



امسح الرمز
ضوئياً باستخدام
هاتفك.

طبيب الأسنان قادم إلى المدرسة! احصل على عناية بالأسنان داخل المدرسة بدون تكلفة* من جانبك.

* للمرضى الذي يتمتعون بتغطية MassHealth أو برنامج التأمين الطبي للأطفال (Children's Medical Security Plan)



العناية بأسنان طفلك أمر مهم للحفاظ على صحته.

السهولة والراحة - سوف يقوم طبيب أسنان مرخص من الولاية بفحص فم طفلك وأسنانه بانتظام، بالإضافة إلى توفير التنظيف والأشعة السينية عند اللزوم، والعلاج بالفلورايد واستخدام مواد الحشو، حسب الحاجة. ويمكن أيضاً تقديم رعاية إضافية، مثل الحشو. وسيتم إرسال بطاقة تقرير علاج الأسنان إلى المنزل مع طفلك. ويشمل التصريح الرعاية الأولية للأسنان وزيارات المتابعة. يرجى التوقيع على الاستمارة وإعادتها إلى المدرسة اليوم.



يرجى الإكمال

الاسم الأول القانوني للطفل	الاسم (الأسماء) الأخير القانوني للطفل	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	ذكر ☐ أنثى ☐
العنوان	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
المدرسة	المعلم	الصف	
اسم الأب/ولي الأمر	الهاتف	()	
البريد الإلكتروني	الهاتف البديل	()	

أسئلة صحية مهمة

هل يعاني طفلك من أي حالات طبية أو إعاقات أو مشاكل سلوكية سابقة أو حالية؟ يرجى وضع علامة أمام كل حالة تنطبق على طفلك وتوضيحها في المساحة المتاحة. ويرجى إرفاق معلومات إضافية بهذه الاستمارة حسب الحاجة. وفي حالة عدم وجود أي حالات، اترك المساحة فارغة.

- | | | | | |
|--|---|--|--|---------------------------------------|
| ☐ الأمراض المعدية النشطة (بما في ذلك فيروس كورونا (كوفيد-19)) | ☐ الحساسية تجاه الأطعمة/موسمية | ☐ اضطرابات النزيف | ☐ السكري | ☐ مرض كلوي |
| ☐ الربو | ☐ الحساسية تجاه الأدوية | ☐ مشاكل في التنفس | ☐ مشاكل في القلب | ☐ مرض في الكبد |
| ☐ غير ذلك | ☐ المشاكل السلوكية | ☐ مشاكل الأسنان | ☐ الاضطرابات المناعية | ☐ نوبات مرضية |

يرجى التوضيح

اذكر الأدوية و/أو مشاكل الأسنان الحالية:

التاريخ التقريبي لآخر زيارة لطبيب الأسنان كيف يعتني طفلك حالياً بأسنانه؟

في حالة التأمين على طفلك لدى MassHealth/برنامج التأمين الطبي للأطفال (Children's Medical Security Plan)

أدخل رقم هوية الطفل
المنتسب (RIN) هنا:

أو رقم الضمان الاجتماعي للطفل (إن وُجد)

تأمين الأسنان الخاص	اسم شركة التأمين (غير Medicaid)	رقم الهاتف	()
رقم المجموعة	اسم رب العمل	رقم هاتف الشركة	()
اسم الشخص/البالغ المؤمن عليه	تاريخ ميلاد الشخص البالغ المؤمن عليه	/	/
رقم العضو/رقم البوليصة	رقم الضمان الاجتماعي للشخص البالغ المؤمن عليه	-	-

في حال الدفع مقابل الخدمات، أرفق الشيك أو الحوالة المالية بهذا النموذج واجعلها مستحقة الدفع إلى: Smile Massachusetts. للدفع ببساطة الائتمان، اتصل على 855-481-8639.

الأعمار من 13 سنة فأصغر: 90 دولاراً الأعمار من 14 سنة فأكثر: 111 دولاراً

إذا لم يكن لدى الطفل تأمين للأسنان

- ☐ سأدفع الرسوم المخفضة مقابل تنظيف الأسنان، والفحص، والفلورايد في كل زيارة.
- ☐ أطلب تبرعاً بالرعاية لتغطية تكلفة تنظيف الأسنان والفحص والفلورايد لطفلي.
- (سترسل لك طلب التبرع بالرعاية. متاح مرة واحدة فقط في السنة الدراسية للرعاية الوقائية فقط).

إذا كان طفلك يزور طبيب أسنان بانتظام، وكنت ترغب في مواصلة الرعاية مع هذا الطبيب، يمكنك فعل ذلك.

اقرأ ووقع أدناه

أفهم وأفوض Jessica Marn DDS وشركة Big Smiles Massachusetts P.C. (مقدمي الخدمة)، وأطباء الأسنان أو أخصائيي صحة الأسنان التابعين لهم، لتقديم خدمات الأسنان في المدرسة للطفل المذكور أعلاه والذي أنا الوالد الحاضن أو الوصي الشرعي له، بما في ذلك الفحص، والتنظيف، والفلورايد، والحشوات الوقائية، والأشعة السينية واستخدام فلورايد ثنائي أمين الفضة عند الحاجة. (قد يتسبب استخدام فلورايد ثنائي أمين الفضة في تغيير لون أي تجاويف إلى لون بني أو أسود. انظر الظهر للحصول على التفاصيل). وأفوض كذلك بأي علاج آخر للأسنان مثل الحشو وخلع أي أسنان للطفل تسبب مشكلة، أو إجراء خلع لب (علاج أعصاب أسنان الطفل)، وتخدير الفم والأسنان وغيرها من الإجراءات حسب الحاجة. وقد قرأت الأسئلة الصحية المهمة أعلاه، وسوف أبلغ عن أي تغييرات هامة في صحة طفلي على الرقم 855-481-8639. وقرأت IMPORTANT NOTICE AND CONSENT/الإشعار الهام والموافقة على ظهر هذه الصفحة وأفهم وأوافق على شروطه.

وقع وسجل التاريخ هنا

تمنح هذه الموافقة الإذن بزيارات علاج الأسنان المبدئية والمستقبلية.

التاريخ

للمحافظة على خصوصيتك،
يرجى طي الاستمارة وإغلاقها.



الأسئلة: 855-481-8639 الفاكس: 888-330-4331 تفضل بزيارتنا على: mobiledentists.com

Jessica Marn, DDS & Dental Director
Jessica Marn DDS, Big Smiles Massachusetts P.C., 245 First Street, 18th Floor, Cambridge, MA 02142
© Jessica Marn DDS, Big Smiles Massachusetts P.C., 2026

الإشعار الهام والموافقة / IMPORTANT NOTICE & CONSENT

أفهم وأقوض Jessica Marn DDS، وشركة Big Smiles Massachusetts P.C. (مقدمي الخدمة) وأطباء الأسنان التابعين لهم أو مساعدي أطباء الأسنان بتقديم الخدمات التالية إلى الطفل المذكور أعلاه بصفتي الوالد الحاضن أو الوصي القانوني: تعليمات فحص الأسنان وصحة الفم وتنظيف الأسنان والعلاج بالفلورايد والأشعة السينية وحشو الأسنان، بالإضافة إلى استعمال فلوريد ثنائي أمين الفضة لعلاج تطور تسوس الأسنان. وأقوض أيضاً طبيب الأسنان بحشو أي تجاويف أو وضع تاج على السن، وخلع أي أسنان للطفل تسبب مشكلة أو إجراء خلع للثني (علاج أعصاب أسنان الطفل)، أو وضع حافظات المسافة أو إجراء أي علاج للأسنان إذا لزم الأمر. وأفهم أن هناك مخاطر لعلاج الأسنان بما في ذلك التورم أو الألم الذي قد يحدث نتيجة العلاج أو حقن مخدر موضعي أو تفاعل حساسية. (للحصول على المزيد من المعلومات بشأن مخاطر العلاج وبدائل العلاج، يرجى الاتصال على الرقم المذكور). وأفهم أنه قد يتم إجراء جزء من فحص أسنان طفلي عن بُعد وأن المعلومات السريّة (مثل الأشعة السينية) قد يتم جمعها وإرسالها إلكترونياً إلى موقع آخر لتقييمها بواسطة طبيب الأسنان. وأوافق على خدمات طب الأسنان بما في ذلك هذه وأفهم أنه أثناء تطبيق إجراءات حماية السريّة، فإن استخدام عمليات الإرسال الإلكترونية بواسطة جهة خارجية قد يمثل مخاطر إضافية على الخصوصية. وأفهم أنني أمتلك الحق في الوصول إلى المعلومات الطبية المتعلقة بخدمات طب الأسنان عن بُعد. أقوض وأوجه مقدم الخدمة بفوترة وتحصيل أي مبالغ من Medicaid أو التأمين أو جهة سداد أخرى. وأقوض مدرسة طفلي بتوفير معلومات التأمين الخاصة بطفلي لمقدم الخدمة ووكيل الفوترة الخاص به لتقديم الفواتير للجهة التي تتكفل بدفع مقابل الخدمات. إذا كان لدي تأمين أسنان خاص، فستتم محاسبي وأوافق على دفع أي مدفوعات قابلة للاستقطاع و/أو تغطية جزئية. قد يؤثر العلاج عن طريق طبيب الأسنان في المدرسة على الاستحقاقات المستقبلية التي قد يحصل طفلك عليها بموجب التأمين الخاص أو Medicaid أو CHIP. ما لم أقم بإجراء ترتيبات مسبقة للحضور، وأتواجد أثناء تقديم الخدمة، فإنه سيتم تقديم الخدمات دون وجودي. وأوافق على قيام مقدم الخدمة بإرسال رسائل نصية حول برنامج علاج الأسنان في المدرسة. وأقر أنني أعلم أن الرسائل النصية ليست طريقة مرسلة آمنة وقد تتسبب في مخاطر إضافية فيما يتعلق بالخصوصية. (قد يتم فرض رسوم على الرسائل و/أو البيانات من قبل مزود الخدمة اللاسلكية الخاص بك؛ وللتوقف عن الاستلام، قم بالرد بكلمة "STOP" على أي رسالة تستلمها منا. وتوافق أيضاً على استقبال مكالمات هاتفية مسجلة مسبقاً و/أو اتصال تلقائي يتعلق ببرنامج علاج الأسنان في المدرسة على أرقام الخط الأرضي و/أو الهاتف الجوال المذكورة في استمارة الموافقة هذه). استلمت إشعار ممارسات الخصوصية (NPP) الملحق بهذه الاستمارة وأوافق على إفساح معلومات السجل الطبي لطفلي، بما في ذلك السجلات التي يتم الحصول عليها من الجهات الأخرى، وأي إصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والأمراض المعدية، والأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي والمخدرات والكحول، ومعلومات فقر الدم. وأقوض بإفشاء هذه المعلومات من قبل مقدم الخدمة لأي جهة سداد مسؤولة و/أو مزود الخدمة الإدارية والمتعاقدين معه من الباطن لأغراض الاستخدام والإفصاح المتعلقة بعلاج طفلي ودفع مقابل الخدمات وعملية الرعاية الصحية. تأذن هذه الموافقة الموقعة بزيارات علاج الأسنان المبدئية لطفلي والزيارات المستقبلية. ويجوز لي سحب هذه الموافقة في أي وقت عن طريق الكتابة.

فلوريد ثنائي أمين الفضة (SDF) - علاج أسنان جديد لمحاربة التسوس

مزايا فلوريد ثنائي أمين الفضة: تسوس الأسنان شائع جداً بين الأطفال. لكن أطباء الأسنان داخل المدرسة يمتلكون الآن بديلاً آمناً وغير مؤلم لإجراءات ثقب التسوس التقليدية يسمى فلوريد ثنائي أمين الفضة (SDF). ويعد فلوريد ثنائي أمين الفضة سائل مضاد حيوي معتمد من إدارة الأغذية والعقاقير يستخدم للمساعدة في منع تكوين التسوس أو نموه أو انتشاره إلى أسنان أخرى. ويضعه طبيب الأسنان ببساطة على السن باستخدام الفرشاة.



تسوس



تم استخدام فلوريد ثنائي أمين الفضة

- يمكن أن يسبب فلوريد ثنائي أمين الفضة بقع مؤقتة إذا لامس الجلد. البقعة غير ضارة ويجب أن تختفي في أقل من أسبوع.
- قد يسبب فلوريد ثنائي أمين الفضة طعماً معدنيًا مؤقتًا.

- قد لا يلغي العلاج باستخدام فلوريد ثنائي أمين الفضة الحاجة إلى الحشو التلقائي.
- من الطبيعي أن يولّو فلوريد ثنائي أمين الفضة التجويف باللون البني أو الأسود، وهذا يعني أنه يعمل.
- لن تلوّن الأجزاء السليمة من الأسنان.

- عدم تلقي علاج: قد يستمر السن في التسوس ويسبب الألم.
- خيارات أخرى: وضع مادة الفلورايد، حشوة أو تاج، أو خلع السن.

لديك أسئلة؟ اتصل بأحد منسقي الرعاية لدينا على رقم 855-481-8639

احتفظ به للرجوع إليه عند الحاجة.

JESSICA MARN, DDS, DENTAL DIRECTOR

Dana Burkett, DMD, Monika Pronczuk, DMD, Naima Qureshi, DMD, Scott Schmidhauser, DMD

إشعار ممارسات الخصوصية

يصف هذا الإشعار طريقة استخدام معلوماتك الطبية والإفصاح عنها وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. يرجى الاطلاع عليه بعناية. احتفظ به للرجوع إليه عند الحاجة.

التذكير بالمواعيد: قد نستخدم معلوماتك الصحية أو ننصح عنها لنرسل لك التذكير بالمواعيد (مثل رسائل البريد الصوتي أو البطاقات البريدية أو الخطابات أو رسائل البريد الإلكتروني أو الرسائل النصية).

أنشطة الرعاية الصحية: قد ننصح عن المعلومات الصحية لوكالة رقابة صحية بما يتوافق مع الأنشطة التي يسمح بها القانون وتشمل أنشطة الرعاية على سبيل المثال، مراجعة الحسابات والخلفيات وعمليات التفويض ومسوح الترخيص. وهذه الأنشطة ضرورية للحكومة من أجل مراقبة نظام الرعاية الصحية ونفسي الأمراض وبرامج الحكومة والأمنثال لقوانين الحقوق المدنية وتحسين نتائج المرضى.

الدعوى والمنازعات: قد ننصح عن معلوماتك الصحية استجابة لأمر من محكمة أو أمر إداري. قد ننصح أيضاً عن معلوماتك الصحية استجابة لمذكرة إحصاء أو طلب اكتشاف أو إجراء قانوني آخر.

الاستخدامات وعمليات الإفصاح الأخرى: وفق ما يسمح أو يقضي به القانون. قد نستخدم أو ننصح عن معلوماتك الطبية لأغراض بحثية، أو للمنظمات التي نتعامل أو توافر النصح بالأعضاء وزرعها أو لتعويض العمال أو البرامج المماثلة للأمنثال لقوانين المتعلقة بتعويض العمال أو البرامج المماثلة التي توفر فوائد لإصابات العمل أو المرض. أو لأنشطة الصحة العامة مثل منع الأمراض أو السيطرة عليها. أو الإبلاغ أو العجز أو لإبلاغ عن تفاعلات الأدوية أو مشاكل في المنتجات. أو لإبلاغ الأشخاص عن طلبات استعفاء المنتجات التي قد يستخدمونها، أو لإبلاغ شخص قد يكون عرضة أو يواجه خطر الخطأ أو نشر مرض أو لموظفي الفحص الطبي لتحديد هوية شخص متوفى أو لتحديد سبب الوفاة أو لمقربي الحشرات لتقديم مهام عليهم.

حقوق المرضى

الوصول: بحق لك الاطلاع على معلوماتك الصحية أو الحصول على نسخ منها مع استثناءات محدودة. ويجب أن نقدم طلباً خطياً للحصول على حق الوصول إلى معلوماتك الصحية وإرسال طلبك بالفاكس إلى الرقم الموجود في نهاية هذا الإشعار.

بيان الإفصاح: بحق لك الحصول على قائمة بحالات الإفصاح عن معلوماتك الصحية التي يتم إجراؤها بواسطتنا أو من خلال شركائنا. وفي حالة طلب هذا البيان أكثر من مرة واحدة في فترة 12 شهراً، فإنه بحق لنا مطالبتك بسداد رسوم معقولة على أساس التكلفة للاستجابة لهذه الطلبات الإضافية.

القيود: بحق لك أن تطلب منا وضع قيود على استخدامنا لمعلوماتك الصحية أو الإفصاح عنها. وليس لزاماً علينا أن نوافق على طلبك إلا عندما يكون الإفصاح يخلطك الصحية. وقد قامت (أو شخص ما نيابة عنك غير خلطك الصحية) بدفع المقابل الكامل لرعايتك الصحية. وأن يكون الإفصاح متعلقاً بالدفع لعمليات الرعاية الصحية. وأن يكون الإفصاح غير مطلوب على خلاف ذلك وفقاً للقانون. ومع ذلك، إذا وافقنا على القيود، فإننا سنلتزم بهذا الاتفاق (إلا في حالة طوارئ).

الامتثال للبيئة: بحق لك أن تطلب منا كتابياً الامتثال بالأكسجين أو وسائل بديلة أو في مواقع بديلة محددة في طلبك الكتابي.

التعديل: بحق لك أن تطلب منا تعديل معلوماتك الصحية. ويجب أن يكون طلبك كتابياً ويجب أن يفسر لماذا ينبغي تعديل هذه المعلومات. ويحق لنا رفض طلبك في ظل ظروف معينة.

الإشعار الإلكتروني: في حالة تلقي هذا الإشعار على موقعنا على شبكة الإنترنت أو عن طريق البريد الإلكتروني، فإنه بحق لك الحصول على هذا الإشعار في شكل مكتوب عند الطلب.

الأشئلة والشكاوى

إذا كنت ترغب في الحصول على المزيد من المعلومات حول الممارسات الخصوصية أو إذا كانت لديك استفسارات أو شواغل، يرجى الاتصال بنا على كود فاكس من 888-330-4331، أو يمكنك حقن خصوصيتك. يمكنك أن تقدم لنا شكوى باستخدام معلومات الاتصال الواردة في نهاية هذا الإشعار. ويحق لك أيضاً تقديم شكوى كتابية إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية بإرسال خطاب على العنوان: Independence Avenue, 200, Washington, D.C. 20201. أو الاتصال على الرقم: 1-877-696-6775 أو زيارة الموقع الإلكتروني: <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/> أو what-to-expect/index.html. ولن ننضم بأي شكل من الأشكال إذا اخترت التقدم بشكوى لنا أو إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية.

مسؤول الاتصال: موظف HIPAA

الهاتف: 888-833-4881

الفاكس: 888-330-4331

البريد الإلكتروني: HIPAAOfficer@mobiledentists.com

تاريخ السريان: 1 فبراير 2018

واجبنا القانوني

سرية معلوماتك الطبية هامة بالنسبة لنا نحن مطالبون بموجب القانون الفيدرالي والمحلي المعمول به في الولايات بالحفاظ على سرية معلوماتك الصحية. كما أننا مطالبون أيضاً بأن نغمد لك هذا الإشعار حول ممارسات الخصوصية، وواجبنا القانوني، وحقوقك فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية. يجب أن نتبع ممارسات الخصوصية الموضحة في هذا الإشعار أثناء سريانها. وسوف نبلغك في حالة تعرض معلوماتك الطبية غير الآمنة للاختراق.

نحتفظ بالحق في تغيير ممارسات الخصوصية وشروط هذا الإشعار في أي وقت. شرطتنا أن نسمح القوانين المعمول بها يمثل هذه التغييرات. ونحتفظ بالحق في إجراء التغييرات في ممارسات الخصوصية والشروط الجديدة في الإشعار السابق بالنسبة لجميع المعلومات الصحية التي نحتفظ بها. بما في ذلك المعلومات الصحية التي قمنا بإبلاغها قبل إجراء التغييرات. قبل إجراء أي تغيير جوهري في سياسة الخصوصية، سوف نقوم بتغيير هذا الإشعار وسيكون الإشعار الجديد متاحاً عند الطلب.

يمكنك طلب نسخة من الإشعار في أي وقت وللحصول على المزيد من المعلومات حول ممارسات الخصوصية أو للحصول على نسخ إضافية من هذا الإشعار، يرجى الاتصال بنا باستخدام المعلومات المذكورة في نهاية هذا الإشعار.

استخدامات المعلومات الصحية والإفصاح عنها

نستخدم معلوماتك الصحية وننصح عنها لتقديم العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية. على سبيل المثال:

العلاج: قد نستخدم معلوماتك الصحية أو ننصح عنها لطبيب أو ممرضه المدرسة "أو منسق الرعاية الصحية" أو غيرهما من مقدمي الرعاية الصحية الذي يوفرون لك العلاج.

الدفع: قد نستخدم معلوماتك الصحية ونفصح عنها للحصول على مقابل الخدمات التي نقدمها لك.

عمليات الرعاية الصحية: قد نستخدم معلوماتك الصحية ونفصح عنها فيما يتعلق بعملياتنا التجارية مثل استعراض كفاءة أو مؤهلات المتخصصين في الرعاية الصحية وتقييم الممارس وأداء مقدم الخدمة.

الإن: لا يجوز اللجوء إلى الاستخدامات أو عمليات الإفصاح غير الوارد وصفها في هذا الإشعار إلا إذا كان خطي من جانبك بالإضافة إلى ذلك يجب أن نحصل على إذن خطي منك لبيع معلوماتك الطبية أو استخدام معلوماتك أو الإفصاح عنها لأغراض ترويجية بالسلع أو الخدمات التسويقية حيث يتم الدفع لنا لإجراء الاتصالات. وإذا قمت بصحاح الإن، يمكنك الإفصاح كتابي في أي وقت ولن يؤثر الإفصاح الذي نطلبه على أي استخدام أو عمليات إفصاح يسمح بها الإن الخاص بك أثناء سريانها. وما لم نمتحدا إننا كتابياً لا يمكننا استخدام معلوماتك الصحية أو الإفصاح عنها لأي سبب من الأسباب ما عدا تلك المذكورة في هذا الإشعار.

علائك وأصنافك والأشخاص المشاركين في رعايتك: قد ننصح عن معلوماتك الصحية لأحد أفراد العائلة أو صديق أو أي شخص آخر يشترك في رعايتك بالشكل اللازم للمساعدة في رعايتك الصحية أو في دفع مقابل رعايتك الصحية. وقد ننصح أيضاً عن معلوماتك الطبية لنميطات الأئمة في حالات الكوارث للمساعدة في تحديد مواقع الأشخاص أثناء الكوارث. وقد نستخدم معلوماتك الطبية أو ننصح عنها لإخطار أو المساعدة في إخطار أحد أفراد العائلة أو ممثل شخصي أو أي شخص آخر مسؤول عن رعايتك عن موقعك أو حالتك العامة أو وفاتك. وإذا كنت لا تريد أن ننصح عن معلوماتك الطبية لأفراد العائلة أو الغير في هذه الظروف، الرجاء إبلاغ موظف HIPAA لدينا على رقم 888-833-8441

الطلب من قبل القانون: قد نستخدم معلوماتك الصحية أو ننصح عنها عندما يطلب منا القيام بذلك بموجب القانون.

المسألة العامة: قد ندخل إلى الإفصاح عن المعلومات الطبية لمعلوماتي إفصاح القانون في حالات الاستجابة لأمر تفويض أو أمر استدعاء لهيئة المحلفين الكبرى. أو لمساعدة موظفي إنفاذ القانون في التعرف على الشخص أو تحديد موقعه. أو للإبلاغ عن حالات الوفاة التي قد تكون ناجمة عن سلوك إجرامي. ولتقديم تقرير عن سلوك إجرامي في منطقتنا.

سوء المعاملة أو الإيذاء: قد ننصح عن معلوماتك الصحية للمسلطات المختصة إذا اعتقدنا بشكل معقول أنك ضحية محتملة من الإيذاء أو سوء المعاملة أو العنف المنزلي أو ضحية محتملة لجرائم أخرى. وقد ننصح عن معلوماتك الصحية إلى الحد الضروري لتجنب تهديد خطير لصحتك أو سلامتك أو صحة أو سلامة الآخرين.

الأمم القومي: قد ننصح عن معلوماتك الطبية للمسلطات العسكرية التابعة لقوات المسلحة أو الأفراد العسكريين الأجانب في ظروف معينة، أو للممثلين الفيدراليين لأغراض الاستخبارات المشروعة أو مكافحة الجنس أو أنشطة الأمن القومي الأخرى. ولحماية الرئيس، وإلى مؤسسة إسرائيلية أو موظف إنفاذ القانون الذي يتمتع بسلطة الحجر المشروعة لسجن أو مريض في ظل ظروف معينة.