

## الإعفاء من السرية

سيصرح هذا النموذج للشخص الذي تحدده بمراجعة سجلات المطالبة (بما في ذلك السجلات أو المعلومات الطبية)، للتصرف كمترجم، و/أو التواصل مع هذه الإدارة نيابة عنك، **لمدة 30 يومًا** من تاريخ التوقيع.

الرجاء إكمال المعلومات التالية وتوقيع وتاريخ النموذج وإعادته إلى هذه الإدارة بأسرع ما يمكن. يجب عليك تعيين فرد محدد وإدراج اسمه الكامل. ولا يقبل اسم الشركة أو الهيئة.

أفوض أنا، \_\_\_\_\_، رقم الضمان الاجتماعي \_\_\_\_\_،  
مقدم الطلب - الاسم بالكامل رقم الضمان الاجتماع لمقدم الطلب

بموجبه \_\_\_\_\_،  
المعين - الاسم بالكامل العلاقة بمقدم الطلب

في مراجعة المطالبة السرية والسجلات الطبية السرية ذات الصلة بي والموجودة حاليًا في حيازة مكتب ضمان العمل في نيو هامبشير، لمساعدتي كمترجم و/أو التحدث نيابة عني بخصوص مطالبتني والإجراءات ذات الصلة.

\_\_\_\_\_  
التاريخ

\_\_\_\_\_  
مقدم الطلب - التوقيع

**يجب أن يشهد على توقيع ممثل مفوض لإدارة ضمان العمل في نيو هامبشير، أو توثيقها من قبل قاضي الصلح أو كاتب العدل.**

وإقرارًا بذلك، وقعت وختمت هذه الوثيقة (الكاتب العدل) في اليوم والسنة المدونين أدناه.

\_\_\_\_\_  
التاريخ

\_\_\_\_\_  
كاتب العدل - قاضي الصلح  
أو الممثل المخول للمفوض في إدارة ضمان العمل في نيو هامبشير

إذا كنت ترغب، في أي وقت، إلغاء هذا الإعفاء، يجب عليك إخطار هذه الإدارة كتابيًا.

الرجاء إرجاع هذا النموذج إلى أقرب مكتب محلي في نيو هامبشير أو إرسال بريد إلى:  
NHES, 45 South Fruit Street Concord, NH 03301-4857