مشخصات مشتری		
نام	تاریخ تولد	شماره شناسایی
آدرس خیابان	شهر	ایالت	کد پستی
شماره تلفن (به همراه کد ناحیه)	سایر اطلاعات	

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

رضایت
Consent

اطلاعیه برای مشتریان: وزارت خدمات اجتماعی و درمانی (DSHS) در صورت همکاری با سایر سازمان‌ها و متخصصانی که شما و خانوادهتان را می‌شناسند، بهتر می‌تواند به شما کمک کند. با امضای این فرم، به DSHS و سازمان‌ها و اشخاص فهرست‌شده در زیر اجازه می‌دهید از اطلاعات محرمانه شما استفاده کنند و آن‌ها را به اشتراک بگذارند. در صورت امضا نکردن این فرم، DSHS نمی‌تواند از ارائه مزایا به شما خودداری کند، مگر اینکه برای تشخیص صلاحیت شما به رضایتتان نیاز باشد. در صورت امضا نکردن این فرم، DSHS همچنان می‌تواند اطلاعات مربوط به شما را تا حدی که قانون اجازه می‌دهد، به اشتراک بگذارد. اگر درباره چگونگی اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه مشتریان یا حقوق شخصی خود سؤالی دارید، لطفاً به اطلاعیه رویه‌های شخصی DSHS مراجعه یا از شخصی که این فرم را به شما داده است، سؤال کنید.

رضایت

1. اینجانب رضایت می‌دهم از اطلاعات محرمانه‌ام نزد DSHS برای برنامه‌ریزی، ارائه و هماهنگی خدمات، درمان، پرداخت‌ها و مزایا برای من یا برای هر هدف دیگری که قانون اجازه داده است، استفاده شود. همچنین به DSHS و سازمان‌ها، ارائه‌دهندگان یا اشخاص فهرست‌شده در زیر اجازه می‌دهم از اطلاعات محرمانه من استفاده و آن‌ها را جهت این اهداف برای یکدیگر افشا کنند. اطلاعات را می‌توان به‌صورت شفاهی یا الکترونیکی، از طریق نامه‌نگاری یا تحویل حضوری به اشتراک گذاشت.

دلیل افشا: DSHS برای اینکه بتواند سوابق سلامت روان یا الکل و مواد را به اشتراک بگذارد به این اطلاعات نیاز دارد. اگر این فیلد را تکمیل نکنید، DSHS اینگونه فرض خواهد کرد که دلیل افشا، «درخواست از طرف شما» است.

لطفاً تمام افرادی را که علاوه بر DSHS در این رضایت‌نامه دخیل هستند، در زیر علامت بزنید و نام و نشانی هر یک را مشخص کنید:

- ☐ ارائه‌دهندگان خدمات درمانی: _____
- ☐ ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روان: _____
- ☐ ارائه‌دهندگان خدمات اختلال سوءمصرف مواد: _____
- ☐ سایر ارائه‌دهندگان قراردادی DSHS: _____
- ☐ برنامه‌های اسکان: _____
- ☐ بخش‌های آموزش و پرورش یا کالج‌ها: _____
- ☐ وزارت اصلاحات: _____
- ☐ وزارت امنیت شغلی و شرکای استخدامی آن: _____
- ☐ اداره تأمین اجتماعی یا سایر سازمان‌های فدرال: _____
- ☐ فهرست ضمیمه را نگاه کنید
- ☐ سایر:

2. دلیل افشا: ☐ استمرار خدمات درمانی ☐ حقوقی ☐ شخصی ☐ سایر:

3. اجازه و رضایت می‌دهم سوابق و اطلاعات زیر به اشتراک گذاشته شود (تمام موارد مرتبط را علامت بزنید):
   - ☐ تمام سوابق مشتری من ☐ سوابق مندرج در فهرست ضمیمه‌شده
   - ☐ صرفاً سوابق زیر
     - ☐ سابقه خانوادگی، اجتماعی و اشتغال
     - ☐ درمان یا طرح‌های مراقبتی
     - ☐ سوابق پرداخت
     - ☐ ارزیابی‌های فردی
     - ☐ مدرسه، آموزش و تحصیل
     - ☐ اطلاعات مراقبت‌های سلامت روان (مشخص کنید):
     - ☐ اطلاعات مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی (مشخص کنید):
     - ☐ سایر (فهرست):

مشخصات مشتری		
نام	تاریخ تولد	شماره شناسایی

لطفاً توجه داشته باشید: اگر سوابق مشتری شما شامل هریک از اطلاعات زیر است، باید این قسمت را نیز جهت لحاظ کردن این سوابق تکمیل کنید.

اجازه می‌دهم سوابق زیر افشا شوند (هر کدام را که شامل می‌شود، علامت بزنید):

☐ سلامت روان ☐ نتایج آزمایش، تشخیص یا درمان اچ‌آی‌وی/ایدز (HIV/AIDS) و بیماری‌های مقاربتی ☐ اختلال سوءمصرف مواد

- **این رضایت یک سال یا ☐ تا _____ (تاریخ یا رویداد) اعتبار دارد.**
- **می‌توانم این رضایت‌نامه را هر زمان به‌صورت کتبی لغو کنم یا پس بگیرم، اما این کار تأثیری روی اطلاعاتی که قبلاً به اشتراک گذاشته شده است، نخواهد داشت.**
- **متوجه هستم سوابق اشتراک‌گذاشته‌شده تحت این رضایت‌نامه ممکن است دیگر تحت محافظت قوانین مربوط به DSHS نباشند.**
- **رونوشتی از این فرم جهت ارائه مجوز توسط من برای اشتراک‌گذاری سوابق معتبر است.**

امضا		تاریخ
امضای شاهد/سردفتر اسناد رسمی، در صورت وجود	نام با حروف بزرگ و خوانای انگلیسی شاهد/سردفتر اسناد رسمی	تاریخ
امضای ولی یا نماینده دیگر (در صورت وجود)	شماره تلفن (به همراه کد ناحیه)	تاریخ

در صورت تعلق نداشتن سوابق به اینجانب، اجازه دارم فرم را امضا کنم، چرا که این نسبت را با شخص دارم: (گواهی سندیت را پیوست کنید)

☐ والد ☐ قیم قانونی (حکم دادگاه پیوست شود) ☐ نماینده شخصی ☐ سایر:

اطلاعیه برای دریافت‌کنندگان اطلاعات: **اگر این سوابق شامل اطلاعاتی درباره اچ‌آی‌وی، بیماری‌های مقاربتی یا ایدز است، این اطلاعات را دیگر نمی‌توانید بدون اجازه خاص مشتری افشا کنید.** اگر اطلاعاتی درباره **سوءمصرف مواد یا الکل** از سوی مشتری دریافت کردید، طبق الزام 42 CFR 2.32، باید در صورت افشای بیشتر اطلاعات عبارت زیر را اضافه کنید:

این اطلاعات از سوابق تحت محافظت قوانین محرمانگی فدرال (42 CFR بخش 2) در اختیار شما قرار گرفته است. قوانین فدرال شما را از هرگونه افشای بیشتر این اطلاعات منع می‌کند، مگر اینکه این افشای بیشتر بر اساس رضایت کتبی صریح فردی باشد که اطلاعات در مورد اوست یا افشای آن بر اساس 42 CFR بخش 2 مجاز باشد. مجوز کلی برای انتشار اطلاعات پزشکی یا سایر اطلاعات برای این هدف کافی نیست. طبق قوانین فدرال، هرگونه استفاده از این اطلاعات برای تحقیقات جنایی یا تحت پیگرد قانونی قرار دادن بیماری که دچار سوءمصرف الکل یا مواد مخدر است، ممنوع است.

دستورالعمل‌های تکمیل فرم رضایت، DSHS 14-012

استفاده: زمانی که به رضایت جهت استفاده یا اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه برای مدتی طولانی درباره مشتری DSHS یا افشای این اطلاعات به سایر سازمان‌ها جهت هماهنگی خدمات یا برای درمان، پرداخت یا عملیات‌های سازمان یا برای سایر اهداف به رسمیت شناخته شده توسط قانون نیاز دارید، از این فرم استفاده کنید.

در صورت امکان، این فرم را به‌صورت الکترونیکی تکمیل کنید. باید **فرم جداگانه‌ای را برای هر فرد، از جمله کودکان،** تکمیل کنید.

بخش‌های فرم:

مشخصات:

- نام: روی هر فرم نام تنها یک مشتری را بنویسید. هرگونه نام پیشین را که مشتری ممکن است هنگام دریافت خدمات از آن استفاده کرده باشد، بنویسید.
- تاریخ تولد: برای شناسایی مشتری از سایر افراد دارای نام مشابه نیاز است.
- شماره شناسایی: یک شماره شناسایی مشتری یا هرگونه شماره شناسایی دیگر نظیر شماره تأمین اجتماعی (الزامی نیست) جهت کمک به تشخیص سوابق و ردیابی تاریخچه و خدمات دریافتی ارائه دهید.
- سایر: در این کادر هرگونه اطلاعات بیشتری را قرار دهید که می‌تواند به یافتن سوابق کمک کند، از جمله DSHS مرتبط با ارائه خدمات، نام اعضای خانواده یا سایر اطلاعات مرتبط.

رضایت (اجازه دادن):

- دلیل افشا: DSHS برای اینکه بتواند سوابق سلامت روان یا الکل و مواد را به اشتراک بگذارد به این اطلاعات نیاز دارد. اگر این فیلد را تکمیل نکنید، DSHS اینگونه فرض خواهد کرد که دلیل افشا، «درخواست از طرف شما» است.
- سازمان‌ها یا اشخاص تبادل‌کننده سوابق: این فرم تکمیل‌شده اجازه می‌دهد این موارد انجام شود: (1) استفاده و افشای اطلاعات محرمانه درون DSHS و با سازمان‌ها و افراد فهرست‌شده؛ و (2) افشای اطلاعات محرمانه به DSHS توسط افراد یا سازمان‌های خارجی فهرست‌شده. همچنین می‌توانید فهرستی از سازمان‌هایی را ضمیمه کنید که اجازه دارند اطلاعات را به اشتراک بگذارند که مشتری هم باید امضایشان کند.
- اطلاعات درج‌شده: مشتریان باید مشخص کنند کدام سوابق تحت پوشش این رضایت‌نامه قرار دارد. مشتریان می‌توانند تمام سوابق موجود را در دسترس قرار دهند یا سوابق ارائه‌شده را بر حسب تاریخ، نوع یا منبع سوابق محدود کنند. در صورتی که مشتری رضایت‌نامه‌ای امضا نکند یا سوابق خاصی را مشخص نکند، اشتراک‌گذاری آن سوابق در صورت وجود مجوز قانونی همچنان بلامانع است. می‌توانید فهرستی از سوابق تحت پوشش را ضمیمه کنید که مشتری هم باید امضایشان کند. اگر هریک از سوابق شامل اطلاعات مربوط به سلامت روان (RCW 71.05.620)، آزمایش یا درمان اچ‌آی‌وی/ایدز یا بیماری مقاربتی (RCW 70.02.220)، یا خدمات مواد مخدر و الکل ((42 CFR 2.31(a)(5) باشد، مشتری باید مشخصاً این قسمت‌ها را جهت اعطای اجازهٔ اشتراک‌گذاری علامت بزند. این فرم به موجب 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) جهت جمع‌آوری یادداشت‌های روان‌درمانی معتبر نیست؛ جهت جمع‌آوری این سوابق باید فرمی جداگانه تکمیل کرد.
- مدت زمان: اگر تاریخ انقضا یک سال نیست، تاریخ انقضایی برای رضایت وارد کنید. رضایت ظرف یک سال منقضی می‌شود، مگر اینکه تاریخ دیگری وارد کنید.
- درک: مطمئن شوید مشتری می‌فهمد چه اجازه‌ای می‌دهد و اطلاعات چگونه و چرا به اشتراک گذاشته می‌شود. در صورت نیاز، از فرم ترجمه‌شده و مترجم شفاهی استفاده کنید یا فرم را با صدای بلند بخوانید. اگر مشتری به اطلاعات بیشتری نیاز داشت، یک رونوشت اضافی از اطلاعیه رویه‌های شخصی DSHS ارائه دهید یا مشتری را به مأمور افشای عمومی در بخش خود ارجاع دهید.

امضاها:

- مشتری: از مشتری یا کودک بزرگ‌تر از سن قانونی رضایت دادن (13 برای خدمات سلامت روان، مواد مخدر و الکل؛ 14 برای اچ‌آی‌وی/ایدز و سایر بیماری‌های مقاربتی؛ هر سنی برای جلوگیری از بارداری و سقط جنین؛ 18 برای بهداشت و درمان و سایر سوابق) بخواهید این کادر را امضا و تاریخ امضا را وارد کند. مشتری می‌تواند علامت این کادر را عوض کند که شما شاهد بودید.
- شاهد یا سردفتر اسناد رسمی: در صورتی که مشتری این فرم را شخصاً ارسال نمی‌کند یا برنامه‌ای مجوز را درخواست کرده است، ممکن است برای تأیید هویت شخصی مشتری به یک شاهد یا سردفتر اسناد رسمی نیاز باشد. این فرد باید فرم را امضا کند و نام خود را با حروف بزرگ و مجزا درج کند.
- ولی یا نماینده دیگر: اگر مشتری کودک زیر سن قانونی امضا دادن است، ولی یا سرپرست باید امضا کنند. اگر کودک از سن لازم برای رضایت دادن نسبت به تمام سوابق اشتراک‌گذاشته‌شده برخوردار نیست، هم کودک و هم ولی باید امضا کنند. اگر مشتری از نظر قانونی فاقد صلاحیت تلقی شود، سرپرست تعیین‌شده توسط دادگاه باید نسخه‌ای از حکم تعیین را امضا کند و ارائه دهد. اگر شخصی با اهلیتی دیگر امضا می‌کند (شامل شخصی با وکالتنامه یا نماینده ایالتی)، «سایر» را علامت بزنید و رونوشتی از مجوز قانونی اقدام را اخذ کنید. شخص امضاکننده باید تاریخ امضا را قید کند و شماره تلفن یا اطلاعات تماس ارائه دهد.