، فيمكنك تقديم شكوى إلينا أو إلى سكرتير وزارة الصحة والخدمات الإنسانية. لن ينتقم أحد منك أو يتخذ إجراء ضدك لتقديم شكوى.

لتقديم شكوى معنا، يرجى الاتصال بممثل علاقات المرضى على 718-270-1111. كما يمكنك الاتصال بخط شكاوى مركز سوني داونستيت الطبي على الرقم (7869) 877-349-SUNY أو التقدّم بشكوى على الإنترنت بالنقر على رابط خط الإمتثال "Compliance Line" في أسفل صفحة الموقع الإلكتروني لمركز سوني داونستيت الطبي [www.downstate.edu](http://www.downstate.edu).

للتقدّم بشكوى إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية، يمكنك الكتابة إلى أو الاتصال بـ:

مكتب الحقوق المدنية  
الأمريكية وزارة الصحة والخدمات الإنسانية  
26 Federal Plaza - Suite 3313  
New York, NY 10278

رقم الهاتف: 264-3313 (212)  
إشعار ممارسات  
الخصوصية - التفاصيل 264-2355 (212)  
رقم الفاكس: 264-3039 (212)

### إشعار بممارسات الخصوصية - التفاصيل

نحن ملتزمون بحماية خصوصية المعلومات التي نجعلها عنك أثناء تقديم الخدمات المتعلقة بالصحة. فيما يلي بعض الأمثلة على المعلومات الصحية المحمية:

- معلومات تشير إلى أنك مريض لدينا أو تتلقى علاجًا أو خدمات أخرى تتعلق بالصحة من جانبنا؛
  - معلومات عن حالتك الصحية (كأحد الأمراض التي قد تعاني منه)؛
  - معلومات عن منتجات أو خدمات الرعاية الصحية التي تلقيتها أو قد تتلقاها في المستقبل (مثل عملية جراحية)؛
  - أو معلومات عن منافع الرعاية الصحية التي توفرها لك خطة تأمين (مثل ما إذا كان التأمين يغطي دواءً يتطلب وصفة طبية)؛
- إذا كانت مقترنة بما يلي:

- المعلومات الديموغرافية (مثل اسمك أو عنوانك أو حالة التأمين)؛
- أرقام فريدة من نوعها قد تحدد هويتك (مثل رقم الضمان الاجتماعي أو رقم هاتفك أو رقم رخصة القيادة الخاصة بك). و
- أنواع أخرى من المعلومات التي قد تحدد من أنت.

### **I. كيف يمكننا استخدام معلوماتك الصحية والكشف عنها**

#### **1. العلاج وسداد الأموال وإجراءات العمل**

قبل تلقي الخدمات من مركز سوني داونستيت الطبي، سيطلب منك التوقيع على بيان يخولنا استخدام معلوماتك الصحية أو مشاركتها مع آخرين من أجل علاج حالتك والحصول على تكلفة ذلك العلاج وتنفيذ إجراءات العمل الخاصة بنا. في بعض الحالات، يجوز لنا أيضًا الكشف عن معلوماتك الصحية بهدف تنفيذ عمليات سداد الأموال وإجراءات عمل معينة لجهة أخرى توفر الرعاية الصحية أو تتولى عمليات الدفع. فيما يلي أمثلة إضافية عن إمكانية استخدام معلوماتك و الكشف عنها لهذه الأغراض.

**العلاج.** يجوز لنا مشاركة معلوماتك الصحية مع أطباء أو فريق التمريض المشارك في رعايتك في مركز سوني داونستيت الطبي، وهم بدورهم قد يستخدمون تلك المعلومات لتشخيص حالتك أو علاجك. على سبيل المثال، قد يشارك أطباؤنا بمعلوماتك الصحية مع طبيب آخر داخل المستشفى أو مع طبيب في مستشفى آخر لتحديد كيفية تشخيص حالتك أو علاجك. كما أن طبيبك قد يشارك بمعلوماتك الصحية أيضًا مع طبيب آخر تم تحويلك إليه للحصول على رعاية صحية إضافية. إذا تم تخزين المعلومات الصحية الخاصة بك إلكترونياً، وجزء من تبادل المعلومات الصحية لدينا (HIE)، فقد يكون في متناول مقدمي الرعاية الآخرين الذين قد وصلوا إليها، إذا كان ذلك ضرورياً من الناحية الطبية.

**سداد الأموال.** يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية أو مشاركتها مع آخرين حتى يمكننا الحصول على المقابل المادي نظير خدمات الرعاية الصحية المقدمة لك. على سبيل المثال، قد نشارك بمعلومات عنك مع شركة التأمين الصحي التابعة لك من أجل الحصول على المقابل المادي بعد قيامنا بعلاجك أو لتحديد ما إذا كانت ستغطي تكلفة علاجك أم لا. وقد نحتاج أيضاً إلى إعلام شركة التأمين الصحي التابعة لك بحالتك الصحية من أجل الحصول على موافقة مسبقة من أجل علاجك، مثل إدخالك المستشفى لإجراء عملية جراحية معينة. وأخيراً، يجوز لنا مشاركة معلوماتك مع جهات أخرى تقدم الرعاية الصحية وتتولى مهام الدفع بغرض تنفيذ أنشطة السداد الخاصة بها.

**إجراءات العمل.** يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية أو مشاركتها مع آخرين لتنفيذ إجراءات العمل الخاصة بنا. على سبيل المثال، يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية لتقييم أداء موظفينا في رعايتك أو لتعليم العاملين لدينا كيفية تحسين الرعاية التي يقدمونها لك. وأخيراً، يجوز لنا مشاركة معلوماتك الصحية مع جهات أخرى تقدم الرعاية الصحية وتتولى مهام الدفع لتنفيذ إجراءات معينة في عملها، وذلك إذا كانت المعلومات ذات صلة بعلاقتك مع الجهة المقدمة للخدمة أو المسؤولة عن مهام الدفع حالياً أو في وقت سابق وذلك إذا كانت الجهة المقدمة للخدمة أو المسؤولة عن الدفع ملزمة بموجب القانون الفيدرالي بحماية خصوصية معلوماتك الصحية.

**التبرعات.** في سبيل دعم تشغيل أعمالنا، قد نستخدم معلومات ديموغرافية عنك، بما في ذلك معلومات عن السن والنوع وتاريخ الميلاد ومحل العمل أو السكن وتواريخ خضوعك للعلاج ووضعك التأميني والقسم أو العيادة التي خضعت فيها للعلاج واسم الطبيب الذي عالجتك ومعلومات روتينية عامة (مثل النتائج السلبية أو الإيجابية للعلاج) من أجل الاتصال بك لجمع تبرعات تساعد في تشغيل أعمالنا. ويجوز لنا أيضًا مشاركة هذه المعلومات مع إحدى المؤسسات الخيرية التي سنتصل بك لجمع التبرعات بالنيابة عنا. ولكن من حقك أن تطلب عدم تلقي أي اتصالات بشأن التبرعات منا، وذلك من خلال الاتصال بقسم علاقات المرضى على الرقم التالي. للقيام بذلك، يرجى الاتصال بقسم علاقات المرضى على الرقم 718-270-1111 الذي سيزودك بنموذج طلب مناسب. وبالإضافة إلى ذلك، سيكون لديك أيضًا فرصة لتعطيل تلقي أي اتصالات أخرى لجمع التبرعات مع أي رسالة التماس تتلقاها منا.

**شركاء الأعمال.** يجوز لنا الكشف عن معلوماتك الصحية لأي من المتعاقدين والوكلاء وشركاء الأعمال الآخرين الذين يحتاجون إلى المعلومات من أجل مساعدتنا في تحسين الخدمات المقدمة للمرضى أو تنفيذ إجراءات العمل الخاصة بنا. على سبيل المثال، يجوز لنا مشاركة معلوماتك الصحية مع إحدى شركات تحسين الفواتير التي تساعدنا في تحسين المقابلات المادية من شركة التأمين التابعة لك. وكذلك، يجوز لنا مشاركة معلوماتك الصحية مع شركة محاسبة أو مكتب محاماة يقدم لنا استشارات متخصصة حول كيفية تحسين خدمات الرعاية الصحية التي نقدمها والالتزام بالقانون. فإذا لجأنا للكشف عن معلوماتك الصحية إلى شريك في العمل، فسنبرم عقدًا مكتوبًا معه نضمن من خلاله أن يحرص شريكنا في العمل أيضًا على حماية خصوصية معلوماتك الصحية.

**طلاب ومتدربو الرعاية الصحية.** إن مركز سوني داونستيت الطبي هو مركز أكاديمي يوفر التدريب الإكلينيكي والمُعَاوَدَة (فترة التخصص في الطب) للطلاب والمتدربين في مجال الرعاية الصحية. وعليه، فيجوز لنا مشاركة معلوماتك الصحية معهم، بشرط التزامهم بسياساتنا في حماية خصوصيتك.

## 2. دليل المرضى/العائلة والأصدقاء

يجوز لنا استخدام والكشف عن معلوماتك الصحية في دليل الخدمات الخاص بنا أو مشاركتها مع عائلتك والأصدقاء المشاركين في رعايتك دون تصريح مكتوب منك. وسنمنحك دائمًا فرصة للاعتراض على ذلك عند التسجيل. أما في الحالات الطبية الطارئة، فسنناقش خياراتك المفضلة معك حالما تنتهي الحالة الطارئة. ويمكنك تعديل اعتراضك أو إنهائه في أي وقت. وسنلتزم برغباتك ما لم يطالبنا القانون بعكس ذلك.

**دليل المركز.** في حالة عدم اعتراضك، سنقوم بإضافة اسمك وموقعك داخل مركزنا وحالتك العامة (على سبيل المثال، معتدلة أو مستقرة أو خطيرة أو ما إلى ذلك) وانتمائك الديني في دليل المركز طالما أنت مريض في المستشفى أو أحد المرافق الموضحة في بداية هذا الإشعار. قد يتم الكشف عن معلومات هذا الدليل، باستثناء انتمائك الديني، للأشخاص الذين يسألون عنك بالاسم. ويمكن إعطاء معلومات عن انتمائك الديني إلى أحد رجال الدين، مثل الشيخ أو القسيس، حتى إذا لم يسأل عنك بالاسم.

**العائلة والأصدقاء المشاركون في رعايتك.** عند التسجيل، سيكون لديك الفرصة لتحديد أفراد العائلة أو الأقارب أو الأصدقاء المقربين المشاركين في رعايتك أو في الدفع مقابل تلك الرعاية، والذين يجوز لنا مشاركة معلوماتك الصحية معهم. كما أننا قد نقوم بإبلاغ أحد أفراد العائلة أو ممثل شخصي عنك أو أي شخص آخر مسئول عن رعايتك بمكانك وحالتك العامة هنا في المستشفى أو - لا قدر الله - وفاتك. وفي بعض الحالات، قد نحتاج لمشاركة معلوماتك مع إحدى منظمات الإغاثة من الكوارث التي ستساعدنا في إخطار هؤلاء الأشخاص.

## 3. حالات الطوارئ أو الحاجة العامة

يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية ومشاركتها مع آخرين من أجل معالجتك في أي حالة طارئة أو لتلبية احتياجات عامة مهمة. ولن نكون مطالبين بالحصول على إقرار كتابي عام أو إذن كتابي منك قبل استخدام معلوماتك أو الكشف عنها لهذه الأسباب. لكننا ملزمون بالحصول على إذن كتابي منك أو إعطائك فرصة للاعتراض على استخدام معلوماتك الصحية أو الكشف عنها في هذه الأوضاع إن كان قانون الولاية يلزمنا بفعل ذلك تحديداً.

**حالات الطوارئ.** يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية أو الكشف عنها إن كنت بحاجة إلى علاج طارئ أو إذا كنا ملزمين قانوناً بعلاجك ولم يكن بإمكاننا الحصول على موافقة كتابية عامة منك. وفي حالة حدوث هذا الأمر، سنحاول الحصول على الموافقة الكتابية العامة منك بأسرع ما يمكننا على نحو معقول بعد علاجك.

**عوائق التواصل.** يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية والكشف عنها في حالة عدم تمكننا من الحصول على موافقة كتابية عامة منك بسبب عوائق كبيرة في التواصل معك، إن كنا نعتقد أنك ستبدي رغبتك في قيامنا بعلاجك لو كنت قادرًا على التواصل معنا.

**ما يقتضيه القانون.** يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية أو الكشف عنها إذا اقتضى القانون فعل ذلك. كما أننا سنقوم بإخطارك بهذه الاستخدامات والكشوفات إذا كان القانون يقتضي إخطارك.

**الأنشطة الصحية العامة.** يجوز لنا الكشف عن معلوماتك الصحية إلى موظفي الصحة العامة المصرح لهم (أو إلى وكالة حكومية أجنبية تتعاون مع هؤلاء الموظفين) حتى يتسنى لهم تنفيذ أنشطتهم الصحية العامة. على سبيل المثال، يجوز لنا مشاركة معلوماتك الصحية مع موظفين حكوميين مسؤولين عن مكافحة الأمراض أو الإصابات أو الإعاقات أو للإبلاغ عن المواليد والوفيات. كما يجوز لنا أيضًا الكشف عن معلوماتك الصحية إلى شخص قد تعرض إلى مرض معدٍ أو قد يكون معرضًا لخطر الإصابة بالعدوى أو نشر المرض إذا سمح القانون لنا بذلك. وأخيرًا، يجوز لنا الكشف عن بعض المعلومات الصحية عنك إلى صاحب عملك إذا طلب منا صاحب عملك إجراء فحص بدني لك واكتشفنا بأن لديك إصابة أو مرضًا مرتبطًا بالعمل يجب أن يعرفه صاحب العمل عنك من أجل الالتزام بقوانين العمل.

**ضحايا الإيذاء الجسدي أو الإهمال أو العنف الأسري.** يجوز لنا الكشف عن معلوماتك الصحية إلى هيئة صحية عامة مرخص لها تلقي تقارير عن الإيذاء الجسدي أو الإهمال أو العنف الأسري. على سبيل المثال، يجوز لنا الإبلاغ عن معلوماتك إلى موظفين حكوميين إذا تكوّن لدينا اعتقاد مبرر بأنك كنت ضحية لإيذاء جسدي أو إهمال أو عنف أسري. وسنبدّل كل ما في وسعنا للحصول على إذن منك قبل الكشف عن هذه المعلومات، ولكن في بعض الحالات قد يكون مطلوبًا منا أو مصرحًا لنا بالتصرف دون إذنك.

**أنشطة الإشراف الصحي.** يجوز لنا الكشف عن معلوماتك الصحية لوكالات حكومية مصرح لها بإجراء عمليات التدقيق الحسابي والتحقق والتفتيش لمركزنا. وهذه الوكالات الحكومية تراقب تشغيل نظام الرعاية الصحية وبرامج الإعانات الحكومية مثل Medicare و Medicaid والالتزام بالبرامج التنظيمية الحكومية وقوانين الحقوق المدنية.

**مراقبة وإصلاح واستعادة المنتجات.** يجوز لنا الكشف عن معلوماتك الصحية إلى شخص أو شركة خاضعة لإدارة الأغذية والعقاقير (الأميركية) بغرض: (1) الإبلاغ عن عيوب أو مشكلات المنتجات أو تتبعها؛ أو (2) إصلاح المنتجات المعيبة أو الخطيرة أو استبدالها أو استعادتها؛ أو (3) مراقبة أداء أحد المنتجات بعد اعتماده للاستخدام من قِبَل العامة.

**الدعاوى القضائية والمنازعات.** يجوز لنا الكشف عن معلوماتك الصحية في حالة تم إلزامنا بذلك بأمر من المحكمة أو هيئة تحكيم إدارية تقوم بالنظر في إحدى الدعاوى القضائية أو المنازعات الأخرى.

**تطبيق القانون.** يجوز لنا الكشف عن معلوماتك الصحية إلى موظفين مخولين بتطبيق القانون للأسباب التالية:

- للامتثال لأوامر المحكمة أو القوانين الملزمة لنا؛
- لمساعدة مسؤولي تطبيق القانون في التعرف على شخص مشتبه به أو هارب من العدالة أو شاهد أو شخص مفقود وتحديد مكانه؛
- إذا كنت ضحية جريمة وحددنا: (1) أننا لم نكن قادرين على الحصول على إذن كتابي عام منك بسبب حالة طارئة أو عدم أهليتك؛ و(2) أن مسؤولي تطبيق القانون بحاجة إلى هذه المعلومات فورًا لتنفيذ واجباتهم في إطار تطبيق القانون؛ و(3) أنه وفقًا لحكمنا المهني، نرى أن الكشف عن المعلومات إلى هؤلاء المسؤولين سيكون لصالحك؛
- إذا اشتبهنا بأن موتك ناتج عن عمل جنائي؛
- إذا اضطررنا للإبلاغ عن جريمة حدثت بمنشأتنا؛
- أو إذا كان من الضروري الإبلاغ عن جريمة تم اكتشافها أثناء حالة طارئة خارج المبنى (على سبيل المثال، عن طريق فني الطوارئ الطبية في مسرح جريمة).

**لتجنب تهديد خطير ووشيك على الصحة أو السلامة.** يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية أو مشاركتها مع آخرين عند الضرورة لتجنب تهديد خطير ووشيك على صحتك أو سلامتك أو على صحة أو سلامة شخص آخر أو العامة. وفي مثل هذه الحالات، لن نشارك معلوماتك إلا مع شخص قادر على المساعدة في تجنب التهديد. ويجوز لنا أيضًا الكشف عن معلوماتك الصحية إلى مسؤولي تطبيق القانون إذا أخبرتنا أنك شاركت في جريمة عنيفة يحتمل أنها تسببت في ضرر جسدي خطير لشخص آخر (ما لم تقر هذه الحقيقة أثناء جلسة استشارية) أو إذا تيقنا أنك هارب من الحجز القانوني (مثل السجن أو مؤسسة للصحة النفسية).

**الأمن القومي وأنشطة الاستخبارات أو خدمات الحماية.** يجوز لنا الكشف عن معلوماتك الصحية إلى مسؤولين فيدراليين مخولين بمهام الأمن القومي وأنشطة الاستخبارات أو يقدمون خدمات الحماية للرئيس أو غيره من المسؤولين المهمين.

**الجيش والمحاربون القدامى.** إذا كنت تخدم بالقوات المسلحة، فيجوز لنا الكشف عن معلومات صحية خاصة بك إلى سلطات القيادة العسكرية المختصة للقيام بالأنشطة التي تراها ضرورية لتنفيذ مهمتها العسكرية. كما يجوز لنا أيضاً الكشف عن معلومات صحية تتعلق بالعسكريين الأجانب إلى السلطة العسكرية الأجنبية المختصة.

**السجناء والمؤسسات الإصلاحية.** إذا كنت مسجوناً أو محتجزاً من قبل مسئول لتطبيق القانون، فيجوز لنا الكشف عن معلوماتك الصحية إلى مسؤولي السجن أو تطبيق القانون، إذا لزم الأمر، لتوفير الرعاية الصحية لك أو للمحافظة على السلامة والأمان والنظام في المكان الذي يتم احتجازك فيه. ويتضمن هذا الكشف عن المعلومات الضرورية لحماية صحة وسلامة السجناء الآخرين أو الأشخاص المعنيين بمراقبة السجناء أو ترحيلهم.

**تعويضات العمل.** يجوز لنا الكشف عن معلوماتك الصحية من أجل برامج تعويضات العمل أو البرامج المشابهة التي توفر إعانات لعلاج الإصابات المتعلقة بالعمل.

**الأطباء الجنائيون والشرعيون ومتعهدو الدفن.** في حالة وفاتك - لا قدر الله - يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية والكشف عنها إلى قاضي الوفيات المشتبه فيها أو الطبيب الشرعي. فقد يكون هذا أمراً ضرورياً لتحديد سبب الوفاة على سبيل المثال. كما يجوز لنا الكشف عن هذه المعلومات إلى متعهدي الدفن، بالقدر الذي يلزم لتنفيذ واجباتهم.

**التبرع بالأعضاء والأنسجة.** في حالة وفاتك - لا قدر الله - يجوز لنا الكشف عن معلوماتك الصحية إلى المؤسسات التي تشتري أو تحتفظ بالأعضاء أو العيون أو غيرها من الأنسجة بحيث يمكن لهذه المؤسسات التأكد من صلاحية تلك الأعضاء للتبرع بها أو زرعها بموجب القوانين المعمول بها.

**الأبحاث.** في أغلب الحالات، سنطلب تصريحاً كتابياً منك قبل استخدام معلوماتك الصحية أو مشاركتها مع آخرين بغرض إجراء الأبحاث. ومع ذلك، يجوز لنا في بعض الظروف استخدام معلوماتك الصحية والكشف عنها دون تصريح كتابي منك إذا حصلنا على موافقة من خلال إجراءات خاصة بأن إجراء البحث دون تصريحك الكتابي يمثل أدنى حد من المساس بخصوصيتك. إلا أننا لن نسمح للباحثين، تحت أي ظرف كان، باستخدام اسمك أو هويتك علناً. كما يجوز لنا نشر معلوماتك الصحية دون تصريح كتابي منك إلى أشخاص عاكفين على إعداد مشروع بحثي مستقبلي، طالما أن أي معلومات تحدد هويتك لا تخرج من مركزنا. في حالة وفاتك - لا قدر الله - يجوز لنا مشاركة معلوماتك الصحية مع أشخاص يقومون ببحث باستخدام معلومات عن المتوفين، طالما أنهم يوافقون على عدم أخذ أي معلومات تحدد هويتك من مركزنا. بعد مرور 50 عاماً على الوفاة، تصبح المعلومات الصحية خارج قواعد حماية الخصوصية الموضحة في هذا الإخطار.

#### **4. المعلومات غير الكاشفة للهوية كلياً أو جزئياً.**

يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية والكشف عنها إذا حذفنا كل المعلومات التي من شأنها تحديد هويتك، بحيث تصبح معلوماتك الصحية "غير كاشفة للهوية كلياً". كما يجوز لنا استخدام والكشف عن أي معلومات صحية "غير كاشفة للهوية جزئياً" إذا قام الشخص المتلقي لتلك المعلومات بتوقيع اتفاقية لحماية خصوصية المعلومات كما يقتضي القانون الفيدرالي والقانون الخاص بالولاية المعنية. وتجدر الإشارة إلى أن المعلومات الصحية غير الكاشفة للهوية جزئياً لن تحتوي على أي معلومات قد تؤدي إلى التعرف على هويتك مباشرة (مثل اسمك أو عنوانك أو رقم الضمان الاجتماعي أو رقم الهاتف أو رقم الفاكس أو عنوان البريد الإلكتروني أو عنوان موقع الويب أو لوحة رقم السيارة).

#### **5. كشف المعلومات العرضي**

على الرغم من اتخاذنا خطوات معقولة لحماية خصوصية معلوماتك الصحية، فقد تحدث بعض الحالات المعينة حيث يتم الكشف فيها عن معلوماتك الصحية خلال استخدامنا أو كشفنا لمعلوماتك الصحية في الحدود المسموح بها أو كنتيجة حتمية لذلك. على سبيل المثال، أثناء إجراء جلسة علاج، قد يلاحظ مرضى آخرون في منطقة العلاج أو يسمعون مناقشة تتضمن معلوماتك الصحية.

## II. حقوقك للوصول إلى معلوماتك الصحية والتحكم فيها

نود إبلاغك بأن لديك الحقوق التالية فيما يتعلق بالوصول إلى معلوماتك الصحية والتحكم فيها. وهذه الحقوق مهمة لأنها ستساعدك في التأكد من دقة معلوماتك الصحية التي نحتفظ بها. وقد تساعدك أيضًا في التحكم في الطريقة التي نستخدم بها معلوماتك ونشاركها مع آخرين أو الطريقة التي نتواصل بها معك فيما يتعلق بشؤونك الطبية.

### 1. حق تفحص السجلات والحصول على نسخة منها

لديك الحق في الاطلاع على أي معلومات صحية تخصك يجوز استخدامها لاتخاذ قرارات بشأنك وبشأن علاجك والحصول على نسخة منها طالما نحتفظ بهذه المعلومات في سجلاتنا. ويتضمن ذلك السجلات الطبية وسجلات الفواتير. فإن كنت ترغب في تفحص معلوماتك الطبية أو الحصول على نسخة منها، فيرجى الاتصال بقسم إدارة المعلومات الصحية على الرقم 718-1845 للحصول على نماذج الاستمارات الخاصة بذلك. وفي حالة طلبك نسخة من المعلومات، فقد نطلب منك رسومًا معقولة ومتوسطة بالحد الذي يسمح به القانون. يجب أن تدفع الرسوم عمومًا قبل أو في الوقت الذي نقوم فيه بتقديم النسخ إليك. سنستجيب لطلبك بتفحص السجلات في غضون 10 أيام. وعادة، سنستجيب لطلبك بإعداد نسخة منها في غضون 30 يومًا. وإذا احتجنا وقتًا إضافيًا للاستجابة لطلب الحصول على نسخ، فسوف نخطر كتابيًا خلال الفترة الزمنية المذكورة أعلاه لشرح سبب التأخير ومتى يمكنك توقع الحصول على رد نهائي على طلبك. إلا أننا لن نتأخر أبدًا عن تلبية طلبك في غضون 60 يومًا.

في ظروف معينة محدودة جدًا، قد نرفض طلبك بتفحص معلوماتك أو الحصول على نسخة منها. وفي حال رفضنا طلبك، فسندعم لك ملخصًا بالمعلومات كبدل لذلك. كما أننا سنقدم إشعارًا كتابيًا يشرح الأسباب التي جعلتنا نقدم ملخصًا فقط، بالإضافة إلى شرح كامل لحقك في أن تطلب إعادة النظر في ذلك القرار وكيف يمكنك استخدام ذلك الحق. وسيتضمن الإشعار أيضًا معلومات حول كيفية التقدم بشكوى بشأن هذه الأمور إلينا أو إلى وزارة الصحة والخدمات البشرية. وإذا كان لدينا سبب لرفض جزء فقط من طلبك، فسوف نوفر لك الوصول الكامل إلى الأجزاء الأخرى بعد استثناء المعلومات التي لا يمكننا السماح لك بتفحصها أو الحصول على نسخ منها.

### 2. حق تعديل السجلات

إذا كنت تعتقد أن المعلومات الصحية التي نحتفظ بها عنك غير دقيقة أو غير كاملة، فيمكنك توجيه طلب لنا بتعديل هذه المعلومات. ولديك الحق في طلب إجراء أي تعديل طالما أن المعلومات محفوظة في سجلاتنا. فإن كنت ترغب في طلب تعديل المعلومات، فيرجى الاتصال بقسم إدارة المعلومات الصحية على الرقم 718-270-1845 للحصول على نموذج الاستمارة الخاصة بذلك. وفي نموذج الطلب، عليك ذكر الأسباب التي دفعتك لطلب إجراء التعديل. وعادة، سنستجيب لطلبك في غضون 60 يومًا. وإذا احتجنا وقتًا إضافيًا للاستجابة، فسوف نخطر كتابيًا في غضون 60 يومًا لشرح سبب التأخير ومتى يمكنك توقع الحصول على رد نهائي على طلبك.

إذا رفضنا جزءًا من طلبك أو طلبك كله، فسندعم إشعارًا كتابيًا يشرح أسباب رفضنا. وسيكون لك الحق في تضمين معلومات معينة متعلقة بتعديلك المطلوب في سجلاتك. على سبيل المثال، إذا كنت معترضًا على قرارنا، فمن حقك إرسال بيان يشرح أسباب اعتراضك وسنقوم بتضمينه في سجلاتك. وسنقوم أيضًا بذكر معلومات عن كيفية التقدم بشكوى إلينا أو إلى وزارة الصحة والخدمات البشرية. وسيتم توضيح هذه الإجراءات بمزيد من التفصيل في أي إشعار كتابي بالرفض نرسله لك.

### 3. حق الحصول على بيان بحالات كشف المعلومات

لك الحق في طلب الحصول على "بيان بحالات الكشف" يحدد الأشخاص أو المؤسسات الأخرى المحددة التي كشفنا لها عن معلوماتك الصحية وفقًا للقانون المعمول به وسياسة الحماية الواردة في إشعار ممارسات الخصوصية الموضحة هنا. ولا يتضمن بيان حالات الكشف طرق مشاركة معلوماتك الصحية داخل المستشفى والجهات الموضحة في بداية هذا الإخطار أو فيما بينهما، وذلك طالما أن جميع سياسات الحماية الأخرى الموضحة في إشعار ممارسات الخصوصية هذا تم اتباعها (على سبيل المثال، الحصول على الموافقات المطلوبة قبل مشاركة معلوماتك الصحية مع أطبائنا للأغراض البحثية).

كما أن بيان حالات الكشف لا يتضمن أي معلومات عن حالات كشف المعلومات التالية:

- حالات الكشف عن المعلومات إليك أو إلى ممثلك الشخصي؛
- حالات الكشف عن المعلومات التي نقوم بها بموجب تصريح كتابي منك؛
- حالات الكشف عن المعلومات التي نقوم بها بغرض العلاج أو سداد الأموال أو تنفيذ إجراءات العمل؛
- حالات الكشف التي تتم من خلال تبادل المعلومات الصحية (HIEs).
- حالات الكشف عن المعلومات التي تتم عن طريق دليل المرضى؛
- حالات الكشف عن المعلومات إلى أصدقائك وأفراد عائلتك المشاركين في رعايتك أو في سداد المقابل المالي نظير رعايتك؛
- حالات الكشف عن المعلومات العرضية التي حدثت أثناء الحالات المسموح بها لاستخدام معلوماتك الصحية والكشف عنها (على سبيل المثال، في حالة سماع أحد المرضى الآخرين للمعلومات أثناء مروره)؛
- حالات الكشف لأغراض البحث أو الصحة العامة أو عملياتنا التجارية لأجزاء محدودة من المعلومات الصحية الخاصة بك التي لا تؤدي إلى معرفتك بطريقة مباشرة؛
- حالات الكشف عن المعلومات للمسؤولين الفيدراليين لتنفيذ مهام الأمن القومي وأنشطة الاستخبارات؛
- حالات الكشف عن معلومات السجناء للمؤسسات الإصلاحية أو مسؤولي تطبيق القانون؛
- حالات الكشف التي قدمت منذ أكثر من ست سنوات.

فإن كنت ترغب في طلب بيان حالات الكشف عن المعلومات، فيرجى الاتصال بقسم إدارة المعلومات الصحية على الرقم التالي 718-270-1845 للحصول على نموذج الاستمارة الخاصة بذلك. وفي نموذج الطلب، يجب عليك تحديد فترة زمنية خلال السنوات الستة الماضية لحالات الكشف التي تؤدُّ منا تضمينها. على سبيل المثال، يمكنك طلب قائمة بالإفصاحات التي أجريناها في العام السابق. ولك الحق في الحصول على بيان واحد مجاناً كل 12 شهراً. لكن يجوز لنا فرض رسوم عليك مقابل تقديم أي بيان إضافي في نفس تلك الفترة التي تبلغ 12 شهراً. وسنرسل لك دائماً إخطاراً بأي تكلفة مضمّنة بحيث يمكنك اختيار سحب طلبك أو تعديله قبل تحمّل أي تكاليف.

وعادة، سنستجيب لطلبك بالحصول على بيان في غضون 60 يوماً. وإذا احتجنا وقتاً إضافياً لإعداد البيان الذي طلبته، فسنوجه لك إخطاراً كتابياً يوضح سبب التأخير والتاريخ الذي يمكنك توقع استلام البيان فيه. وفي حالات نادرة، قد نضطر إلى تأخير تقديم البيان لك دون إخطارك إذا طلب منا ذلك أحد مسؤولي تطبيق القانون أو هيئة حكومية.

#### 4. حق طلب قيود إضافية لحماية الخصوصية

لك الحق في أن تطلب منا وضع قيود إضافية على طريقة استخدام أو كشف معلوماتك الصحية في علاج حالتك أو تحصيل المدفوعات مقابل ذلك العلاج أو تنفيذ إجراءات العمل الخاصة بنا. ويجوز لك أيضاً أن تطلب منا تحديد نطاق كشفنا عن معلوماتك إلى أفراد العائلة أو الأصدقاء المشاركين في رعايتك. على سبيل المثال، يمكن أن تطلب منا عدم الإفصاح عن معلومات تتعلق بجراحة أجريناها. وستتاح لك الفرصة لطلب إضافة أحد القيود عند التسجيل. كما يمكنك الاتصال بقسم علاقات المرضى على الرقم 718-270-1111 للحصول على نموذج الاستمارة الخاصة بذلك، وفي نموذج الطلب، عليك ذكر (1) المعلومات التي تريد تقييد كشفها و(2) إذا كنت تريد تقييد كيفية استخدامنا للمعلومات أو كيفية مشاركتها مع آخرين أو كلا الأمرين و(3) على من تريد تطبيق تلك القيود.

نحن غير ملزمين بالموافقة على طلبك بتنفيذ أحد القيود، وفي بعض الحالات، قد يكون التقييد الذي تطلبه غير مسموح به بموجب القانون. في حالة موافقتنا، سنلتزم باتفاقنا إلا إذا كانت المعلومات ضرورية لتقديم علاج طارئ لك أو للالتزام بالقانون. ومع ذلك، إذا طلبت قيود على الكشف عن معلوماتك الصحية إلى جهة الدفع عن عمليات الدفع أو الرعاية الصحية، والكشف يتعلق ببند أو خدمة الرعاية الصحية التي دفعتها (أو شخص آخر نيابة عنك) بشكل نقدي بالكامل في ذلك الوقت أثناء طلبك، نحن مطالبون بموجب القانون بالموافقة على القيود الخاصة بك. وبعد موافقتنا على تنفيذ تقييد ما، لك الحق في إلغاء التقييد في أي وقت. وفي بعض الأحوال، سيكون لنا الحق أيضاً في إلغاء التقييد طالما أرسلنا لك إخطاراً بذلك قبل القيام به، وفي حالات أخرى، سنحتاج إلى إذن منك قبل أن يمكننا إلغاء التقييد

## 5. حق طلب إجراء اتصالات سرية

لك الحق في أن تطلب منا الاتصال بك فيما يتعلق بشئونك الطبية بطريقة أكثر سرية بأن تطلب منا الاتصال بك مستخدمين وسائل بديلة أو في أماكن أخرى. على سبيل المثال، يجوز أن تطلب منا الاتصال بك في المنزل بدلاً من العمل. وستتاح لك فرصة طلب إجراء اتصالات سرية عند التسجيل. كما يمكنك الاتصال بقسم علاقات المرضى على الرقم 718-270-1111 للحصول على نموذج الاستمارة الخاصة بذلك، وفي نموذج الطلب، عليك تحديد كيفية اتصالنا بك أو المكان الذي نريدنا الاتصال بك فيه وكيف سيتم سداد المدفوعات مقابل الرعاية الصحية المقدمة لك في حالة اتصالنا بك بهذه الطريقة البديلة أو في هذا المكان البديل. ولن نسألك عن سبب طلبك هذا وسنحاول تلبية جميع الطلبات المعقولة.