Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

Разрешение
Authorization

☐ В этот раз я не запрашиваю раскрытие этих документов. Поместите это разрешение в досье моего клиента.

РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ, НАХОДЯЩЕЙСЯ В ДЕПАРТАМЕНТЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (DSHS), КАСАЮЩЕЙСЯ:

ПОЛНОЕ ИМЯ: ФАМИЛИЯ	ИМЯ	СРЕДНЕЕ ИМЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ

В поиске информации могут помочь следующие данные:	ПРЕЖНИЕ ИМЕНА И ФАМИЛИИ

ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА	ДРУГОЙ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР	ДАТЫ ПОЛУЧЕНИЯ ОБСЛУЖИВАНИЯ	МЕСТО ПОЛУЧЕНИЯ ОБСЛУЖИВАНИЯ

ИНФОРМАЦИЯ ПЕРЕДАЕТСЯ:

ПОЛНОЕ ИМЯ: ФАМИЛИЯ	ИМЯ	СРЕДНЕЕ ИМЯ	ДОЛЖНОСТЬ

НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ИЛИ ПРЕДПРИЯТИЯ, ЕСЛИ ПРИМЕНИМО

АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ КОД МЕСТНОЙ ЗОНЫ)	НОМЕР ФАКСА (ВКЛЮЧАЯ КОД МЕСТНОЙ ЗОНЫ)	АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ

ПРИЧИНА РАСКРЫТИЯ (НЕ ТРЕБУЕТСЯ)

РАЗРЕШЕНИЕ:

ИСТОЧНИКИ: Я уполномочиваю следующие программы, которые реализуются Департаментом социального обеспечения и здравоохранения (DSHS), раскрыть или предоставить доступ к следующей конфиденциальной информации, касающейся меня. Информация может предоставляться устно или посредством средств электронной передачи информации, по почте, по факсу или личным вручением. Отметьте все, что применимо в вашем случае:

Психическое здоровье (BHA)
- ☐ Учреждения штата по защите психического здоровья (ESH, WSH, CSTC)
- ☐ Специализированный центр принудительной госпитализации (SCC)
- ☐ Отделение по поддержанию психического здоровья правонарушителей (OFMHS)
- ☐ Другое (головные офисы организаций, лечебные учреждения интернатного типа (RTFs)):

Экономические услуги (ESA)
- ☐ Служба социального обеспечения (CSD — социальная помощь)
- ☐ Отдел по вопросам помощи детям (DCS)
- ☐ Услуги по определению инвалидности (DDDS)
- ☐ Другое (например, головные офисы организаций):

Управление секретаря (OOS)
- ☐ Управление рисками для коммерческих предприятий (Enterprise Risk Management Office, ERMO)
- ☐ Отдел кадров (для служащих DSHS)

Администрация поддержки пожилых людей и долгосрочного ухода (ALTSA)
- ☐ Управление по вопросам предоставления услуг на дому и по месту жительства (Home and Community Services, HCS)
- ☐ Отдел услуг в учреждениях интернатного типа (RCS)
- ☐ Службы защиты совершеннолетних лиц (Adult Protective Services, APS)
- ☐ Другое (например, головные офисы организаций):

Учреждения, финансы и аналитика (FFA)
- ☐ Центральное подразделение по проверке биографических данных (BCCU)
- ☐ Расследование фактов мошенничества и отчетности (OFA)
- ☐ Отпуск / выплата заработной платы (для служащих DSHS)

☐ Инвалидность вследствие нарушений развития (DDA)
☐ Профессиональная реабилитация (DVR)
☐ Другое:

☐ Все отделы Департамента социального обслуживания и здравоохранения (DSHS)

ДОКУМЕНТАЦИЯ: Я уполномочиваю Департамент социального обеспечения и здравоохранения (DSHS) раскрыть следующую информацию:
- ☐ Документацию, содержащуюся в архивах отмеченных выше отделений Департамента DSHS.
- ☐ Документацию, указанную в прилагаемом списке.
- ☐ Только следующую документацию:

ПРИМЕЧАНИЕ: Если ваша клиентская информация или прочая информация включает любое из нижеуказанного, то для того, чтобы разрешить раскрытие такой информации, вам также необходимо заполнить приведенный ниже раздел.

ОСОБАЯ ИНФОРМАЦИЯ: Я разрешаю раскрытие следующей информации, которая находится в архивах Департамента DSHS (отметьте все, что применимо):
- ☐ Результаты анализов на ВИЧ/СПИД и заболевания, передаваемые половым путем (ЗППП), а также диагнозы и документы о лечении этих заболеваний (в соответствии с RCW 70.02.220).
- ☐ Информацию о психическом состоянии (в соответствии с 70.02.230 или 240).
- ☐ Информацию о расстройстве, связанном с употреблением психоактивных веществ (в соответствии с 42 CFR Часть 2).

- Данное разрешение действительно в течение 180 дней или ☐ до _____ (если не указаны дата или событие, период действия соглашения составит 180 дней).
- Я могу отменить или отозвать свое разрешение в письменной форме в любое время, но это не повлияет на уже раскрытую информацию.
- Я понимаю, что после передачи сведений обо мне такие сведения более не будут защищены законами, которые применяются к департаменту DSHS.
- Копия этой формы действительна в качестве моего разрешения на раскрытие информации. Департамент DSHS имеет право взимать плату за предоставление копий документации и информации.

КЕМ РАЗРЕШЕНО (ПОДПИСЬ)	ДАТА ПОДПИСИ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ КОД МЕСТНОЙ ЗОНЫ)

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	СВИДЕТЕЛЬ/НОТАРИУС (ПОДПИСЬ И ФАМИЛИЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ, ЕСЛИ ПРИМЕНИМО)

Если я не являюсь лицом, указанным в этих документах, то у меня есть право подписи, поскольку я являюсь (приложите удостоверение полномочий)
☐ Родителем несовершеннолетнего лица ☐ Официальным опекуном ☐ Личным представителем ☐ Другое:

Информация для получателей информации: Если в этих документах содержатся сведения о ВИЧ, ЗППП или СПИД, или же о злоупотреблении алкогольными напитками или наркотиками, вы не имеете права на дальнейшую передачу такой информации согласно федеральным законам и законам штата без специального разрешения клиента и без удовлетворения специальным юридическим требованиям.

ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ ЗАЯВЛЕНИЯ

Назначение: Вы должны использовать эту форму, если вы хотите, чтобы Департамент DSHS мог раскрывать конфиденциальную информацию о вас иному лицу (в том числе адвокату, законодателю или родственнику). Вы можете дать разрешение на раскрытие всей конфиденциальной информации о вас, хранящейся в архивах Департамента DSHS, или же вы можете ограничить ваше разрешение определенной информацией или отделами данного Департамента. Эта форма также даст Департаменту DSHS возможность обсудить вашу ситуацию устно с уполномоченным вами лицом.

Уведомление для клиентов: Большей частью информация о клиентах, которая содержится в архивах DSHS, является конфиденциальной; она не будет раскрыта кому бы то ни было без вашего разрешения, либо если такое раскрытие не предусмотрено законом. После того, как ваша конфиденциальная информация будет раскрыта Департаментом DSHS, помните, что получатель не гарантирует защиту вашей информации на основании законов, которым подчиняется Департамент DSHS. Департамент DSHS не может отказать вам в помощи, если вы не подпишите эту форму, разрешающую Департаменту DSHS раскрывать информацию, за исключением случаев, когда ваше разрешение на раскрытие информации требуется для того, чтобы определить ваше право на ее получение. Информация в отношении того, каким образом медицинское обслуживание, предоставляемое Департаментом DSHS, регулируется нормами закона HIPAA о распространении защищенной медицинской информации, а также данные о ваших правах на конфиденциальность приведены в Уведомлении DSHS о политике конфиденциальности (DSHS Notice of Privacy Practices) по адресу www.dshs.wa.gov, вы также можете запросить такую информацию у лица, передавшего вам эту форму. Вы можете получить копии этой формы.

Использование: Вы можете заполнить эту форму в электронном виде или от руки. Переходите между полями формы с помощью клавиши Tab. **Для каждого лица, информация которого запрашивается, включая детей, необходимо заполнить отдельную форму.** Местоимение «Вы» относится к лицу, указанному в документах.

Части формы:

ДАННЫЕ, ИДЕНТИФИЦИРУЮЩИЕ ЛИЦО, УКАЗАННОЕ В ДОКУМЕНТАХ:

- Имя, фамилия: Укажите собственное полное имя или же полное имя лица, чьи документы запрашиваются, если вы действуете от чьего-либо имени.
- Дата рождения: Укажите эту информацию, чтобы вас могли отличить от людей с таким же именем.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ, которая поможет определить, где находится информация:

- Прежние имена и фамилии: Укажите любые имена и фамилии, использованные вами при получении помощи или обслуживания.
- Идентификационный номер клиента: Укажите любой номер, присвоенный Департаментом DSHS.
- Другой идентификационный номер: Укажите любые другие идентификационные номера, которые помогут идентифицировать информацию DSHS. Указывайте номер в системе социального страхования только в случае необходимости.
- Дата и место получения обслуживания: Укажите эту информацию, чтобы помочь DSHS идентифицировать и найти данные, о раскрытии которых вы запрашиваете.

ЛИЦО, ПОЛУЧАЮЩЕЕ ДОКУМЕНТАЦИЮ:

- Удостоверение: Укажите в этом разделе максимально подробную информацию с тем, чтобы мы могли связаться с лицом или организацией, которая получит доступ к вашей конфиденциальной информации.
- Причина раскрытия: Эту информацию необходимо иметь, чтобы Департамент DSHS раскрыл документацию об употреблении наркотиков или алкоголя или же о состоянии психического здоровья. Если вы не заполните эту часть, Департамент DSHS будет считать, что причиной раскрытия является только ваш запрос.

РАЗРЕШЕНИЕ:

- Отделы Департамента DSHS: Укажите отделы Департамента DSHS, которым вы разрешаете раскрыть информацию о вас, или отметьте самое нижнее поле в этом разделе, если вы предоставляете доступ к любой информации о вас, которая имеется в наличии в Департаменте DSHS. Если программа не указана, укажите ее название в графе «Другое».
- Раскрываемая информация: Укажите, какую информацию вы хотите раскрыть. Вы можете разрешить раскрытие всей или некоторой клиентской информации, находящейся в архивах Департамента DSHS, а также иной конфиденциальной информации. Вы также можете ограничить объем раскрываемой информации клиентской документацией, которая хранится в определенных отделах Департамента, отмеченных в предыдущем разделе, либо особой информацией, указанной в данной форме или в подписанном вами приложении. Если предусмотрены ограничения объема раскрываемой информации, перечислите соответствующую информацию или же опишите ограничения, к примеру, по дате обслуживания или типу информации.
- Ограниченная информация: Если информация может включать в себя данные о тестировании на ВИЧ/СПИД или ЗППП или же о лечении от указанных заболеваний, лечении от психических расстройств, или же об услугах, предоставляемых вам в связи с лечением расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, вы должны отметить каждое поле, чтобы дать Департаменту DSHS возможность раскрыть такую информацию. Воспользуйтесь разрешением на прохождение психотерапии — формой DSHS 17-270, чтобы разрешить раскрытие информации о проведенной психотерапии (согласно 45 CFR 164.508(b) (3) (ii)).
- Срок действия: Данная форма предоставляет доступ к информации, которая в настоящее время находится в Департаменте DSHS. Срок действия вашего разрешения истекает через 180 дней после подписания формы или в любой другой день или в день наступления любого события, о которых вы сообщите. Если вы не укажете дату, разрешение будет действовать 180 дней. Вы можете отозвать разрешение на раскрытие информации в письменном виде в любое время, однако отзыв разрешения не будет действовать в отношении уже раскрытой информации.
- Стоимость: Закон о документах публичного характера, приведенный в RCW 42.56.120 и WAC 388-01-080, дает Департаменту DSHS возможность взимать плату за копии информации, а также стоимость почтовой пересылки. Некоторые больницы и организации системы здравоохранения также могут взимать плату за предоставление данных о пациентах в соответствии с разделом 70.02 RCW.

ПОДПИСИ:

- Если вы — лицо, указанное в документах, поставьте подпись и укажите свои имя и фамилию печатными буквами ниже. Укажите дату подписания, а также контактный номер телефона.
- Если вы подписываете документ за другое лицо, укажите, на основании чего вы ставите подпись в последней строке, затем приложите копию решения суда или другого документа, который дает вам законное право ставить подпись на этой форме. Дети также должны подписать форму, чтобы дать разрешение на раскрытие относящейся к ним конфиденциальной информации при условии, что они старше возраста согласия (13 лет для вопросов, относящихся к психическому здоровью и услугам в отношении злоупотребления алкоголем и наркотиками; 14 лет для вопросов, относящихся к ВИЧ/СПИД и прочим ЗППП; без ограничений по возрасту по вопросам о контроле рождаемости и абортам; 18 лет по вопросам об общем состоянии здоровья и другой информации).
- Свидетель или нотариус: Присутствие свидетеля или нотариуса может быть необходимым для проверки вашей личности, если вы не представите эту форму лично, либо если программа запросит такую проверку. Такое лицо должно подписать форму и указать свое имя и фамилию печатными буквами.

УВЕДОМЛЕНИЕ ДЕПАРТАМЕНТУ DSHS: Если в такой информации содержатся данные о ВИЧ или ЗППП, Департамент DSHS должен уведомить получателей информации о ее конфиденциальном характере, и что получатели информации не могут далее раскрывать эту информацию без специального разрешения, предусмотренного RCW 70.02.300. Если в соответствии с этим разрешением Департамент DSHS раскроет информацию об услугах, получаемых в связи со злоупотреблением психоактивными веществами, то для дальнейшей передачи такой информации Департамент DSHS обязан включить следующее заявление, требуемое разделом 42 CFR 2.32:

> Эта информация передана вам из документов, подпадающих под федеральные требования о защите конфиденциальности (согласно части 2 раздела 42 CFR). Федеральные требования запрещают дальнейшую передачу этой информации без специального письменного согласия лица, к которому она относится, либо иного основания, отраженного в Части 2 раздела 42 CFR. Общего разрешения на передачу медицинской и иной информации НЕДОСТАТОЧНО для этой цели. Согласно федеральным нормативным документам, эту информацию запрещено использовать для какого бы то ни было уголовного расследования и преследования любых пациентов, злоупотребляющих алкоголем или наркотиками.