

# راهنمایی برای تکمیل فرم SSA-827

پرونده چه کسی باید مطرح شود.  
لطفاً نام، نام میانی، و نام خانوادگی، شماره سوسیال سکيوريتي و تاريخ تولد خود را بنویسید.

این راهنمایی ها به زبان فارسي، ترجمه فرم انگلیسي SSA-827 است. برای آنکه پرونده از کار افتادگی شما به جریان بیفتد، باید متن انگلیسي فرم SSA-827 را امضا کنید، تاريخ بزويد و به اداره سوسیال سکيوريتي محل خود برگردانید.

## اجازه برای افشای اطلاعات به اداره سوسیال سکيوريتي (SSA)

**\*\*قبل از امضای پانین صفحه، لطفاً تمامی فرم در هر دو صفحه را مطالعه کنید\*\***

من بطور داوطلبانه افشای موارد زیر را اجازه می دهم و درخواست می کنم (شامل مبادلات کتبی، شفاهی و کامپیوتری):

### چه موردی

- همه پرونده ها و اطلاعات مربوط به معالجه، بستری شدن در بیمارستان و معالجات سر پائي من در رابطه با ناتوانی (های) من شامل موارد زیر و موارد دیگر:
  - ناتوانی (های) روانشناسی، روانپزشکی یا سایر ناهنجاری های روانی (به جز "یادداشتهای روان درمانی" بدان گونه که در 45 CFR 164.501 تعریف شده)
  - اعتیاد به مواد مخدر، الکل یا سایر اعتیادها
  - بیماری خونی Sickle cell anemia
  - ابتلا به ویروس عدم کارایی ایمنی انسانی (HIV) (شامل ابتلا به سندروم عدم کارایی ایمنی (ایدز) یا تستهای HIV) یا بیماریهای مقاربتی
  - ناهنجاری های ژنتیکی (از جمله نتایج تست ژنتیکی)
- اطلاعاتی در این مورد که چگونه ناتوانی (های) من روی توانایم برای انجام کارها و فعالیتهای زندگی روزانه اثر می گذارد و بر توانایی من برای کار کردن تاثیر گذار است.
- کپی امتحانات یا ارزیابی های آموزشی، شامل "برنامه های آموزشی اختصاصی"، ارزیابیها که سه سال یکبار انجام می شود. ارزیابیها روانشناسی و گفتاری، و هر نوع مدرکی دیگر که می تواند به ارزیابی عملکرد کمک کند؛ همچنین مشاهدات و ارزیابیهای معلمان.
- اطلاعاتی که در ظرف ۱۲ ماه پس از تاریخ امضای این اجازه نامه وجود آمده، و نیز اطلاعات گذشته.

### از طرف چه کسی

- همه منابع پزشکی (بیمارستانها، کلینیک ها، آزمایشگاهها، پزشکان، روانشناسان، و غیره) شامل تاسیسات بهداشت روانی، تأییدی، ترک اعتیاد و اداره کهنه سربازان
- همه منابع آموزشی (مدارس، آموزگاران، مسئولین پرونده ها، مشاورین، و غیره)
- مددکاران اجتماعی/ مشاورین بهزیستی
- آزمونگران مشورتی طرف استفاده اداره سوسیال سکيوريتي
- کارفرمایان
- کسان دیگری که ممکن است درباره وضعیت من اطلاعاتی داشته باشند (خانواده، همسایگان، دوستان، مقامات رسمی)

### برای چه کسی

اداره سوسیال سکيوريتي و اداره ایالتی که مجاز هستند پرونده مرا به جریان ببندازند (که معمولاً "خدمات تعیین کار افتادگی" نامیده می شود)، شامل خدمات کانتراکت کپی، و پزشکان یا سایر متخصصین مورد مشورت در طول جریان پرونده. [همچنین در مورد ادعاهای بین المللی، اداره سرویس خارجی وزارت امور خارجه ایالت متحده]

### هدف

- تعیین صلاحیت من برای دریافت مزایا، شامل توجه به مجموعه اثرات هر نوع ناتوانی که به خودی خود در تعریف اداره سوسیال سکيوريتي از ناتوانی نمی گنجد؛ و اینکه آیا من می توانم از این مزایا بهره ای ببرم یا خیر.
- فقط اگر ما مشغول تعیین این موضوع هستیم که آیا شما قادر به بهره برداری از این مزایا هستید یا خیر، خانه سمت چپ فرم انگلیسي SSA-827 را علامت بزیند.
- چه موقع منقضی می شود** این اجازه فقط برای ۱۲ ماه از تاریخ امضا (تاریخ زیر امضای من) معتبر است.
- من استفاده از یک کپی (شامل کپی الکترونیک) این فرم را برای افشای اطلاعات ذکر شده در بالا مجاز می شمارم.
  - من متوجه این موضوع هستم که در برخی شرایط این اطلاعات ممکن است برای طرفهای دیگر دوباره افشا شود (برای جزئیات بیشتر به صفحه ۲ مراجعه کنید).
  - در هر زمانی ممکن است برای لغو این اجازه اداره سوسیال سکيوريتي و منابع خود را بطور کتبی آگاه کنم (برای جزئیات بیشتر به صفحه ۲ مراجعه کنید).
  - چنانچه تقاضا کنم اداره سوسیال سکيوريتي یک کپی از این فرم را به من خواهد داد؛ من ممکن است از منبع تقاضا کنم به من اجازه دهد مطالبی که فاش شده را بررسی کنم یا یک کپی آن را داشته باشم.
  - من هر دو صفحه این فرم را خوانده ام و با افشای موارد بالا از طرف انواع منابع ذکر شده موافقم.

### اجازه افشای موارد مربوط به شخص

شخص باید این اجازه نامه را امضا کند و تاریخ بزیند و شماره خیابان، شهر، ایالت و کد پستی و شماره تلفن و شماره منطقه ای خود را بنویسد.

چنانچه توسط شخصی که اطلاعات او فاش می شود امضا نشده، اساس اجازه برای امضا کردن را مشخص کنید. خانه مناسب در فرم انگلیسي SSA-827 را علامت بزیند تا معلوم شود که آیا شخص امضا کننده پدر یا مادر کودک، محافظ، یا نماینده شخصی دیگر است (این موضوع را شرح دهید). چنانچه قانون مقرر می دارد که امضای دومی وجود داشته باشد، محل مناسب در فرم انگلیسي SSA-827 را امضا کنید.

**شاهد:** در این قسمت فرم انگلیسي SSA-827، شخصی که امضا کننده فرم را می شناسد باید بعنوان شاهد امضا کند و شماره تلفن و آدرس خود را ذکر کند چنانچه لازم باشد برای شهادت دادن نفر دوم نیز جا هست.

این اجازه عمومی و مخصوص برای افشای اطلاعات با در نظر گرفتن مقررات مربوط به افشای اطلاعات پزشکی، آموزشی و سایر موارد و تحت P.L 104-191 ("HIPAA") و 45 CFR parts 160 and 164 و 42 U.S. Code section 290dd-2 و 42 CFR part 2 و 38 U.S. Code section 7332 ؛ و 38 CFR 1.475 ؛ و 20 U.S. Code section 1232 g ("FERPA") و 34 CFR parts 99 and 300 ؛ و قانون ایالتی تدوین شده است.

## شرح فرم SSA-827 اجازه برای افشای اطلاعات به اداره سوسیال سکيوريتي (SSA)

برای کمک به تهیه اطلاعات لازم جهت به جریان انداختن تقاضا نامه شما برای دریافت مزایا و تصمیم گیری راجع به قابلیت شما در دریافت این مزایا، ما به اجازه نامه کتبی شما نیاز داریم. قانون و مقررات چنین حکم می کند منابعی که به اطلاعات شخصی دسترسی دارند قبل از آنکه این اطلاعات را در اختیار ما بگذارند باید اجازه نامه کتبی شما در اختیار آنها قرار گیرد. همچنین قوانین مقرر می دارد که برای ارائه اطلاعات درباره وضعیتهای مخصوص و آنهایی که از جانب منابع آموزشی عرضه می شوند اجازه نامه مخصوص وجود داشته باشد.

شما می توانید این اجازه را با امضای فرم SSA-827 صادر کنید. قوانین فدرال مقرر می دارد که چنانچه شما یک اجازه نامه واحد برای افشای همه اطلاعات خود از جانب همه منابع ممکن امضا کنید، منابعی که آن اطلاعات را در اختیار دارند آنها را افشا کنند. برای هر منبع ما یک کپی از این اجازه نامه را تهیه می کنیم. تعدادی از ایالات و برخی از منابع اطلاعات مقرر می دارند که این اجازه نامه مشخصاً نام منبعی را ذکر کند که شما به آنها اجازه می دهید اطلاعات شخصی شما را فاش کنند. در چنین مواردی ما ممکن است از شما بخواهیم برای هر منبع یک اجازه نامه جداگانه امضا کنید و چنانچه برای امضای اجازه نامه بیشتری به وجود شما احتیاج باشد با شما تماس می گیریم.

شما حق دارید هر زمان این اجازه نامه را لغو کنید، مگر در موردی که منبع اطلاعات با استفاده از این اجازه نامه قبلاً اقدام کرده باشد. برای لغو این اجازه نامه می توانید موضوع را به هر کدام از ادارات سوسیال سکيوريتي بصورت کتبی اطلاع دهید. اگر چنین کردید یک کپی آن نامه را نیز مستقیماً به هر کدام از منابعی بفرستید که دیگر مایل نیستید اطلاعات مربوط به شما را افشا کنند؛ اگر ما هر منبعی را شناسایی کردیم که شما در مورد آن به ما چیزی نگفته بودید اداره سوسیال سکيوريتي می تواند این موضوع را به شما اطلاع دهد. اداره سوسیال سکيوريتي ممکن است از اطلاعات افشا شده قبل از لغو این تصمیم استفاده کرده باشد. در راستای فرمان ۱۳۱۶۶ ریاست جمهوری (۱۱ اگست ۲۰۰۰) و قانون آموزش افراد دارای معلولیت، روش ادارات سوسیال سکيوريتي آن است که به افرادی که خواب انگلیسی صحبت نمی کنند خدمات خود را به زبان بومی آنها یا روش ارتباط ترجیحی آنها ارائه می دهد. اداره سوسیال سکيوريتي هر گونه تلاش منطقی را بعمل می آورد که اطمینان حاصل کند که اطلاعات داده شده در فرم SSA-827 به زبان بومی یا زبان ترجیحی شما در اختیارتان قرار گرفته است.

### اطلاعات مهم، از جمله آگهی مقرر شده توسط قانون مسائل شخصی

همه اطلاعات شخصی که اداره سوسیال سکيوريتي جمع آوری می کند تحت حفاظت قانون مسائل شخصی مصوبه سال ۱۹۷۴ قرار دارد. هنگامی که اطلاعات پزشکی در اختیار اداره سوسیال سکيوريتي قرار گرفت دیگر تحت حفاظت مقررات مربوط به اطلاعات بهداشتی خصوصی 45 CFR part 64 (که توسط "قانون احتمال و جوابگویی بیمه پزشکی" (HIPAA) الزام آور شده است) قرار ندارد. اداره سوسیال سکيوريتي اطلاعات شخصی را با رعایت دقیق و شدید مقررات برنامه نگاهداری اطلاعات که در رابطه با اداره آرشيو ها و اسناد ملی وضع شده نگاهداری می کند. در راستای مقررات مربوط به اطلاعات خصوصی، بدان گونه که در 36 CFR part 1228 تصریح شده، هر اطلاعات و سابقه ای در پایان دوره زندگی مفید خود نابود می شود.

طبق بند 1631(d)(1)، 1614(a)(3)(H)(i)، 205(a), 223(d)(5)(A), 1631(e)(1)(A) و بند 1631(e)(1)(A) قانون تامین اجتماعی اداره سوسیال سکيوريتي مجاز است اطلاعات فرم SSA-827 را جمع آوری کند. ما از اطلاعات گردآوری شده در این فرم برای تعیین صلاحیت شما برای دریافت مزایا، و قابلیت شما در بهره گیری از مزایای دریافت شده استفاده می کنیم. این استفاده معمولاً شامل بررسی این اطلاعات از جانب آن اداره دولتی که پرونده شما را به جریان انداخته و مسئولین کنترل کیفیت اداره سوسیال سکيوريتي است. در برخی از موارد اطلاعات شما ممکن است توسط پرسنل اداره سوسیال سکيوريتي که به تقاضای استیناف شما رسیدگی می کنند، یا توسط بازرسانی که به ادعاهای مربوط به تقلب یا سوء استفاده می پردازند نیز مورد استفاده قرار گیرد و ممکن است در هر پرونده اداری، مدنی یا جنایی بکار رود. امضای این فرم اختیاری است، اما قصور از امضای آن یا ابطال این امضا قبل از آنکه اطلاعات لازم را دریافت داریم می تواند مانع اتخاذ یک تصمیم دقیق یا به موقع در مورد ادعای شما شود و به رد یا از دست دادن منافع شما منجر گردد. اگر چه اطلاعاتی که ما از این فرم بدست می آوریم تقریباً هرگز برای هیچ منظوری جز آنچه که در بالا بدان اشاره شده مورد استفاده قرار نمی گیرد، چنانچه قوانین فدرال از قبیل قانون حفظ اطلاعات شخصی و قانون تامین اجتماعی اجازه دهد، این اطلاعات ممکن است بدون رضایت شما و توسط اداره سوسیال سکيوريتي فاش گردد. برای مثال اداره سوسیال سکيوريتي ممکن است این اطلاعات را به دلایل زیر فاش کند:

- ۱ - قادر ساختن یک طرف ثالث (مثلاً پزشکان مشاور) یا یک سازمان دیگر دولتی در جهت کمک به اداره سوسیال سکيوريتي برای وضع حقوق و مزایای سوسیال سکيوريتي و / یا پوشش آن؛
- ۲ - اطاعت از قانون که اعلام اطلاعات را از پرونده های سوسیال سکيوريتي مجاز می شمارد (مثلاً برای اطلاع بازرس کل، برای سازمانهای ارائه مزایای فدرال یا ایالتی یا بازرسان آنها، یا برای وزارت امور کهنه سربازان (VA)؛
- ۳ - برای تحقیقات آماری و بازرسی فعالیتها بیکه برای تضمین تمامیت و بهبود برنامه های سوسیال سکيوريتي لازم هستند (مثلاً برای اداره آمار و وابسته های خصوصی تحت قرارداد اداره سوسیال سکيوريتي).

بدون رضایت کتبی قبلی، اداره سوسیال سکيوريتي اطلاعات زیر را دوباره افشا نخواهد کرد: (۱) آنچه که مربوط به اعتیاد به الکل و / یا مواد مخدر است بدان گونه که در 42 CFR part 2 تعریف شده؛ (۲) از پرونده های آموزشی برای یک شخص خردسال که تحت 34 CFR part 99 (قانون حقوق آموزشی خانوادگی و حفاظت از اطلاعات شخصی (FERPA) بدست آمده؛ یا (۳) در مورد بهداشت روانی، معلولیت های رشدی، ایدز یا HIV. ما همچنین ممکن است از اطلاعاتی که به ما می دهید هنگامی استفاده کنیم که پرونده ها را توسط کامپیوتر همانند می سازیم. برنامه های همانند سازی پرونده های ما را با آنهاییکه در سازمانهای دیگر فدرال، ایالتی یا محلی موجود است مقایسه می کند. بسیاری از سازمانها ممکن است از برنامه های همانند سازی بدین منظور استفاده کنند که دریابند آیا کسی برای دریافت مزایای دولت فدرال واجد شرایط هست یا نه و یا چنین چیزی را ثابت کند. قانون به ما اجازه چنین کاری را می دهد ولو اینکه با آن موافق نباشید.

توضیحات راجع به دلایل ممکن در این مورد که چرا اطلاعاتی که به ما می دهید ممکن است مورد استفاده قرار گیرد یا در اختیار منبع دیگری گذاشته شود، بنا به درخواست از هر اداره سوسیال سکيوريتي قابل دسترسی است.

### قانون کاهش تشریفات اداری

این جمع آوری اطلاعات با مقررات 44 U.S.C. § 3507 به نحوی که توسط بند ۲ قانون کاهش تشریفات اداری مصوب ۱۹۹۵ اصلاح شده هماهنگی دارد. لزومی ندارد شما به این سوالات پاسخ دهید مگر آنکه ما یک شماره کنترل معتبر اداره مدیریت و بودجه را ارائه دهیم. حدس می زنی که خواندن این دستور العمل ها، گرد آوری اطلاعات واقعی، و پاسخ به این سوالات حدود ده دقیقه وقت می گیرد. **فرم کامل شده را به اداره سوسیال سکيوريتي محل خود ارسال کرده یا به همراه خود بیاورید. نشانی و تلفن این اداره در دفترچه راهنمای تلفن شما تحت عنوان موسسات دولتی آمریکا درج شده. می توانید با اداره سوسیال سکيوريتي به شماره ۱-۸۰۰-۷۷۲-۱۲۱۳ نیز تماس بگیرید.** می توانید نظرات خود را درباره تخمین زمان از طرف ما در مورد بالا را به

اداره سوسیال سکيوريتي به نشانی

SSA, 1338 Annex Building, Baltimore, MD21235-0001 ارسال دارید. **فقط اظهار نظر های راجع به تخمین زمان از طرف ما را به این آدرس بفرستید، و نه فرم تکمیل شده را.**