NEW YORK STATE
OFFICE OF ADDICTION SERVICES AND SUPPORTS

طلب النظر في رفض
طلب توثيق

ا اسم عائلة المريض ,	الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط
رقم الحالة		
المنشأة	الوحدة	

التعليمات: **أعط نسخة من النموذج للمريض!** قم بإعداد نسخة واحدة لسجل حالة المريض.

طلب مراجعة

نوع الطلب الأصلي

- ☐ طلب تعديل السجل
- ☐ طلب فحص/نسخ السجل
- ☐ طلب تقييد استخدام المعلومات السرية:

سبب إعادة النظر في الرفض

أنا، الموقع أدناه، أطلب بموجبه إعادة النظر في رفض طلبي (الموضح أعلاه). وأفهم أن المؤسسة قد ترفض طلبي لسبب ما.

(توقيع المريض) (توقيع الوالد/ولي الأمر، عند الطلب)

(اسم المريض مكتوبًا بخط اليد) (اسم الوالد/ولي الأمر مكتوبًا بخط اليد)

(التاريخ) (التاريخ)

إجراء المؤسسة:

☐ الطلب مقبول.

☐ الطلب مرفوض. سبب الرفض

- ☐ لم يُنشئ البرنامج المادة المطلوب تعديلها.
- ☐ المادة عبارة عن تقرير علاج نفسي أو معلومات تم جمعها تحسبًا أو لاستخدامها في إجراء أو دعوى مدنية، أو جنائية، أو إدارية.
- ☐ يقرر البرنامج أن السجل دقيق وكامل.
- ☐ سبب آخر. صِف _____

المدير/المدير المساعد التاريخ