

SSA-827-ի ԼՐԱՑՄԱՆ ՑՈՒՑՄՈՒՆՔՆԵՐ

ՀԱՅԵՐԵՆՈՎ ԱՅՍ ՑՈՒՑՄՈՒՆՔՆԵՐԸ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆՈՒՄ ԵՆ SSA-827 ՁԵՎԻ ԱՆԳԼԵՐԵՆ ՏԱՐԲԵՐԱԿԻ ԲՈՎԱՆԳԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ: ԴՈՒՔ SSA-827-ի ԱՆԳԼԵՐԵՆ ՏԱՐԲԵՐԱԿԸ ՊԵՏՔ Է՛ ՍՏՈՐԱԳՐԵՔ, ԹՎԱԳՐԵՔ ԵՎ ՎԵՐԱԳՐԱԶՆԵՔ ԸՆԿԵՐԱՅԻՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՁԵՐ ՏԵՂԻ ԳՐԱՍԵՆՅԱԿԻՆ, ՈՐՊԵՍՋԻ ՁԵՐ ԱՆԿԱՐՈՂՈՒԹՅԱՆ ԽՆԴՐԱԳՐԻՆ ԸՆԹԱՅՔ ՏՐՎԻ:

ՈՒՄ Արձանագրությունները Պետք է Հրապարակվեն Խնդրում ենք ներկայացնել ձեր առաջին և միջին անունն ու ազգանունը, ձեր ընկերային ապահովության համարը և ծննդյան թիվը:

ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆԸ ԸՆԿԵՐԱՅԻՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՎԱՐՉՈՒԹՅԱՆ ՀԱՅՏՆԵԼՈՒ ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅՈՒՆ (SSA)

**** ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ԿԱՐԳԱԼ ՈՂՋ ՁԵՎԸ ՆԵՐՔԵՎԸ ՍՏՈՐԱԳՐԵԼՈՒՑ ԱՌԱՋ ****

Ես կամովին լիազորում եմ և հրապարակում խնդրում (ներառած՝ թղթե, բանավոր կամ էլեկտրոնային փոխանակումները)՝ ԻՆՉԻ՞

- Բոլոր արձանագրությունները և իմ բուժման, ճիվանդանոց կեցության և արտահիվանդանոցային խնամքին վերաբերյալ այլ տեղեկություններ իմ անկարողության(ց) համար, ներառած՝ առանց սահմանափակումի՝
 - Հոգեբանական, հոգեբուժական կամ այլ մտային խանգարում(ներ)ը (բացառում է «հոգեբուժական գրառումները», ինչպես սահմանում է 45 CFR 164.501-ը)
 - Թմրանյութի չարաշահումը, ակղամոլությունը, կամ այլ քիմիական նյութերի չարաշահումը
 - Մահիկաձև արյան բջջի սակավարյունությունը
 - Մարդկային իմունո-անբավարարության հարուցիչի (ՄԻԱՎ/ՀԻՎ) վարակները (ներառած՝ Ձեռքբերովի իմունո-անբավարարության համախտանցիչը (ՁԻԱՎ/ԱԻԾ) կամ HIV-ի ստուգումները) կամ սեռականորեն փոխանցված հիվանդությունները
 - Գեներին առնչվող խանգարումներ (ներառած՝ գեներտիկական ստուգումների արդյունքները)
- Տեղեկություն, թե ինչպես իմ խանգարում(ներ)ը ազդում են առօրյա կյանքի պարտականությունները կամ գործունեությունները կատարելու կարողության, և ազդում են իմ աշխատելու կարողության:
- Կրթական ստուգումների կամ արժևորումների պատճենները, ներառած՝ Անհատականացված Կրթական Ծրագրերը, քառամսյա արժևորումները, հոգեբանական և խոսքի արժևորումները, և ցանկացած այլ արձանագրություն, որը կարող է օգնել մի բան կատարելու արժևորմանը. նույնպես՝ դասատուների նկատողությունները և արժևորումները:
- Տեղեկություն, որը ստեղծվել է այս լիազորությունը ստորագրելու թվականին հաջորդող 12 ամսում, ինչպես նաև անցյալ տեղեկություններ:

ՈՒՄԻՑ

- Բոլոր բժշկական աղբյուրներից (հիվանդանոցներ, կլինիկաներ, տարրալուծարաններ, բժիշկներ, հոգեբաններ, ևլն.), ներառած՝ հոգեկան առողջության, ուղղիչ, մոլությունների բուժման և VA առողջական խնամքի հաստատությունները
- Բոլոր կրթական աղբյուրներից (դպրոցներ, դասատուներ, արձանագրությունների վարիչներ, խորհրդատուներ, ևլն.)
- Ընկերային ծառայողներից/վերականգնողական խորհրդատուներից
- SSA-ի կողմից օգտագործվող խորհրդատու քննիչներից
- Գործատերներից
- Ուրիշներից, ովքեր կարող են ծանոթ լինել իմ կացությանը (ընտանիք, հարևաններ, ընկերներ, հանրային պաշտոնյաներ)

ՈՒՄԸ

Ընկերային Ապահովության Վարչությանը և Նահանգային գործակալությանը, որոնք լիազորվել են ընթացքի մեջ դնել իմ գործը (սովորաբար ծանոթ որպես «անկարողությունը որոշելու ծառայություններ»), ներառած՝ պայմանագրված պատճենահան ծառայությունները և բժիշկներն ու այլ մասնագետներ, ուրոնց կարծիքն է առնվում այս գործընթացում: (Նաև, միջազգային պահանջարկերի համար, ԱՄՆ Պետքարտուղարության Արտասահմանյան Ծառայության Կետին):

ՆՊԱՏԱԿԸ

Որոշել նպատակներին իմ պայմանականությունը, ներառած՝ ստուգում միացյալ ազդեցության բոլոր խանգարումների, որոնք առանձին չեն համապատասխանում SSA-ի անկարողության սահմանումին, նաև այն՝ թե կարո՞ղ եմ կառավարել մման նպատակներ:

Նշեցեք անգլերեն SSA-827-ի ձախ կողմի քառակուսում՝ եթե մենք որոշում ենք, թե դուք ի վիճակի եք կառավարելու նպատակները ՄԻԱՅՆ:

Ե՞ՐԲ ԿԺԱՄԿԵՏԱՆՑՎԻ

Այս լիազորությունը կտևի 12 ամիս՝ ստորագրության թվականից (իմ ստորագրության ներքև):

- Ես լիազորում եմ այս ձևի պատճենի (ներառած՝ էլեկտրոնային պատճենի) օգտագործումը վերևը նկարագրված տեղեկության հրապարակման համար:
- Ես հասկանում եմ, որ կան պարագաներ, որոնց դեպքում այս տեղեկությունը կարող է վերահրապարակվել այլ կողմերի (մանրամասնությունների համար տեսեք էջ 2):
- Ես կարող եմ SSA-ին և իմ աղբյուրներին գրել՝ չեղյալ համարելու այս լիազորությունը ցանկացած ժամանակ (մանրամասնությունների համար տեսեք էջ 2):
- Եթե խնդրեմ, SSA-ը ինձ կտա այս ձևի պատճենը. ես կարող եմ աղբյուրից խնդրել, որ ինձ արտոնի ստուգել կամ պատճենը ստանալ հրապարակվելիք նյութի:
- Ես այս ձևի երկու էջերն էլ կարդացել եմ և համաձայն եմ վերևի հրապարակումներին՝ նշված աղբյուրների տեսակներից:

<p>Հրապարակումը լիազորող ԱՆՀԱՏԸ Անհատը պետք է ստորագրի և թվագրի այս լիազորագիրը, և տա իր փողոցի հասցեն, քաղաքը, նահանգը և փոստային թվանիշը, ինչպես նաև հեռախոսի համարը՝ տարածքի թվանշով:</p>	<p>Եթե չի ստորագրվել հրապարակող ենթակայի կողմից, նշեցեք ստորագրելի լիազորագրի հիմքը: SSA-827-ի անգլերեն տարբերակի համապատասխան քառակուսում նշեցեք, թե ստորագրող անձը անչափահասի ծնողն է, խնամակալը, թե այլ անձնական ներկայացուցիչ (բացատրեցեք): SSA-827-ի անգլերեն տարբերակը ստորագրեցեք տրված միջոցում՝ եթե օրենքով մի երկրորդ ստորագրություն էլ է պահանջվում:</p>
---	---

Վկա՝ SSA-827-ի այս անգլերեն հատվածում, ձևը ստորագրող անձին ճանաչող մի անձ պետք է ստորագրի որպես վկա և տա իր հեռախոսի համարը կամ հասցեն: Կարիքի դեպքում, երկրորդ վկայի համար էլ տեղ կա:

SSA-827 Ձևի Բացատրություն, «Տեղեկությունը Ընկերային Ապահովության Վարչության (SSA) Հայտնելու Լիազորություն»

Մեզ ձեր գրավոր լիազորությունն է հարկավոր՝ ստանալու պահանջված տեղեկությունը, որպեսզի ընթացքի մեջ դնենք ձեր նպատակների դիմումագիրը և որոշենք նպատակները կառավարելու ձեր կարողությունը: Օրենքներն ու կարգերը պահանջում են, որ անձնական տեղեկության աղբյուրները տեղեկությունը մեզ հայտնելուց առաջ ունենան ստորագրված լիազորություն: Նույնպես, օրենքները պահանջում են հատուկ լիազորություն որոշ կացությունների մասին և կրթական աղբյուրներից տեղեկություն բաց թողնելու համար:

Դուք այս լիազորությունը կարող եք հայտնաբերել ստորագրելով SSA-827 Ձևը: Դաշնակցային օրենքն արտոնում է ձեր մասին տեղեկություն ունեցող աղբյուրներին՝ այդ տեղեկությունը հրապարակել, եթե դուք ստորագրեք միայն մեկ լիազորագիր՝ բոլոր ձեր տեղեկությունները բոլոր հնարավոր աղբյուրներից հրապարակելու համար: Մենք նրանից պատճեններ կհանենք յուրաքանչյուր աղբյուրի համար: Մի քանի Նահանգներ, ինչպես նաև որոշ առանձին տեղեկության աղբյուրներ, պահանջում են, որ լիազորագիրը հատկապես ճշի այն աղբյուրը, որին լիազորում եք անձնական տեղեկություն բաց թողնել: Նման դեպքերում, մենք կարող ենք ձեզանից խնդրել, որ յուրաքանչյուր աղբյուրի համար ստորագրեք մեկ լիազորագիր և մենք կարող ենք նորից դիմել ձեզ՝ եթե հարկավոր լինի հավելյալ լիազորագրեր ստորագրել:

Ձեր իրավունքն է այս լիազորագիրը չեղյալ համարել ցանկացած ժամանակ, բացի այն պարագայից, երբ ինչ-որ տեղեկության աղբյուր հիմք է կազմել ինչ-որ գործողության: Չեղյալ համարելու համար, Ընկերային Ապահովության Գրասենյակին ուղարկեցեք գրավոր հայտարարություն: Եթե ուղարկեք, նույնպես պատճենն ուղղակի ուղարկեցեք յուրաքանչյուր աղբյուրի, որը չեք ցանկանա, որ այնուհետև տեղեկություն հրապարակի ձեր մասին: SSA-ը կարող է ձեզ ասել, եթե գտել է որևէ աղբյուր, որի մասին մեզ չէիք հայտնել: SSA-ը կարող է չեղյալ համարելուց առաջ հրապարակված տեղեկությունն օգտագործել՝ որոշում կայացնելու ձեր պահանջի մասին:

SSA-ի քաղաքականությունն է սահմանափակ անգլերենի իմացությամբ անձանց ծնույնը մատուցել իրենց ազգային լեզվով կամ նախասիրած հաղորդակցության միջոցով, ըստ 13166 Գործադիր Հրահանգի (11 օգոստոս 2000 թ.) և Անկարող Անհատների Կրթության Ակտի: SSA-ը կանի ամեն տրամաբանական ջանք, որ ապահովի, որ SSA-827-ի տեղեկությունը ձեզ ներկայացվի ձեր ազգային կամ նախասիրած լեզվով:

ԿԱՐԵՎՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ, ՆԵՐԱՌԱՄՑ՝ ԳԱՂՏՆԻՈՒԹՅԱՆ ԱԿՏՈՎ ՊԱՀԱՆՋՎՈՂ ԾԱՆՈՒՑԱԳԻՐ

SSA-ի հավաքած բոլոր անձնական տեղեկությունները պաշտպանվում են 1974 թվի Գաղտնիության Ակտով: Հենց որ բժշկական տեղեկությունը հայտնվի SSA-ին, այնուհետև այն պաշտպանված չի լինի 45 CFR մաս 164-ի առողջական տեղեկության գաղտնիության ստանդարտությամբ (պարտադրյալ՝ Առողջական Ապահովագրության Փոխանցելիության և Հաշվետու Լինելու Ակտով (HIPAA)): SSA-ը անձնական տեղեկությունները պահում է խստորեն մեկտեղյալ պահման ժամանակացույցերին, որոնք սահմանվել և պահպանվում են հարմարակցված Ազգային Արխիվների և Արձանագրությունների Վարչության: Ինչ-որ արձանագրության պիտանի կյանքի ավարտին, այն փչացվում է՝ համաձայն գաղտնիության ստանդարտությունների, ինչպես նշված է 36 CFR մաս 1228-ում:

SSA-ը լիազորված է SSA-827 ձևով տեղեկություն հավաքել Ընկերային Ապահովության Ակտի հետևյալ հատվածներով՝ 205(a), 223 (d)(5)(A), 1614(a)(3)(H)(i), 1631(d)(1) և 1631 (e)(1)(A): Այս ձևով ստացված տեղեկությունը մենք օգտագործում ենք որոշելու նպատակներին ձեր պաշտպանությունը և ձեր կարողությունը՝ որևէ ստացված նպատակառարկելու: Այս օգտագործումը սովորաբար ընդգրկում է տեղեկության քննությունը այն Նահանգային գործակալության կողմից, որը ընթացք է տալիս ձեր գործին և ստուգում որակը SSA-ի անձերի: Որոշ դեպքերում, ձեր տեղեկությունը կարող է նաև քննվել SSA-ի անձնակազմի կողմից՝ ընթացք տալու ձեր դիմումին, կամ՝ հետաքննիչներից, ովքեր խարդախության կամ չարաշահման ամբաստանություններ են քննում, և կարող է օգտագործվել ցանկացած առնչակից վարչական, քաղաքացիական կամ ռմբային դատաքննությունում:

Այս ձևի ստորագրումը կամավոր է, բաց էթե ձեզ չհաջողվի այն ստորագրել, կամ այն չեղյալ համարեք անհրաժեշտ տեղեկությունը մեր կողմից քննվելուց առաջ, հնարավոր է, որ հետևանքը լինի մերժում կամ նպատակների կորուստ: Չնայած այս ձևով մեր ձեռք բերած տեղեկությունը համարյա երբեք չի օգտագործվել վերևը նշվածներից տարբեր նպատակներով, այն կարող է հրապարակվել SSA-ի կողմից առանց ձեր համաձայնության, եթե դա թույլատրվում է Դաշնակցային օրենքներով, ինչպես՝ Գաղտնիության Ակտով և Ընկերային Ապահովության Ակտով: Օրինակ, SSA-ը կարող է տեղեկություն հրապարակել՝

1. Մի երրորդ կողմ (օրինակ՝ խորհրդատու բժիշկ) կամ այլ կառավարական գործակալություն ի վիճակի դարձնելու, որ օգնի SSA-ին՝ հիմնավորել Ընկերային Ապահովության նպատակների և/կամ ծածկույթի իրավունքները.
2. Ըստ օրենքի, որը լիազորում է Ընկերային Ապահովությունից արձանագրությունների հրապարակումը (օրինակ՝ Ընդհանուր Հետաքննչին, Դաշնակցային կամ Նահանգային նպատակների գործակալությունների և հաշվեքննիչների, կամ Վետերանների Գործերի Բաժանմունքին (VA)).
3. Վիճակագրական հետազոտության և հաշվեքննական գործողությունների համար, որոնք անհրաժեշտ են՝ Ընկերային Ապահովության ծրագրերի ամբողջականությունն ու բարելավումը երաշխավորելու նպատակով (օրինակ՝ Վիճակագրական Գրասենյակին և SSA-ի հետ պաշտպանագիր կնքած անձնակազմի շահագրգռվածների):

SSA-ը առանց կանխօրոք գրավոր պատշաճ համաձայնության չի վերահրապարակի տեղեկություն՝ (1) ակտիվ կամ թմրանյութի չարաշահման մասին, ինչպես նշվում է 42 CFR մաս 2-ում, կամ (2) անչափախախտ մասին կրթական արձանագրություններից, որոնք ձեռք են բերվել ըստ 34 CFR մաս 99-ի (Ընտանիքի կրթության Իրավունքներ և Գաղտնիության Ակտ (FERPA)), կամ (3) հոգեկան առողջության, զարգացման անկարողությունների, AIDS-ի կամ HIV-ի մասին:

Մենք ձեր ներկայացրած տեղեկությունը կարող ենք նաև օգտագործել՝ համակարգչով արձանագրություններ համեմատելիս: Համեմատող ծրագրեր մեր արձանագրությունները կբաղդատեն այլ Դաշնակցային, Նահանգային կամ տեղական կառավարական գործակալությունների արձանագրությունների հետ: Ծատ գործակալություններ կարող են օգտագործել համեմատման ծրագրերը՝ գտնելու կամ ապացուցելու, որ անձը պայմանուհու է Դաշնակցային կառավարության կողմից վճարվող նպաստների: Օրենքը մեզ թույլատրում է այս բանն անել՝ մինչև անգամ եթե համաձայն չգտնվեք դրան:

Ցանկացած Ընկերային Ապահովության Գրասենյակ ձեր հայտնած տեղեկությունը ինչո՞ւ օգտագործելու կամ բացահայտելու հնարավոր պատճառների մասին ձեզ բացատրություններ կտա, եթե պահանջեք:

ԹՂԹԱԿԱԼՈՒԹՅԱՆ ՆՎԱԶԵՑՄԱՆ ԱԿՏ

Այս տեղեկություն հավաքելը համապատասխանում է 44 U.S.C. § 3507-ի պայմաններին, ինչպես բարեփոխվել է 1995 թ.ի Թղթակալության Նվազեցման Ակտի Հատված 2-ով: Դուք պարտավոր չեք այս հարցերին պատասխանել՝ եթե Գրասենյակի Կառավարման և Բյուջետի կարգավորման համար չենք նշել: Մեր գնահատումով, շուրջ 10 րոպե կտևի ցուցմունքները կարդալը, իրողությունները հավաքելը և հարցերին պատասխանելը: **Ձե՛վ՛Ը ԱՌԱՔԵՑԵՔ ԿԱՄ ԱՆՁԱՄԲ ԲԵՐԵՔ ՁԵՐ ՏԵՂԻ ԸՆԿԵՐԱՑԻՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ԳՐԱՍԵՆՅԱԿ:** Գրասենյակը նշված է ձեր հեռախոսագրքի ԱՄՆ-ի կառավարական գործակալություններ բաժնում, կամ կարող եք զանգահարել Ընկերային Ապահովության 1-800-772-1213 համարով: Ժամանակի մեր վերևի գնահատման շուրջ դիտողություններ կարող եք ուղարկել՝ SSA, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-0001: **Այս հասցեով ուղարկեցեք միայն ժամանակի գնահատման վերաբերվող դիտողությունները, ո՛չ թե լրացված ձևը:**