

راهنمایی برای تکمیل فرم SSA-827

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

این راهنمایی ها به زبان فارسی، ترجمه فرم انگلیسی SSA-827 است. برای آنکه پرونده از کار افتادگی شما به جریان بیفتد، باید متن انگلیسی فرم SSA-827 را امضا کنید، تاریخ بزیند و به اداره سوسیال سکيوریتی محل خود برگردانید.

اجازه برای در اختیار گذاشتن اطلاعات با اداره سوسیال سکيوریتی (SSA)

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

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

چه موردی تمام تاریخچه پزشکی من، همینطور تاریخچه تحصیلی و دیگر اطلاعات در رابطه با توانایی من برای انجام کارهای مختلف که شامل اجازه بخصوص برای در اختیار گذاشتن این موارد است:

- همه پرونده ها و اطلاعات مربوط به معالجه، بستری شدن در بیمارستان و معالجات سر پاتی من در رابطه با ناتوانی (های) من که موارد زیر و موارد دیگر را مشخص میکند:
 - ناتوانی (های) روانشناسی، روانپزشکی یا سایر ناهنجاری های روانی (به جز «یادداشت های روان درمانی» بدان گونه که در CFR 164.501 45تعریف شده)
 - اعتیاد به مواد مخدر، الکل یا سایر اعتیادها
 - بیماری خونی Sickle cell anemia
 - تاریخچه پزشکی که ممکن است نشان دهنده وجود بیماری های و آگیر و غیر و آگیر یا آزمایشات و تاریخچه پزشکی اچ آی وی /ایدز باشند.
 - ناهنجاری های ژنتیکی (از جمله نتایج تست ژنتیکی)
- اطلاعاتی در این مورد که چگونه ناتوانی (های) من روی توانایی ام برای انجام کارها و فعالیت های زندگی روزانه اثر می گذارد و بر توانایی من برای کار کردن تاثیر گذار است.
- کپی امتحانات یا ارزیابی های آموزشی، از جمله «برنامه های آموزشی اختصاصی»، آزمایشاتی که سه سال یکبار انجام می شود. برآوردهای روانشناسی و گفتاری، و هر نوع مدرکی دیگر که می تواند به برآورد عملکرد کمک کند؛ همچنین نظارت ها و برآوردهای معلمان.
- اطلاعاتی که در عرض ۱۲ ماه پس از تاریخ امضای این اجازه نامه بوجود آمده، و نیز اطلاعات گذشته.

از طرف چه کسی

- همه منابع پزشکی (بیمارستانها، کلینیک ها، آزمایشگاهها، پزشکان، روانشناسان، و غیره) از جمله تاسیسات بهداشت روانی، تأدیبی، 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 سکيوریتی
- کارفرمایان، شرکت های بیمه، برنامه پرداخت غرامت برای صدمه دیدن در حال کار
- کسان دیگری که ممکن است درباره وضعیت من اطلاعاتی داشته باشند (خانواده، همسایگان، دوستان، مقامات رسمی)

برای چه کسی

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

هدف

تعیین صلاحیت من برای دریافت مزایا، از جمله توجه به مجموعه اثرات هر نوع ناتوانی که به خودی خود در تعریف اداره سوسیال سکيوریتی از ناتوانی نمی گنجد؛ و این مطلب که 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 انگلیسی SSA-827 را علامت بزیند (اگر این مورد مربوط است، آن 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 (از جمله کپی الکترونیک) این فرم را برای در اختیار گذاشتن 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 در اختیار گذاشتن شود (برای جزئیات بیشتر به صفحه ۲ مراجعه کنید).
- در هر زمانی ممکن است برای لغو این اجازه اداره سوسیال سکيوریتی و منابع خود را بطور کتبی آگاه کنم (برای جزئیات بیشتر به صفحه ۲ مراجعه کنید).
- چنانچه تقاضا کنم اداره سوسیال سکيوریتی 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 در اختیار گذاشتن موارد بالا از طرف انواع منابع ذکر شده موافقم.

**** لطفاً فقط با خودکار مشکی یا آبی امضا کنید.****

چنانچه توسط شخصی که اطلاعات او فاش می شود امضا نشده، اساس اجازه برای امضا کردن را مشخص کنید. خانه مناسب در فرم انگلیسی 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 ایالتی مقرر می دارد که دو امضا وجود داشته باشد، محل مناسب در فرم انگلیسی SSA-827 را امضا کنید.	اجازه در اختیار گذاشتن 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.
---	---

شاهد: در این قسمت فرم انگلیسی SSA-827، شخصی که امضا کننده فرم را می شناسد باید بعنوان شاهد امضا دهد 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 در اختیار گذاشتن اطلاعات با در نظر گرفتن مقررات مربوط به در اختیار گذاشتن اطلاعات پزشکی، آموزشی و سایر موارد و تحت ("HIPAA") P.L 104-191 و نیز 45 CFR parts 160 and 164؛ 42 U.S. Code section 290dd-2؛ و 2 CFR part 42؛ و 38 CFR 1.475؛ 38 U.S. Code section 7332؛ 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 در اختیار گذاشتن اطلاعات به اداره سوسیال سکيوریتی (SSA)

برای کمک به تهیه اطلاعات لازم جهت به جریان انداختن ادعا شما 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 وضعیت های 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 در اختیار گذاشتن همه اطلاعات خود از جانب همه منابع ممکن امضا کنید، منابعی که آن اطلاعات را در اختیار دارند آنها را در اختیار دیگران قرار میدهند. برای هر منبع ما یک کپی از این اجازه نامه را تهیه می کنیم. یک نهاد تحت پوشش (یعنی یک منبع اطلاعات پزشکی در مورد شما) نمیتواند بخاطر امضا نکردن این اجازه نامه، درمان، پرداخت، ثبت نام و یا واجد شرایط بودن برای دریافت مزایا را برای شما محدود سازد. 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 سکيوریتی بصورت کتبی اطلاع دهید. اگر چنین کردید یک کپی آن نامه را نیز مستقیماً به هر کدام از منابعی بفرستید که دیگر مایل نیستند اطلاعات مربوط به شما را در اختیار گذاشتن کنند؛ اگر ما هر منبعی را شناسایی کردیم که شما در مورد آن به ما چیزی نگفته بودید اداره سوسیال سکيوریتی می تواند این موضوع را به شما اطلاع دهد. اداره سوسیال سکيوریتی ممکن است از اطلاعات در اختیار گذاشتن 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 سکيوریتی آن است که به افرادی که خوب انگلیسی صحبت نمی کنند خدمات خود را به زبان بومی آنها یا روش ارتباط ترجیحی آنها ارائه می دهد. اداره سوسیال سکيوریتی 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 سکيوریتی جمع آوری می کند تحت حفاظت قانون مسائل شخصی مصوبه سال ۱۹۷۴ قرار دارد. هنگامی که اطلاعات پزشکی در اختیار اداره سوسیال سکيوریتی 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 سکيوریتی 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 (1)(d) 1631، (i)(H)(3)(a) 1614، (A)(5)(d) 223، (a) 205 و بند (A)(1)(e) قانون تامین اجتماعی اداره سوسیال سکيوریتی مجاز است اطلاعات فرم SSA-827 را جمع آوری کند. ما از اطلاعات گردآوری شده در این فرم برای تعیین صلاحیت شما، یا ادامه 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 سکيوریتی است. در برخی از موارد اطلاعات شما ممکن است توسط پرسنل اداره سوسیال سکيوریتی 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 سکيوریتی فاش گردد. برای مثال اداره سوسیال سکيوریتی 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 سکيوریتی برای وضع حقوق و مزایای سوسیال سکيوریتی و / یا پوشش آن؛
- ۲ اطاعت از قانون که اعلام اطلاعات را از پرونده های سوسیال سکيوریتی 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 فعالیت هایی که برای تضمین تمامیت و بهبود برنامه های سوسیال سکيوریتی لازم هستند (مثلاً برای اداره آمار و وابسته های خصوصی تحت قرارداد اداره سوسیال سکيوریتی).

بدون رضایت کتبی قبلی، اداره سوسیال سکيوریتی اطلاعات زیر را دوباره در اختیار گذاشتن 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، اینز 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 آنهایی که 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 سکيوریتی قابل دسترسی است.

قانون کاهش تشریفات اداری

این جمع آوری اطلاعات با مقررات 3507 § U.S.C. 44 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. حس می زنیم که خواندن این دستورالعمل ها، گرد آوری اطلاعات واقعی، و پاسخ به این سوالات حدود ده دقیقه وقت می گیرد. **فرم کامل شده را به اداره سوسیال سکيوریتی 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 سکيوریتی 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 سکيوریتی به نشانی *SSA, 1338 Annex Building, Baltimore, MD21235-6401* ارسال دارید. **فقط اظهار نظر های راجع به تخمین زمان از طرف ما را به این آدرس بفرستید، و نه فرم تکمیل شده را.** بفرستید، و نه فرم تکمیل شده را.