



Oggolaanshaha Siidaynta Macluumaadka Caafimaadka Shakhsiyeed

Aniga, _____, waxaan oggolaansho u siinaayaa qofka/dadka soo socda in ay la xiriiraan Health Share ee Oregon ee arrimaha ku saabsan caafimaadkeyga. Waxaan oggolaansho siinayaa Health Share ee Oregon si ay u falanqeeyaan macluumaadkayga shakhsiyadeed, oo ay ku jiraan cinwaanka, lambarka telefanka, lambarka aqoonsiga xubinnimada, macluumaadka qorshaha, iyo taariikhaha ugu habboon si loo xaqiijiyo macluumaadka iyo/ama si loo sameeyo bedelaada lagama maarmaanka ah.

Fadlan buuxi (ku qor) leemamka soo socda.

(Magaca)

(Xirriirka)

(Magaca)

(Xirriirka)

Waxaan fahamsanahay in aanan oggolaansho ka dhiibin wixii falanqeyn ah ee ku saabsan macluumaadka aan ka ahayn sababaha kor ku xusan. Waxaan fahamsanahay in Health Share ee Oregon ay kaliya la hadli karaan qofka/dadka kor ku qoran, marka laga reebo haddii foom kale la buuxiyo ama macluumaadka noocaas ah uu si gaarka ah sharcigu ugu baahan yahay.

Waxaan fahamsanahay in foomkan uu gaar u yahay isticmaalka Health Share ee Oregon oo keliya, oo laga yaabo in la iiga baahdo in aan siiyo macluumaad dheeraad ah hay'adaha kale ee ku lug leh daryeelka caafimaadkayga.

Macluumaadkan waxaa uu wax ku ool yahay ilaa hal (1) sano laga bilaabo taariikhda la saxiixay.

X

Saxeexa Xubinta

Taariikhda

Aqoonsiga Qorshaha Caafimaadka Oregon ee Xubinta

X

Saxeexa Waalidka, Mas'uulka ama Wakiilka Sharciyeed haddii xubinta uu yahay qof yar (sheeg xiriirka aad la leedahay bukaanka)

Taariikhda

Fadlan ku soo celi dukumeentigan Health Share ee Oregon adigoo isticmaalaya mid ka mid ah siyaabahan soo socda:

Fakis: 503-459-5749

Imeeyl: info@healthshareoregon.org

Boosto: 2121 Sw Broadway, Ste 200, Portland, Or 97201