

إعطاء الإذن وإبراء الذمة لأغراض الدعاية والإعلان

اسم الحدث

التاريخ

أفهم أن Multnomah County (مقاطعة مولتنومه) قد تشمل صورتي الشخصية أو اسمي أو أقوالي لأغراض سرد القصص أو إعلام الجمهور عن البرامج التي تقدمها المقاطعة.

ويجوز أن تستخدم المقاطعة صورتي الشخصية أو اسمي أو أقوالي في أيّ من الطرق التالية:
الصور الفوتوغرافية، التسجيلات المرئية (فيديو)، التسجيلات الصوتية، التلفاز، المواقع الإلكترونية (الويب)/الوسائط الاجتماعية

أوافق على التالي:

أنه يجوز للمقاطعة أن تستخدم صورتي الشخصية أو اسمي أو أقوالي في أي وقت.

ويجوز للمقاطعة أن تستخدم صورتي الشخصية أو اسمي أو أقوالي حتى (تاريخ) _____.

ويجوز للمقاطعة أن تعطي صورتي الشخصية أو اسمي أو أقوالي إلى أي مؤسسة إعلامية لاستخدامها.

وبهذا، فإنني أبرئ ذمة Multnomah County وأخلي مسؤوليتها من كل الدعاوى القانونية أو المطالبات لقاء أضرار ناشئة من استخدام اسمي أو صورتي الشخصية أو أقوالي بما في ذلك كل ادعاءات القذف والتشهير أو انتهاك الخصوصية. وإذا كنت دون سن الـ 18 من العمر، فيقوم أحد والديّ أو الوصي القانوني المسؤول عني بتوقيع اسمه أو اسمها نيابة عني والموافقة على بنود هذه الوثيقة.

كتابة الاسم بحروف كبيرة وواضحة

التوقيع

كتابة اسم الوالدة(ة)/الوصي بحروف كبيرة وواضحة

توقيع الوالدة(ة)/الوصي

الهاتف: _____ البريد الإلكتروني: _____

إعطاء الإذن للإفشاء عن معلومات صحية

الاسم

تاريخ الميلاد

أذن لكل من التالي:

Multnomah County Health Department (إدارة الصحة لمقاطعة مولتنومه)

Multnomah County Department of Community Justice (إدارة العدل المجتمعي لمقاطعة مولتنومه)

Multnomah County Aging, Disability & Veterans Services (خدمات الشيخوخة والإعاقة والجنود القدامى لمقاطعة مولتنومه)

Multnomah County Developmental Disabilities (الإعاقات النمائية لمقاطعة مولتنومه)

للإفشاء عن اسمي وعنواني ورقم هاتفي وصورتي الشخصية والمعلومات المتعلقة بصحتي إلى Multnomah County Communications Office (مكتب الاتصالات لمقاطعة مولتنومه) لأغراض سرد القصص أو إعلام الجمهور عن أي برامج تقدمها المقاطعة.

...

للإفشاء عن اسمي وعنواني ورقم هاتفي وصورتي الشخصية والمعلومات المتعلقة بصحتي إلى Multnomah County Communications Office (مكتب الاتصالات لمقاطعة مولتنومه) لأغراض سرد القصص أو إعلام الجمهور عن أي برامج تقدمها المقاطعة. ويجوز لي أن ألغي هذا الإذن في أي وقت بإرسال خطاب خطي إلى مكتب المقاطعة المدرج أعلاه. وفي حال قيامي بذلك، لن تعطي Multnomah County المعلومات الخاصة بي إلى أي أحد آخر. وبمجرد أن تقوم المقاطعة بإفشاء المعلومات الخاصة بي إلى طرف آخر، فيجوز لك أن تطلب من ذلك الطرف الآخر أن يتوقف عن استخدام المعلومات، علماً أن المقاطعة لا تفرض على الطرف الآخر أن يتوقف عن استخدام المعلومات.

يمكنني أن أرفض توقيع هذا النموذج، ولن يتم إفشاء أي من المعلومات المذكورة أعلاه إلى Communications Office (مكتب الاتصالات). لا يكون هذا النموذج ضرورياً للحصول على العلاج أو دفع أجور العلاج أو الانتساب في التأمين الصحي أو التأهل للحصول على مخصصات أو منافع.

سينتهي مفعول هذا الإذن في 10 سنوات من التاريخ المبين أدناه.

يجوز لي أن أطلب نسخة من هذا النموذج.

التوقيع

التاريخ

إذا تم توقيع هذا النموذج من قبل أحد نيابة عن شخص آخر (كولد دون سن الـ 18 عاماً)، فيرجى استكمال تعبئة الحقول أدناه:

صلة القرابة

اسم الممثل الشخصي (يجب كتابة الاسم بحروف كبيرة وواضحة)

توقيع الممثل الشخصي