

## نموذج تفويض الإفصاح عن المعلومات

إلى: جمعية متلازمة داون لعائلات نبراسكا  
ص.ب 57362 لينكولن، نبراسكا 68505  
402-770-9826  
medicaloutreach@dsafnebraska.org

أنا، \_\_\_\_\_، أفوض بموجب هذا \_\_\_\_\_،  
وشركائه (أ)، وموظفيه (أ) ووكلائه (أ) بالإفصاح لجمعية متلازمة داون لعائلات نبراسكا (DSAF) عن  
معلومات الاتصال الشخصية الخاصة بي والتي تتضمن اسمي وعنوان بريدي الإلكتروني ورقم غرفة  
المستشفى ورقم هاتفي لغرض مساعدتي في الاتصال بـموارد المجتمعية والدعم المتعلق بمتلازمة داون.  
يكون هذا التفويض ساريًا من تاريخ توقيعي أدناه وينتهي بعد 6 أشهر من تاريخ التوقيع.

أفهم أن لدي الحق في إلغاء هذا التفويض عن طريق تقديم إشعار كتابي إلى \_\_\_\_\_.  
كما أفهم أن لدي الحق في الحصول على نسخة من هذا التفويض. وأدرك أيضًا أن هذا التفويض طوعي  
وأ أنني يمكنني رفض التوقيع على هذا التفويض.

الاسم: \_\_\_\_\_

المريض(ة)/الطفل(ة): \_\_\_\_\_

تاريخ ميلاد المريض(ة)/الطفل(ة): \_\_\_\_\_

البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

الهاتف: \_\_\_\_\_

الطبيب(ة) المُحيل: \_\_\_\_\_

التوقيع: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_