



MDHHS-5647, INFANT CONSENT TO PARTICIPATE IN RISK IDENTIFIER INTERVIEW INFANT CONSENT TO PARTICIPATE IN MIHP

MDHHS-5647-AR، إعطاء الموافقة لِكَي يشارك طفل رضيع في مقابلة مُعرِّف المخاطر

إعطاء الموافقة لِكَي يشارك طفل رضيع في برنامج MIHP

Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS)

Maternal Infant Health Program (MIHP)

(Revised 12-25)

القسم الأول (1)

Maternal Infant Health Program (البرنامج الصحي للأمومة والرضيع) هو خدمة زيارة منزلية للنساء الحوامل والأطفال الرضع الذين لديهم تأمين الـ Medicaid (مديكد). يهدف برنامج MIHP إلى تعزيز الحمل الصحي، ونتائج الولادة الإيجابية، والنمو والتطور الصحي للأطفال الرضع. برنامج MIHP هو برنامج تابع لـ Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS).

زائرات المنازل التابعات لبرنامج MIHP هنّ متخصصات في المجال الصحي ذوات خبرة يمكنهن:

- مساعدتك في الحصول على وسائل النقل إلى المواعيد الطبية المتعلقة بطفلك الرضيع وبرنامج WIC (المرأة والرضيع والأطفال الصغار) إذا لزم الأمر لذلك.
- مساعدتك في الحصول على الرعاية الصحية لطفلك الرضيع أو أطفالك الرضع.
- الإجابة عن الأسئلة المتعلقة برعاية طفلك الرضيع.
- مساعدتك في الحصول على مواد غذائية أو مكان للعيش فيه.
- مساعدتك على التعرف على كيفية تحضير المواد الغذائية الصحية وتناولها.
- مساعدتك في التعامل مع المخاوف الصحية مثل الاكتئاب والقلق.
- مساعدتك في التغييرات التي تقرررين القيام بها لتكوني بصحة جيدة. قد تشمل هذه التغييرات الإقلاع عن التدخين، أو تناول الكحول أو المخدرات، أو التقليل منها.
- مساعدتك إذا كنت تشعرين بمخاوف وقلق بشأن العنف الأسري.
- الإجابة عن الأسئلة المتعلقة بالتخطيط الأسري (تنظيم النسل).
- مساعدتك في الارتباط بالخدمات المتاحة لك في المجتمع المحلي. تشمل هذه الخدمات فصولاً تثقيفية في مجال الأبوة والأمومة ومخازن للأطفال الرضع التي توفر مستلزمات الأطفال الرضع مجاناً.
- أن يكنّ بجانبك إذا طرأت عليك أي مخاوف.

نحرص على الحفاظ على خصوصيتك. لا يحق لأي شخص الاطلاع على المعلومات الخاصة بك إلا الذين لديهم الحاجة والحق القانوني معاً للاطلاع عليها. سنشارك المعلومات الخاصة بك مع مقدم رعايتك الطبية والجهة المسؤولة عن الدفع حتى تتمكن من تنسيق شؤون الرعاية الخاصة بك. قد نُفصح عن معلومات خاصة بك دون الحصول على إذن منك عندما يقتضي القانون القيام بذلك. يمكنك أيضاً الإشارة إلى أطراف إضافية قد ترغبين في أن يتبادل برنامج MIHP المعلومات معها من خلال استكمال إعطاء الموافقة للإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية و/أو إعطاء الموافقة لمشاركة عند مشاركة المعلومات مع الغير، قد يتضمن ذلك جميع المعلومات التي يجمعها برنامج MIHP، مثل:

1. إجاباتك عن مقابلة التقييم التي يجريها برنامج MIHP معك.
2. أي معلومات أخرى تقومين بتقديمها.
3. أي معلومات يقوم أي طرف آخر بتقديمها.

1. إعطاء الموافقة على المشاركة في مقابلة يجريها برنامج MIHP لتقييم مُعرِّف المخاطر

تريد MDHHS أن تسألك بعض الأسئلة حول عادات حياتك ومعيشتك اليومية. هذه فرصة لك للتعبير عن أي مخاوف بشأن احتياجاتك الحالية. هناك سببان وراء قيام MDHHS بجمع معلومات المخاطر الصحية المعنية بالنساء الحوامل والأطفال الرضع:

1. لمساعدة موظفي برنامج MIHP في معرفة أي خدمات من برنامج MIHP ستقدمها لك.
2. لمساعدة الولاية على تحسين صحة السكان بشكل عام.

يمكنك اختيار المشاركة في مقابلة التقييم التي يجريها برنامج MIHP لكلا السببين أو يمكنك المشاركة للسبب الثاني فقط. وهذا يعني أنه بإمكانك الموافقة على إعطاء إذنك على مساعدة الولاية في جمع المعلومات حول العائلات في طور الحمل والولادة دون الحاجة إلى التسجيل في برنامج MIHP.

يمكنك اختيار عدم الإجابة عن بعض أسئلة التي تُطرح عليك أثناء المقابلة. كما يمكنك إيقاف المقابلة في أي وقت. لن يؤثر ذلك على أحقية دخولك في برنامج تأمين الـ Medicaid (مديكيد). سيتم وضع المعلومات الخاصة بك في قاعدة بيانات سرّية وأمنة في MDHHS.

☐ أوافق على المشاركة في مقابلة التقييم التي يجريها برنامج MIHP.

☐ لا أوافق على المشاركة في مقابلة التقييم التي يجريها برنامج MIHP. أفهم أن هذا يعني أنني لن أشارك في برنامج MIHP.

2. إعطاء الموافقة للمشاركة في برنامج MIHP

أفهم أنه بإمكانني المشاركة في برنامج MIHP لأن لدى طفلي الرضيع تأمين الـ Medicaid (مديكيد).
وأفهم الخدمات التي يمكن أن يقدمها برنامج MIHP لي ولطفلي الرضيع.

☐ أوافق على المشاركة في برنامج MIHP.

اسم مقدّم الرعاية للطفل الرضيع:

☐ لا أوافق على المشاركة في برنامج MIHP.

القسم الثاني (2) - التوقيع

اسم الطفل الرضيع المستفيد (الكتابة بحروف كبيرة وواضحة)	اسم المُمثِّل القانوني (الكتابة بحروف كبيرة وواضحة)	علاقة المُمثِّل القانوني بالطفل الرضيع المستفيد
توقيع المُمثِّل القانوني		
[تم الحصول على الموافقة شفهيّاً (عن طريق زيارة تمت عبر Telehealth، الرعاية الصحيّة عن بُعد، أو عبر الهاتف فقط) (توقيع الممرّض القانوني أو الأخصائي الاجتماعي في برنامج MIHP) Signature of MIHP RN or SW		
التاريخ	التاريخ	Date (التاريخ)

لن تميّز Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) ضد أي فرد أو مجموعة على أساس العرق، أو الأصل القومي، أو اللون، أو الجنس، أو الإعاقة، أو الدين، أو العمر، أو الطول، أو الوزن، أو الحالة العائليّة، أو الاعتبارات الحزبيّة، أو المعلومات الوراثيّة. يشمل التمييز القائم على أساس الجنس، على سبيل المثال لا الحصر، التوجّه الجنسي، والهوية الجنسيّة، والتعبير الجنسي، والخصائص الجنسيّة، والحمل.