ക്ലയന്റിന്റെ തിരിച്ചറിയൽ		
പേര്	ജനനത്തീയതി	തിരിച്ചറിയൽ നമ്പർ
വിലാസം	നഗരം	സംസ്ഥാനം സിപ്പ് കോഡ്
ടെലിഫോൺ നമ്പർ (ഏരിയ കോഡ് ഉൾപ്പെടുത്തുക)	മറ്റ് വിവരങ്ങൾ	

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

സമ്മതം

Consent

ക്ലയന്റുകൾക്കുള്ള അറിയിപ്പ്: നിങ്ങളെയും നിങ്ങളുടെ കുടുംബത്തെയും അറിയാവുന്ന മറ്റ് ഏജൻസികളോടും പ്രൊഫഷണലുകളോടും ചേർന്ന് പ്രവർത്തിക്കാൻ ഞങ്ങൾക്ക് കഴിയുമെങ്കിൽ ഡിപ്പാർട്ട്മെന്റ് ഓഫ് സോഷ്യൽ ആൻഡ് ഹെൽത്ത് സർവീസസിന് (DSHS) നിങ്ങളെ കൂടുതൽ മികച്ച രീതിയിൽ സഹായിക്കാൻ സാധിക്കും. ഈ ഫോമിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ, DSHS-നും താഴെ പറയുന്ന ഏജൻസികൾക്കും വ്യക്തികൾക്കും നിങ്ങളെ കുറിച്ചുള്ള രഹസ്യാത്മക വിവരങ്ങൾ ഉപയോഗിക്കാനും പങ്കിടാനും നിങ്ങൾ അനുമതി നൽകുന്നു. നിങ്ങളുടെ യോഗ്യത നിർണ്ണയിക്കുന്നതിന് നിങ്ങളുടെ സമ്മതം ആവശ്യമുള്ള സാഹചര്യത്തിൽ ഒഴികെ, ഈ ഫോമിൽ ഒപ്പുവയ്ക്കാത്തതുകൊണ്ട് DSHS-ന് നിങ്ങളുടെ ആനുകൂല്യങ്ങൾ നിരസിക്കാൻ കഴിയില്ല. ഈ ഫോമിൽ നിങ്ങൾ ഒപ്പിടുന്നില്ലെങ്കിൽ, നിയമം അനുവദിക്കുന്ന പരിധി വരെ നിങ്ങളെ കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങൾ DSHS തുടർന്നും പങ്കിട്ടേക്കാം. ക്ലയന്റിന്റെ രഹസ്യാത്മക വിവരങ്ങളോ നിങ്ങളുടെ സ്വകാര്യതാ അവകാശങ്ങളോ DSHS പങ്കിടുന്ന വിധം സംബന്ധിച്ച് നിങ്ങൾക്ക് ചോദ്യങ്ങളുണ്ടെങ്കിൽ, DSHS നോട്ടീസ് ഓഫ് പ്രൈവസി പ്രാക്ടീസസുമായി ബന്ധപ്പെടുക അല്ലെങ്കിൽ ഈ ഫോം നിങ്ങൾക്ക് നൽകുന്ന വ്യക്തിയോട് ചോദിക്കുക.

സമ്മതം

1. സേവനങ്ങളും ചികിത്സയും പേയ്മെന്റുകളും ആനുകൂല്യങ്ങളും ആസൂത്രണം ചെയ്യാനും നൽകാനും ഏകോപിപ്പിക്കാനും എന്നെ സംബന്ധിച്ച് DSHS-ന്റെ പക്കലുള്ള രഹസ്യാത്മക വിവരങ്ങൾ ഉപയോഗിക്കുന്നതിന് ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു. എന്റെ രഹസ്യാത്മക വിവരങ്ങൾ ഉപയോഗിക്കാനും ഈ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി പരസ്പരം വെളിപ്പെടുത്താനും DSHS-നും താഴെ പറയുന്ന ഏജൻസികൾക്കും ദാതാക്കൾക്കും അല്ലെങ്കിൽ വ്യക്തികൾക്കും ഞാൻ അനുമതി നൽകുന്നു. വിവരങ്ങൾ വാക്കാലുള്ളതോ ഇലക്ട്രോണിക്കായോ, മെയിൽ വഴിയോ, അല്ലെങ്കിൽ നേരിട്ടോ പങ്കിട്ടേക്കാം.

   വെളിപ്പെടുത്തലിനുള്ള കാരണം: മയക്കുമരുന്നും മദ്യവും അല്ലെങ്കിൽ മാനസികാരോഗ്യവും സംബന്ധിച്ച രേഖകൾ പങ്കിടാൻ കഴിയുന്നതിന് DSHS-ന് ഈ വിവരങ്ങൾ ആവശ്യമാണ്. നിങ്ങൾ ഈ ഫീൽഡ് പൂരിപ്പിക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ, നിങ്ങളുടെ അഭ്യർത്ഥന പ്രകാരം വെളിപ്പെടുത്തലിനുള്ള കാരണം DSHS രേഖപ്പെടുത്തും.

   DSHS-ന് പുറമെ ഈ സമ്മതത്തിൽ ഉൾപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന എല്ലാവർക്കുമായി താഴെ പരിശോധിക്കുകയും പേരും വിലാസവും വഴി അവരെ തിരിച്ചറിയുകയും ചെയ്യുക:

   - ☐ ആരോഗ്യ പരിചരണ ദാതാക്കൾ: ______
   - ☐ മാനസികാരോഗ്യ പരിചരണ ദാതാക്കൾ: ______
   - ☐ സബ്സ്റ്റാൻസ് യൂസ് ഡിസോർഡർ സേവന ദാതാക്കൾ: ______
   - ☐ മറ്റ് DSHS കരാറുള്ള ദാതാക്കൾ: ______
   - ☐ ഭവന പരിപാടികൾ: ______
   - ☐ സ്കൂൾ ജില്ലകൾ അല്ലെങ്കിൽ കോളേജുകൾ: ______
   - ☐ തിരുത്തലുകൾക്കുള്ള വകുപ്പ്: ______
   - ☐ തൊഴിൽ സുരക്ഷാ വകുപ്പും അതിലെ തൊഴിൽ പങ്കാളികളും: ______
   - ☐ സോഷ്യൽ സെക്യൂരിറ്റി അഡ്മിനിസ്ട്രേഷൻ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് ഫെഡറൽ ഏജൻസി: ______
   - ☐ ചേർത്തിട്ടുള്ള ലിസ്റ്റ് കാണുക
   - ☐ മറ്റുള്ളത്:

2. വെളിപ്പെടുത്തലിനുള്ള കാരണം: ☐ പരിചരണ തുടർച്ച ☐ നിയമപരം ☐ വ്യക്തിപരം ☐ മറ്റുള്ളത്:

3. ഇനിപ്പറയുന്ന റെക്കോർഡുകളും വിവരങ്ങളും പങ്കിടുന്നതിന് ഞാൻ അംഗീകാരം നൽകുകയും സമ്മതം നൽകുകയും ചെയ്യുന്നു (ബാധകമായതെല്ലാം ചെക്ക് ചെയ്യുക):

   - ☐ എന്റെ എല്ലാ ക്ലയന്റ് റെക്കോർഡുകളും ☐ കൂടെചേർത്തിട്ടുള്ള ലിസ്റ്റിലെ റെക്കോർഡുകൾ
   - ☐ ഇനിപ്പറയുന്ന റെക്കോർഡുകൾ മാത്രം
     - ☐ കുടുംബ, സാമൂഹിക, തൊഴിൽ ചരിത്രം
     - ☐ ചികിത്സ അല്ലെങ്കിൽ പരിചരണ പദ്ധതികൾ
     - ☐ പേയ്മെന്റ് രേഖകൾ
     - ☐ വ്യക്തിഗത വിലയിരുത്തലുകൾ
     - ☐ സ്കൂൾ, വിദ്യാഭ്യാസം, പരിശീലനം
     - ☐ മാനസികാരോഗ്യ പരിചരണ വിവരം (വ്യക്തമാക്കുക):
     - ☐ ആരോഗ്യ പരിചരണ വിവരം (വ്യക്തമാക്കുക):
     - ☐ മറ്റുള്ളത് (ലിസ്റ്റ് ചെയ്യുക):

ക്ലയന്റിന്റെ തിരിച്ചറിയൽ		
പേര്	ജനനത്തീയതി	തിരിച്ചറിയൽ നമ്പർ

ശ്രദ്ധിക്കുക: നിങ്ങളുടെ ക്ലയന്റ് രേഖകളിൽ ഇനിപ്പറയുന്ന ഏതെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ ഉൾപ്പെടുന്നുണ്ടെങ്കിൽ, ഈ രേഖകൾ ഉൾപ്പെടുത്തുന്നതിന് നിങ്ങൾ ഈ വിഭാഗവും പൂർത്തിയാക്കണം.

ഇനിപ്പറയുന്ന റെക്കോർഡുകൾ വെളിപ്പെടുത്തുന്നതിന് ഞാൻ എന്റെ അനുമതി നൽകുന്നു (ബാധകമായതെല്ലാം ചെക്ക് ചെയ്യുക):

☐ മാനസികാരോഗ്യം ☐ HIV/AIDS, STD പരിശോധനാ ഫലങ്ങൾ, രോഗനിർണ്ണയം അല്ലെങ്കിൽ ചികിത്സ ☐ സബ്സ്റ്റാൻസ് യൂസ് ഡിസോർഡർ

- **ഈ സമ്മതം ഒരു വർഷത്തേക്ക് അല്ലെങ്കിൽ ☐ ______________________ വരെ സാധുതയുള്ളതാണ് (തീയതി അല്ലെങ്കിൽ ഇവന്റ്).**
- **രേഖാമൂലം എപ്പോൾ വേണമെങ്കിലും ഞാൻ ഈ സമ്മതം അസാധുവാക്കുകയോ പിൻവലിക്കുകയോ ചെയ്യാം, എന്നാൽ അത് ഇതിനകം പങ്കിട്ട ഏതെങ്കിലും വിവരങ്ങളെ ബാധിക്കില്ല.**
- **ഈ സമ്മതത്തിന് കീഴിൽ പങ്കിടുന്ന റെക്കോർഡുകൾ DSHS-ന് ബാധകമായ നിയമങ്ങൾ പ്രകാരം മേലിൽ പരിരക്ഷിക്കപ്പെടില്ലെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.**
- **ഈ ഫോമിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് രേഖകൾ പങ്കിടാൻ എന്റെ അനുമതി നൽകുന്നതിന് സാധുതയുള്ളതാണ്.**

ഒപ്പ്		തീയതി
സാക്ഷിയുടെ / നോട്ടറിയുടെ ഒപ്പ്, ബാധകമെങ്കിൽ	സാക്ഷിയുടെ / നോട്ടറിയുടെ അച്ചടിച്ച പേര്	തീയതി
രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഇതര പ്രതിനിധിയുടെയോ ഒപ്പ് (ബാധകമെങ്കിൽ)	ടെലിഫോൺ നമ്പർ (ഏരിയ കോഡ് ഉൾപ്പെടുത്തുക)	തീയതി

ഞാൻ റെക്കോർഡുകളുടെ സബ്ജക്റ്റ് അല്ലെങ്കിൽ, ഒപ്പിടുന്നതിന് എനിക്ക് അധികാരമുണ്ട്, കാരണം ഞാൻ: (അധികാരത്തിന്റെ തെളിവ് കൂടെചേർക്കുക)

☐ രക്ഷിതാവ് ☐ നിയമപരമായ രക്ഷാകർത്താവ് (കോടതി ഉത്തരവ് ചേർക്കുക) ☐ വ്യക്തിഗത പ്രതിനിധി ☐ മറ്റുള്ളത്:

<u>വിവരങ്ങൾ സ്വീകരിക്കുന്നവർക്കുള്ള അറിയിപ്പ്:</u> **ഈ റെക്കോർഡുകളിൽ HIV, STD-കൾ, അല്ലെങ്കിൽ AIDS സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ അടങ്ങിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, ക്ലയന്റിന്റെ പ്രത്യേകമായ അനുമതിയില്ലാതെ ആ വിവരം നിങ്ങൾ കൂടുതലായി വെളിപ്പെടുത്താൻ പാടുള്ളതല്ല.** ക്ലയന്റ് മയക്കുമരുന്നോ മദ്യമോ ദുരുപയോഗിക്കുന്നതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ നിങ്ങൾക്ക് ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, 42 CFR 2.32 അനുസരിച്ച് കൂടുതൽ വിവരങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തുമ്പോൾ ഇനിപ്പറയുന്ന പ്രസ്താവന നിങ്ങൾ ഉൾപ്പെടുത്തണം:

ഫെഡറൽ രഹസ്യാത്മക നിയമങ്ങൾ (42 CFR ഭാഗം 2) ഉപയോഗിച്ച് പരിരക്ഷിച്ചിട്ടുള്ള റെക്കോർഡുകളിൽ നിന്നാണ് ഈ വിവരങ്ങൾ നിങ്ങൾക്ക് വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ളത്. ബന്ധപ്പെട്ട വ്യക്തിയുടെ രേഖാമൂലമുള്ള സമ്മതത്തോടെ അല്ലെങ്കിൽ 42 CFR ഭാഗം 2 പ്രകാരം മറ്റുവിധത്തിൽ അനുവദിച്ചിട്ടുള്ളത് പോലെ കൂടുതൽ വെളിപ്പെടുത്തൽ സ്പഷ്ടമായി അനുവദിച്ചിട്ടില്ലാത്ത പക്ഷം ഈ വിവരങ്ങളുടെ ഏതെങ്കിലും അധിക വെളിപ്പെടുത്തൽ നടത്തുന്നതിൽ നിന്ന് ഫെഡറൽ നിയമങ്ങൾ നിങ്ങളെ വിലക്കുന്നു. മെഡിക്കൽ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് വിവരങ്ങൾ പുറത്തുവിടുന്നതിനുള്ള ഒരു പൊതുവായ അംഗീകാരം ഈ ഉദ്ദേശ്യത്തിന് പര്യാപ്തമല്ല. മദ്യമോ മയക്കുമരുന്നോ ദുരുപയോഗിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും രോഗിയെ ക്രിമിനൽ ആയി അന്വേഷിക്കുന്നതിനോ പ്രോസിക്യൂട്ട് ചെയ്യുന്നതിനോ വിവരങ്ങളുടെ ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള ഉപയോഗത്തെ ഫെഡറൽ നിയമങ്ങൾ നിയന്ത്രിക്കുന്നു.

സമ്മത പത്രങ്ങൾ പൂരിപ്പിക്കുന്നതിനുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ, DSHS 14-012

ഉപയോഗം: DSHS-ലെ ഒരു ക്ലയന്റിനെ കുറിച്ച് തുടർ അടിസ്ഥാനത്തിൽ രഹസ്യാത്മക വിവരങ്ങൾ ഉപയോഗിക്കാനോ പങ്കിടാനോ അല്ലെങ്കിൽ സേവനങ്ങൾ ഏകോപിപ്പിക്കാനോ ചികിത്സയ്ക്കോ പേയ്മെന്റിനോ ഏജൻസി പ്രവർത്തനങ്ങൾക്കോ വേണ്ടിയോ അല്ലെങ്കിൽ നിയമം അംഗീകരിച്ച മറ്റ് ആവശ്യങ്ങൾക്ക് വേണ്ടിയോ ആ വിവരം മറ്റ് ഏജൻസികൾക്ക് വെളിപ്പെടുത്താനോ നിങ്ങൾക്ക് സമ്മതം ആവശ്യമുള്ളപ്പോൾ ഈ ഫോം ഉപയോഗിക്കുക.

സാധ്യമെങ്കിൽ ഈ ഫോം ഇലക്ട്രോണിക്കായി പൂരിപ്പിക്കുക. **കുട്ടികൾ ഉൾപ്പെടെ, ഓരോ വ്യക്തിക്കായും നിങ്ങൾ വെവ്വേറെ ഫോം പൂരിപ്പിക്കണം.**

ഫോമിന്റെ ഭാഗങ്ങൾ:

തിരിച്ചറിയൽ:

- പേര്: ഓരോ ഫോമിലും ഒരു ക്ലയന്റിന്റെ പേര് മാത്രം നൽകുക. സേവനങ്ങൾ സ്വീകരിക്കുമ്പോൾ ക്ലയന്റ് ഉപയോഗിച്ചിട്ടുണ്ടാകാവുന്ന ഏതെങ്കിലും മുൻകാല പേരുകൾ ഉൾപ്പെടുത്തുക.
- ജനനത്തീയതി: സമാന പേരുകളുള്ള വ്യക്തികളിൽ നിന്ന് ക്ലയന്റിനെ തിരിച്ചറിയാൻ ആവശ്യമാണ്.
- തിരിച്ചറിയൽ നമ്പർ: റെക്കോർഡുകൾ തിരിച്ചറിയുന്നതിൽ സഹായിക്കാനും ലഭിച്ച ചരിത്രവും സേവനങ്ങളും ട്രാക്ക് ചെയ്യാനും ഒരു ക്ലയന്റ് ഐഡന്റിഫിക്കേഷൻ നമ്പർ അല്ലെങ്കിൽ സോഷ്യൽ സെക്യൂരിറ്റി നമ്പർ (ആവശ്യമില്ല) പോലുള്ള ഇതര ഐഡന്റിഫയർ നൽകുക.
- മറ്റുള്ളത്: സേവനങ്ങളിൽ ഉൾപ്പെട്ടിട്ടുള്ള DSHS, കുടുംബാംഗങ്ങളുടെ പേരുകൾ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് പ്രസക്തമായ വിവരങ്ങൾ പോലെയുള്ള രേഖകൾ കണ്ടെത്താൻ സഹായിച്ചേക്കാവുന്ന ഏതെങ്കിലും അധിക വിവരങ്ങൾ ഈ ബോക്സിൽ ഉൾപ്പെടുത്തുക.

സമ്മതം (അംഗീകാരം):

- വെളിപ്പെടുത്തലിനുള്ള കാരണം: മയക്കുമരുന്നും മദ്യവും അല്ലെങ്കിൽ മാനസികാരോഗ്യവും സംബന്ധിച്ച രേഖകൾ പങ്കിടാൻ കഴിയുന്നതിന് DSHS-ന് ഈ വിവരങ്ങൾ ആവശ്യമാണ്. നിങ്ങൾ ഈ ഫീൽഡ് പൂരിപ്പിക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ, നിങ്ങളുടെ അഭ്യർത്ഥന പ്രകാരം വെളിപ്പെടുത്തലിനുള്ള കാരണം DSHS രേഖപ്പെടുത്തും.
- രേഖകൾ കൈമാറുന്ന ഏജൻസികൾ അല്ലെങ്കിൽ വ്യക്തികൾ: പൂർത്തിയാക്കിയ ഈ ഫോം ഇനിപ്പറയുന്നതിന് അനുവദിക്കുന്നു: (1) DSHS-ലും വ്യക്തമാക്കിയിരിക്കുന്ന ഏജൻസികളുമായും അല്ലെങ്കിൽ വ്യക്തികളുമായും രഹസ്യാത്മക വിവരങ്ങളുടെ ഉപയോഗവും വെളിപ്പെടുത്തലും; കൂടാതെ (2) പുറമേ നിന്നുള്ള ഏജൻസികളോ വ്യക്തമാക്കിയിട്ടുള്ള വ്യക്തികളോ DSHS-ന് രഹസ്യാത്മക വിവരങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തൽ. വിവരങ്ങൾ പങ്കിടാൻ അനുവദിച്ചിരിക്കുന്ന ഏജൻസികളുടെ ഒരു ലിസ്റ്റും നിങ്ങൾക്ക് ചേർക്കാം, അതിൽ ക്ലയന്റ് ഒപ്പിടുകയും വേണം.
- ഉൾപ്പെടുത്തുന്ന വിവരങ്ങൾ: സമ്മതത്തിലൂടെ ഏതൊക്കെ റെക്കോർഡുകളാണ് ഉൾപ്പെടുന്നതെന്ന് ക്ലയന്റുകൾ സൂചിപ്പിക്കണം. ക്ലയന്റുകൾക്ക് എല്ലാ റെക്കോർഡുകളും ലഭ്യമാക്കാം അല്ലെങ്കിൽ തീയതിയോ തരമോ റെക്കോർഡ് ഉറവിടമോ അനുസരിച്ച് ഉൾപ്പെടുത്തിയ റെക്കോർഡുകൾ പരിമിതപ്പെടുത്താം. ഒരു ക്ലയന്റ് ഒരു സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നില്ലെങ്കിൽ അല്ലെങ്കിൽ ഒരു നിർദ്ദിഷ്ട റെക്കോർഡ് വ്യക്തമാക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ, നിയമം അനുവദിക്കുന്നെങ്കിൽ ആ റെക്കോർഡ് പങ്കിടുന്നത് തുടർന്നും അനുവദിക്കും. ക്ലയന്റ് ഒപ്പിടുകയും ചെയ്യേണ്ട ഉൾപ്പെടുന്ന റെക്കോർഡുകളുടെ ഒരു ലിസ്റ്റ് നിങ്ങൾക്ക് കൂടെചേർക്കാവുന്നതാണ്. ഏതെങ്കിലും റെക്കോർഡുകളിൽ മാനസികാരോഗ്യം (RCW 71.05.620), HIV/AIDS അല്ലെങ്കിൽ STD ടെസ്റ്റിംഗ് അല്ലെങ്കിൽ ചികിത്സ (RCW 70.02.220), അല്ലെങ്കിൽ മയക്കുമരുന്ന്, ആൽക്കഹോൾ സേവനങ്ങൾ (42 CFR 2.31(a)(5)) എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ ഉൾപ്പെടുന്നെങ്കിൽ, ഈ റെക്കോർഡുകൾ പങ്കിടാൻ അനുമതി നൽകുന്നതിന് ക്ലയന്റ് ഈ ഭാഗങ്ങൾ പ്രത്യേകം അടയാളപ്പെടുത്തണം. 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) എന്നതിനു കീഴിൽ സൈക്കോതെറാപ്പി കുറിപ്പുകൾ ഉൾപ്പെടുത്താൻ ഈ ഫോം സാധുതയുള്ളതല്ല; ആ രേഖകൾ ഉൾപ്പെടുത്തുന്നതിന് ഒരു പ്രത്യേക ഫോം പൂർത്തിയാക്കിയിരിക്കണം.
- കാലാവധി: സമ്മതത്തിന്റെ കാലഹരണ തീയതി ഉൾപ്പെടുത്തുക, ഒരു വർഷം അല്ലായെങ്കിൽ. നിങ്ങൾ മറ്റൊരു തീയതി തിരിച്ചറിയുന്നില്ലെങ്കിൽ, സമ്മതം ഒരു വർഷത്തിനുള്ളിൽ കാലഹരണപ്പെടും.
- മനസ്സിലാക്കൽ: എന്തൊക്കെ അനുമതിയാണ് നൽകപ്പെടുന്നതെന്നും എങ്ങനെ, എന്തുകൊണ്ടാണ് വിവരങ്ങൾ പങ്കിടുന്നതെന്നും ക്ലയന്റ് മനസ്സിലാക്കുന്നുവെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക. ആവശ്യമെങ്കിൽ, വിവർത്തനം ചെയ്ത ഫോമും ദ്വിഭാഷിയെയും ഉപയോഗിക്കുക അല്ലെങ്കിൽ ഫോം ഉറക്കെ വായിക്കുക. ക്ലയന്റിന് കൂടുതൽ വിവരങ്ങൾ ആവശ്യമാണെങ്കിൽ, സ്വകാര്യതാ സമ്പ്രദായങ്ങൾ സംബന്ധിച്ച DSHS അറിയിപ്പിന്റെ ഒരു അധിക പകർപ്പ് നൽകുക അല്ലെങ്കിൽ നിങ്ങളുടെ യൂണിറ്റിനുള്ള പൊതു വെളിപ്പെടുത്തൽ ഓഫീസർക്ക് ക്ലയന്റിനെ റഫർ ചെയ്യുക.

ഒപ്പുകൾ:

- ക്ലയന്റ്: ക്ലയന്റ് അല്ലെങ്കിൽ സമ്മതം നൽകുന്നതിനുള്ള പ്രായമെത്തിയ ഒരു കുട്ടി (മാനസികാരോഗ്യത്തിനും മയക്കുമരുന്ന്, ആൽക്കഹോൾ സേവനങ്ങൾക്കും 13; HIV/AIDS, മറ്റ് STD-കൾ എന്നിവയ്ക്ക് 14; ജനന നിയന്ത്രണത്തിനും ഗർഭച്ഛിദ്രത്തിനും ഏത് പ്രായക്കാർക്കും; ആരോഗ്യ പരിചരണത്തിനും മറ്റ് രേഖകൾക്കും 18) ഈ ബോക്സിൽ ഒപ്പിടുകയും ഒപ്പിട്ട തീയതി ചേർക്കുകയും വേണം. നിങ്ങൾ സാക്ഷിയാകുന്ന ഈ ബോക്സിൽ ക്ലയന്റ് ഒരു അടയാളം പകരമായി ഉൾപ്പെടുത്തിയേക്കാം.
- സാക്ഷി അല്ലെങ്കിൽ നോട്ടറി: ക്ലയന്റ് ഈ ഫോം നേരിട്ട് സമർപ്പിക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ അല്ലെങ്കിൽ ഒരു പ്രോഗ്രാം പരിശോധിച്ചുറപ്പിക്കൽ അഭ്യർത്ഥിക്കുന്നെങ്കിൽ, ക്ലയന്റിന്റെ വ്യക്തിവിവരം പരിശോധിച്ചുറപ്പിക്കാൻ ഒരു സാക്ഷിയോ നോട്ടറിയോ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. ഈ വ്യക്തി ഒപ്പിടുകയും അദ്ദേഹത്തിന്റെ അല്ലെങ്കിൽ അവരുടെ പേര് അച്ചടിക്കുകയും വേണം.
- രക്ഷിതാവ് അല്ലെങ്കിൽ ഇതര രക്ഷാകർത്താവ്: സമ്മതം നൽകുന്നതിനുള്ള പ്രായമെത്താത്ത കുട്ടിയാണെങ്കിൽ, രക്ഷിതാവോ രക്ഷാകർത്താവോ ഒപ്പിടണം. പങ്കിടേണ്ട എല്ലാ റെക്കോർഡുകൾക്കുമായി കുട്ടി സമ്മതം നൽകുന്നതിനുള്ള പ്രായം എത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ, കുട്ടിയും രക്ഷിതാവും ഒപ്പിടണം. നിയമപരമായി അയോഗ്യതയുള്ളതായി ക്ലയന്റിനെ പ്രഖ്യാപിച്ചിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, കോടതി നിയോഗിച്ചിട്ടുള്ള രക്ഷാകർത്താവ് അപ്പോയിന്റ്മെന്റ് ഓർഡറിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് ഒപ്പിട്ട് നൽകണം. മറ്റൊരു പദവിയിലുള്ള ആരെങ്കിലും ഒപ്പിടുകയാണെങ്കിൽ (പവർ ഓഫ് അറ്റോർണിയുള്ള വ്യക്തിയോ ഒരു എസ്റ്റേറ്റ് പ്രതിനിധിയോ ഉൾപ്പെടെ), "മറ്റൊരാൾ" എന്ന് അടയാളപ്പെടുത്തുകയും നിയമപരമായ പ്രവർത്തനത്തിനുള്ള അധികാരത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് വാങ്ങുകയും ചെയ്യുക. ഒപ്പിടുന്ന വ്യക്തി ഒപ്പിൽ തീയതി വയ്ക്കുകയും ടെലിഫോൺ നമ്പറോ കോൺടാക്റ്റ് വിവരമോ നൽകുകയും വേണം.