ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН ТОДОРХОЙЛОЛТ			
НЭР	ТӨРСӨН ОГНОО	ТОДОРХОЙЛОХ ДУГААР	
ХАЯГ	ХОТ	МУЖ	ЗИП КОД
УТАСНЫ ДУГААР (ХЭСГИЙН КОДЫГ ОРУУЛАХ)	БУСАД МЭДЭЭЛЭЛ		

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

Зөвшөөрөл
Consent

ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧДЭД ЗОРИУЛСАН МЭДЭГДЭЛ: Нийгэм ба Эрүүл Мэндийн Салбар (DSHS) нь хэрвээ бид та буюу таныг сайн мэддэг бусад агентлагууд ба мэргэжилтэнгүүдтэй ажиллаж чадаж байвал танд илүү ихээр тусалж чадах болно. Энэ маягтад гарын үсэг зурснаар та доор дурдсан хувь хүн, агетлагууд ба DSHS-д таны тухай нууц мэдээллийг хэрэглэх ба хуваалцах тухай зөвшөөрлөө өгж байгаа болно. DSHS нь таны эрхийг тодорхойлохоор таны зөвшөөрөл хэрэгцээтэй тохиолдлоос гадна хэрвээ та энэхүү маягтад гарын үсэг зурахгүй тохиолдолд таны ашгийг өгөхөөс татгалзах боломжгүй. Хэрвээ та энэ маягтанд гарын үсэг зурахгүй бол DSHS мөн хуулиар зөвшөөрсөн хүрээнд таны тухай зохих мэдээллийг хуваалцаж болно. Хэрвээ та DSHS нь үйлчлүүлэгчийнхээ хувийн мэдээллийг эсвэл таны хувийн эрхийг яаж хуваалцдаг талаар асуулт байвал та DSHS-ний Хувийн Ажиллагааны Мэдэгдэлтэй зөвлөх эсвэл танд энэ маягтыг гардуулж байгаа хүнээс асууж болно.

Зөвшөөрөл

1. Би DSHS-ийн хүрээнд өөрийнхөө тухай хувийн мэдээллийг төлөвлөх, олгох ба зохицуулах үйлчилгээнд хэрэглэх, эмчлэх, төлбөр хийх ба надад олдох ашиг эсвэл хуулийн дагуу зөвшөөрсөн бусад зорилгоор олгосон гэдгийг зөвшөөрч байна. Би мөн DSHS-д ба доор дурдсан агентлаг, үйлчилгээ үзүүлэгч эсвэл хүмүүст миний нууц мэдээллийг ашиглах, эдгээр зорилгоор бие биедээ задруулах зөвшөөрөл олгож байна. Мэдээллийг үгээр эсвэл цахимаар, э-мейлээр эсвэл өөрийн гараар ирж олгож болно.

   Ил тод болгох шалтгаан: DSHS нь мансууруулах бодис, согтууруулах бодис эсвэл сэтгэцийн эрүүл мэндийн бүртгэлийг хуваалцахаас өмнө энэ мэдээлэл шаардлагатай. Хэрвээ та энэ талбайг бөглөхгүй бол, DSHS нь ил тод болгох шалтгааныг таны хүсэлтээр гаргасан гэж тооцох болно.

   Энэ зөвшөөрөлд орсон DSHS-д нэмэлт байдлаар доорхийг шалгах ба тэднийг нэр ба хаягаар нь тодорхойлно уу:

   ☐ Эрүүл мэндийн үйлчилгээ нийлүүлэгчид: _____
   ☐ Сэтгэл зүйн үйлчилгээ нийлүүлэгчид: _____
   ☐ Бодис хэрэглэх өвчний үйлчилгээ нийлүүлэгчид: _____
   ☐ Бусад DSHS гэрээт нийлүүлэгчид: _____
   ☐ Гэрийн хөтөлбөр: _____
   ☐ Сургуулийн дүүрэг эсвэл колежууд: _____
   ☐ Засварын салбарууд: _____
   ☐ Ажлын Аюулгүй Байдлын Салбар ба ажлын хамтрагчид: _____
   ☐ Нийгмийн Аюулгүй Байдлын Захиргаа эсвэл улсын бусад агентлагууд: _____
   ☐ Хавсаргасан жагсаалтыг хар
   ☐ Бусад:

2. Ил тод болгох шалтгаан: ☐ Асрамж үргэлжлэл ☐ Хууль зүйн ☐ Хувийн ☐ Бусад:

3. Би доорх бичлэгүүд ба мэдээллүүдийг хуваалцахыг зөвшөөрч байна (хэрэглэх бүгдийг шалгах):

   ☐ Миний үйлчлүүлэгчдийн бичлэгүүд ☐ Хавсаргасан хуудсан дахь бичлэгүүд
   ☐ Зөвхөн доорх бичлэгүүд
      ☐ Гэр бүл, нийгмийн ба ажлын түүх
      ☐ Эмчилгээ эсвэл асрамжийн төлөвлөгөө
      ☐ Төлбөрийн бичлэгүүд
      ☐ Хувийн үнэлгээнүүд
      ☐ Сургууль, боловсрол ба сургалт
      ☐ Сэтгэцийн эрүүл мэндийн асаргааны мэдээлэл (тодорхойлох):
      ☐ Эрүүл мэндийн байдлын мэдээлэл (тодорхойлох):
      ☐ Бусад (жагсаалт):

ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН ТОДОРХОЙЛОЛТ		
НЭР	ТӨРСӨН ОГНОО	ТОДОРХОЙЛОХ ДУГААР

Анхааралдаа авна уу: Хэрэв таны үйлчлүүлэгчийн бүртгэлд дараах мэдээллийн аль нэг нь байгаа бол, та эдгээр бүртгэлийг оруулахын тулд энэ хэсгийг бөглөх ёстой.

Би доорх бичлэгүүдийг оруулахаар өөрийнхөө зөвшөөрлийг өглөө /орох бүгдийг шалгах/:

☐ Сэтгэцийн эрүүл мэнд ☐ HIV/AIDS ба STD сорилуудын хариу, оношлол эсвэл эмчилгээ

☐ Бодис хэрэглээний эмгэг

- **Энэ зөвшөөрөл нэг жил хүчинтэй эсвэл ☐ хүртэл _____ хүчинтэй (огноо эсвэл арга хэмжээ).**
- **Би энэ зөвшөөрлийг дуртай цагтаа бичгээр хүчингүй болгох эрхтэй, гэхдээ өмнө нь аль хэдийнээ хуваалцсан мэдээллийг хамаарахгүй.**
- **Би энэ зөвшөөрлийн дагуу хуваалцсан бичлэгүүд DSHS-д хамаарах хуулиар хамгаалагдсан байгааг ойлгож байна.**
- **Энэхүү маягтын хуулбар нь бичлэг хуваалцаж миний зөвшөөрлийг өгөхөд хүчинтэй.**

ГАРЫН ҮСЭГ		ОГНОО
ГЭРЧ / НОТАРИАТЧИЙН ГАРЫН ҮСЭГ	ГЭРЧ / НОТАРИАТЧИЙН ДАРМАЛ ОВОГ НЭР	ОГНОО
ЭЦЭГ ЭХ ЭСВЭЛ ӨӨР НЭГЭН ТӨЛӨӨЛӨГЧИЙН ГАРЫН ҮСЭГ /ХЭРВЭЭ БОЛОМЖТОЙ БОЛ/	УТАСНЫ ДУГААР (ХЭСГИЙН КОДЫГ ОРУУЛАХ)	ОГНОО

Хэрэв би бичлэгийн хэсэг биш бол би дор дурдсан төлөөлөгч учраас гарын үсэг зурах эрхтэй: (нотолгоог хавсаргах)

☐ Эцэг эх ☐ Хууль зүйн асран хүмүүжүүлэгч (шүүхийн тушаалыг хавсаргах) ☐ Хувийн төлөөлөгч

☐ Бусад:

МЭДЭЭЛЭЛ ХҮЛЭЭН АВАГЧИД ӨГӨХ МЭДЭГДЭЛ: **Хэрвээ энэ бичлэгүүд HIV, STDs, эсвэл AIDS-ийн талаар мэдээлэлтэй байвал та үйлчлүүлэгчийн тусгай зөвшөөрөлгүй энэ мэдээллийг дамжуулахгүй.** Хэрвээ та үйлчлүүлэгчээс хар **тамхи эсвэл согтуурах бодисын хэрэглээтэй холбоотой** мэдээлэл авсан бол та 42 CFR 2.32 дагуу доорх байдлуудыг мэдээллийн дагуу оруулах ёстой:

Энэ мэдээлэл танд Улсын нийгмийн нууц байдал хадгалах дүрмүүдийн дагуу бичлэгүүдээс илчлэгдсэн болно (42 CFR хэсэг 2). Улсын дүрэм нь таныг энэхүү мэдээллийн талаар өөр нэгэн баримт задлахыг хориглож харин хэрвээ цаашдын илчлэлт нь тэр хүний бичгээр хийсэн зөвшөөрлөөр зөвшөөрөгдсөн бол үүнд орохгүй болон энэ нь 42 CFR хэсэг 2-ын дагуу зөвшөөрөлтэй. Эмнэлгийн болон бусад мэдээллийг нийтлэх ерөнхий зөвшөөрөл нь энэ зорилгоор хангалтгүй. Улсын дүрмүүд энэхүү мэдээллийг эрүүгийн хуулийн мөрдөлт эсвэл өвчтөний хар тамхи болон архи хэрэглэх зэргийг мөрдөн шинжихэд ашиглахыг хязгаарладаг.

Зөвшөөрлийн Маягт бөглөх зааварчилгаа, DSHS 14-012

Хэрэглээ: DSHS-ийн хүрээнд та үйлчлүүлэгчийн талаарх нууц мэдээллийг байнга ашиглах болон хуваалцах зөвшөөрөл авах шаардлагатай эсвэл үйлчилгээг зохицуулахаар мэдээллийг бусад агентлагуудад дамжуулах эсвэл эмчилгээ, төлбөр төлөх эсвэл хуулийн хүрээнд зөвшөөрөгдсөн зорилгуудаар ашиглах бол энэ маягтыг ашиглана уу.

Энэ маягтыг боломжоороо цахимаар бөглөнө үү. **Та хүүхдүүдийг оруулан хүн бүрийн тусдаа маягтыг бөглөх** шаардлагатай.

Маягтын хэсгүүд:

ТОДОРХОЙЛОЛТ:

- НЭР: Маягт бүр дээр зөвхөн нэг үйлчлүүлэгчийн нэрийг оруул. Үйлчилгээ авахаар хэрэглэж байсан нэрүүдийг бас оруулах хэрэгтэй.
- ТӨРСӨН ОГНОО: Үйлчлүүлэгчийг адил нэрүүдтэй хүмүүсээс салгах ёстой.
- ТОДОРХОЙЛОХ ДУГААР: Үйлчлүүлэгчийн тодорхойлох дугаар эсвэл нийгмийн даатгалын дугаарыг (шаардлагагүй) эсвэл тодорхойлох бичлэгт туслахаар ба үйлчилгээ авахаар бусад тодорхойлогч оруулна.
- БУСАД: Үйлчилгээнд холбогдсон DSHS, гэр бүлийн гишүүдийн нэр эсвэл бусад холбогдох мэдээлэл зэрэг бүртгэлийг олохоод тус болох нэмэлт мэдээллийг энэ хайрцагт оруулна.

ЗӨВШӨӨРӨЛ (ЗӨВШӨӨРЛИЙН БИЧИГ):

- ИЛ ТОД БОЛГОХ ШАЛТГААН: DSHS нь мансууруулах бодис, согтууруулах бодис эсвэл сэтгэцийн эрүүл мэндийн бүртгэлийг хуваалцахаас өмнө энэ мэдээлэл шаардлагатай. Хэрвээ та энэ талбайг бөглөхгүй бол, DSHS нь ил тод болгох шалтгааныг таны хүсэлтээр гаргасан гэж тооцох болно.
- АГЕНТЛАГУУД ЭСВЭЛ БИЧЛЭГ СОЛИЛЦОЖ БАЙГАА ХҮМҮҮС: Энэ бөглөсөн маягт нь доорхийг зөвшөөрнө: (1) DSHS доторх буюу жагсаалтад орсон агентлаг эсвэл хүмүүстэй нууц мэдээллийг ашиглах, задруулах; ба (2) нууц мэдээллийг гадны байгууллага эсвэл жагсаалтад орсон хүмүүсээс DSHS-д шилжүүлэн задруулах. Та мэдээлэл хуваалцахыг зөвшөөрсөн агентлагуудын жагсаалтыг хавсаргаж болно, үүнд үйлчлүүлэгч мөн адил гарын үсэг зурна.
- ОРСОН МЭДЭЭЛЭЛ: Үйлчлүүлэгчид зөвшөөрлөөр олгосон бичлэгүүдийг заах ёстой. Үйлчллүлэгчид ажиллагаатай бүх бичлэгүүдийг хийх ёстой эсвэл орсон бичлэгүүдийг огноо, хэлбэр эсвэл бичлэгийн эх үүсвэрээр хязгаарлах ёстой. Хэрвэ үйлчлүүлэгч зөвшөөрөлд гарын үсэг зурахгүй эсвэл зохих бичлэгийг тодорхойлохгүй болэнэ бичлэгийг хуваалцахыг хуулийар зөвшөөрсөн хэвээр л байх болно. Та зохих бичлэгүүдийн жагсаалтыг хавсаргаж болох ба үүнд үйлчлүүлэгч гарын үсэг зурна. Хэрвээ бичлэг нь сэтгэцийн эрүүл мэндэд хамаарах мэдээлэл, (RCW 71.05.620), HIV/AIDS эсвэл STD сорил эсвэл эмчилгээ RCW 70.02.220), эсвэл хар тамхи болон согтууруулах бодис хэрэглэхийн эсрэг үйлчилгээ (42 CFR 2.31(a)(5)) оруулсан бол, үйлчлүүлэгч энэ хэсгүүдийг энэ бичлэгийг хуваалцах зөвшөөрөл оруулахаар тэмдэглэх нь зөв. Энэ маягт нь 45 CFR 164.508(b)(3)(ii)-ийн дагуу сэтгэлзүйн эмчилгээний тэмдэглэл оруулах хүчингүй; тэдгээр бүртгэлийг оруулахын тулд тусдаа маягт бөглөх ёстой.
- ҮРГЭЛЖЛЭХ ХУГАЦАА: Нэг жилээс өөр тохиолдолд, зөвшөөрлийн хугацаа дуусах хугацааг оруулна. Хэрвээ та өөр нэгэн огноо тодорхйлохгүй бол зөвшөөрөл нь нэг жилийн хугацаанд дуусна.
- ОЙЛГОЛТ: Үйлчлүүлэгч энэ зөвшөөрлийг ямархуу зөвшөөрөл өгсөн ба яагаад мэдээллийг хуваалцах болсон гэдгийг ойлгох ёстой. Хэрвээ хэрэгтэй бол орчуулсан маягт эсвэл хэлмэрч хэрэглэх эсвэл маягтыг чанга дуугаар уншина. Хэрвээ үйлчлүүлэгч нэмэлт мэдээлэл авах бол DSHS Нууцлалын Практикийн Тэмдэглэлийн нэмэлт хуулбар эсвэл үйлчлүүлэгчийг таны нэгжид зориулсан нийтийн тодруулга руу чиглүүлэх

ГАРЫН ҮСЭГ:

- ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧ: Үйлчлүүлэгч эсвэл зөвшөөрлийн наснаас дээш насны хүүхэд байх /сэтгэцийн эрүүл мэнд ба хар тамхи ба архи хэрэглэхэд 13 нас, HIV/AIDS ба бусад STD-д 14 нас, төрөлтийн хяналт ба аборт хийхэд дуртай нас, эрүүл мэнд асаргаанд 18 нас/ энэд гарын үсэг зураад гарын үсэг зурсан огноог оруулах. Үйлчлүүлэгч таны гэрчийн тэмдэглэл маягаар энэ дөрвөлжинд тэмдэг үлдээнэ.
- ГЭРЧ ЭСВЭЛ НОТАРИАТЧ: Хэрвээ үйлчлүүлэгч энэ маягтыг биечлэн ирүүлээгүй эсвэл програм нь баталгаажуулах хүсэлт гаргасан бол, үйлчлүүлэгчийн биеийн байцаалтыг баталгаажуулахын тулд гэрч эсвэл нотариат шаардлагатай байж болно. Энэ хүн өөрийн нэрийг хэвлэж гарын үсэг зурах хэрэгтэй.
- ЭЦЭГ ЭХ ЭСВЭЛ ӨӨР НЭГЭН ТӨЛӨӨЛӨГЧ: Хэрэв үйлчлүүлэгч нь зөвшөөрлийн наснаас бага насны хүүхэд бол үүнд эцэг эх эсвэл асрагч нь гарынхаа үсгийг зурах ёстой. Хэрвээ хүүхэд бичлэгийг хуваалцах зөвшөөрлийн насанд хүрээгүй тохиолдолд эцэг эх ба хүүхэд гарын шсэг зурах ёстой. Хэрвээ үйлчлүүлэгч хууль ёсны чадваргүй гэж нэрлэсэнбол шүүх нь түүний өмнөөс асрагчийн гарын үсгийг зуруулж тушаалын хуулбарыг гарган өгөх ёстой. Хэрвээ хэн нэгэн өөр нэг чадвараар гарын үсэг зурсан бол (захиргааны хүчтэй хүн эсвэл үл хөдлөх төлөөлөгч) “бусад” гэж тэмдэглээдхуулийн төлөөлөгчийн актын хуулбарыг авах. Гарын үсэг зурсан хүн огноог тавьж утасны дугаар эсвэл холбох мэдээлэл өгөх ёстой.