Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

Дозвіл
Authorization

☐ Я не запитую про розкриття документів у цей час. Прошу додати цей дозвіл до мого досьє клієнта.

ДОЗВІЛ НА РОЗКРИТТЯ МАТЕРІАЛІВ DSHS ОСОБИ:

ПРІЗВИЩЕ	ІМ'Я	ДРУГЕ ІМ'Я	ДАТА НАРОДЖЕННЯ

Наведена нижче інформація допоможе знайти матеріали:	КОЛИШНІ ІМЕНА

ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА	ІНШІ ІДЕНТИФІКАЦІЙНІ НОМЕРИ	ДАТИ ОБСЛУГОВУВАННЯ	МІСЦЯ ОБСЛУГОВУВАННЯ

КОМУ РОЗКРИТИ ІНФОРМАЦІЮ:

ПРІЗВИЩЕ	ІМ'Я	ДРУГЕ ІМ'Я	ПОСАДА

НАЗВА ОРГАНІЗАЦІЇ АБО КОМПАНІЇ, ЯКЩО ЗАСТОСОВНО			
АДРЕСА	**МІСТО**	**ШТАТ**	**ПОШТОВИЙ ІНДЕКС**

НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (ВКАЖІТЬ КОД РЕГІОНУ)	НОМЕР ФАКСУ (ВКАЖІТЬ КОД РЕГІОНУ)	АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ

ПРИЧИНА РОЗКРИТТЯ (НЕ ОБОВ'ЯЗКОВО)

ДОЗВІЛ:

ДЖЕРЕЛА: Я даю дозвіл зазначеним нижче програмам Департаменту охорони здоров'я й соціального забезпечення (DSHS) розкрити інформацію або надати доступ до конфіденційної інформації про мене, визначеної нижче. Інформація може передаватися усно або через засоби передання інформації, поштою, факсом або особисто. Відмітьте усі варіанти відповіді, які підходять до вашої ситуації.

Психічне здоров'я (BHA)
- ☐ Організації з контролю за психічним здоров'ям на рівні штату (ESH, WSH, CSTC)
- ☐ Центр спеціальних зобов'язань (SCC)
- ☐ Офіс юридичних служб щодо психічного здоров'я (OFMHS)
- ☐ Інше (наприклад, штаб-квартира, RTF):

Економічні послуги (ESA)
- ☐ Громадські послуги (CSD - допомога громади)
- ☐ Служба з питань допомоги дітям (DCS)
- ☐ Послуги з питань встановлення інвалідності (DDDS)
- ☐ Інше (наприклад, штаб-квартира):

Офіс Секретаря (OOS)
- ☐ Офіс корпоративного управління ризиками (ERMO)
- ☐ Управління людськими ресурсами (працівник DSHS)

Адміністрація з обслуговування літніх людей та тривалої допомоги (ALTSA)
- ☐ Послуги вдома та за місцем проживання (HCS)
- ☐ Відділення послуг по догляду за місцем проживання (RCS)
- ☐ Служби захисту дорослих (APS)
- ☐ Інше (наприклад, штаб-квартира):

Адміністрація об'єктів, фінансів і аналітики (FFA)
- ☐ Центральний підрозділ з перевірки біографічних даних (BCCU)
- ☐ Бюро з питань шахрайства та відповідальності
- ☐ Питання відпустки / нарахування заробітної плати (працівник DSHS)

- ☐ Адміністрація з питань вад розвитку (DDA)
- ☐ Відділення трудової реабілітації (DVR)
- ☐ Інше:

☐ Усі відділення Департаменту охорони здоров'я й соціального забезпечення (DSHS)

МАТЕРІАЛИ: Я даю дозвіл на розкриття таких матеріалів DSHS:
- ☐ Матеріали, наявні у відмічених вище відділеннях DSHS
- ☐ Документи зі списку, що додається
- ☐ Лише такі документи:

ПАМ'ЯТАЙТЕ! Якщо ваша клієнтська або інша конфіденційна інформація також містить інформацію, що відноситься до будь-якого з наступних типів, ви мусите заповнити наведений нижче розділ, щоб дати згоду на розкриття цієї інформації.

СПЕЦІАЛЬНІ МАТЕРІАЛИ: Я даю дозвіл на розкриття такої інформації, наявної в DSHS (відмітьте все, що вас стосується):
- ☐ Результати аналізів на ВІЛ/СНІД та ХПСШ, а також інформацію про діагнози та лікування (RCW 70.02.220)
- ☐ Інформація про стан психічного здоров'я (RCW 70.02.230 або 240)
- ☐ Інформація про розлади, викликані вживанням психоактивних речовин (42 CFR Part 2)

- Цей дозвіл є чинним протягом 180 днів або ☐ до _____ (зазначити дату або подію; якщо не зазначено, застосована умова про чинність упродовж 180 днів).
- Я можу відкликати або анулювати цю згоду у письмовій формі в будь-який час, але такий відклик або анулювання не стосуватиметься вже розкритої інформації.
- Я розумію, що після розкриття моя інформація та документи більше не захищені законодавством, що регулює діяльність Департаменту DSHS.
- Копія цієї форми може використовуватися для надання дозволу від мене на розкриття інформації. Департамент DSHS може стягувати платню за надання копій відповідних матеріалів.

ЗАТВЕРДЖЕНО (ПІДПИС)	ДАТА ПІДПИСАННЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (З КОДОМ ЗОНИ)

ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ (РОЗБІРЛИВО)	СВІДОК/НОТАРІУС (ПІДПИСЬ ТА ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ (РОЗБІРЛИВО), ЯКЩО ЗАСТОСОВНО)

Якщо я не є особою, зазначеною в цих документах, у мене є право підпису, оскільки я є: (додайте підтвердження повноважень)
☐ Батько або мати неповнолітньої особи ☐ Офіційний опікун ☐ Персональний представник ☐ Інше:

Повідомлення для отримувачів інформації: Якщо в цих документах містяться відомості про ВІЛ, ХПСШ або про зловживання алкоголем або наркотиками, за федеральним законодавством та законодавством штату ви можете розкривати таку інформацію виключно за спеціальної згоди клієнта та за умови задоволення офіційних вимог.

ІНСТРУКЦІЇ ЩОДО ЗАПОВНЕННЯ ФОРМИ ДОЗВОЛУ

Призначення: Ви маєте скористатися цією формою, щоб надати згоду про розкриття Департаментом DSHS конфіденційної інформації, яка стосується вас або іншої особи (зокрема адвокатів, законодавців та родичів). Ви можете дати згоду на розкриття усієї конфіденційної інформації про вас, наявної в Департаменті DSHS, або ж обмежити діапазон інформації, що розкривається, окремими матеріалами або відділами Департаменту. Ця форма також надає змогу Департаменту DSHS усно обговорювати ваш стан із особами, на яких розповсюджується ваш дозвіл.

Повідомлення для клієнтів: Більшість клієнтської інформації, яку має Департамент DSHS, є конфіденційною та підлягає розкриттю іншим особам лише за вашим дозволом або у разі, якщо таке розкриття дозволене законом. Майте на увазі, що отримувач вашої конфіденційної інформації, розкритої Департаментом DSHS, може не захищати цю інформацію за тими самими законами, які є застосовними до діяльності Департаменту DSHS. Департамент DSHS не може відмовити вам у допомозі, якщо ви не підпишете цю форму, що дозволяє розкривати інформацію DSHS, за винятком випадків, коли ваш дозвіл на розкриття інформації потрібний для того, щоб визначити наявність у вас необхідних прав. Щоб отримати інформацію про те, яким чином відділи сектору охорони здоров'я Департаменту DSHS, на яких розповсюджується дія закону HIPAA (Закон про мобільність та підзвітність медичного страхування), передають захищену медичну інформацію, а також про ваші права щодо конфіденційності, зверніться до Сповіщення про політику конфіденційності DSHS за адресою www.dshs.wa.gov, або запитайте особу, яка надала вам цю форму. Ви можете отримати копію цього повідомлення.

Використання: Цю форму можна заповнити в електронному вигляді або від руки. Щоб переходити між полями, скористайтеся клавішею Tab. **Передбачте окрему форму для кожної особи, відносно якої запитано матеріали, включаючи дітей.** Звернення «Ви» стосується особи, якої стосуються матеріали.

Частини форми:

ІДЕНТИФІКАЦІЯ ОСОБИ, ЯКОЇ СТОСУЮТЬСЯ МАТЕРІАЛИ:

- Прізвище та ім'я: Зазначте ваше повне ім'я або, якщо ви дієте від імені іншої особи, повне ім'я особи, відносно якої запитані матеріали.
- Дата народження: Ця інформація допоможе відрізнити вас від осіб з такими самими іменами та прізвищами.

ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ, яка допоможе відшукати матеріали:

- Колишні імена: Зазначте будь-які інші імена, які використовувалися для отримання допомоги або послуг.
- Ідентифікаційний номер клієнта: Зазначте будь-які номери, надані Департаментом DSHS.
- Інші ідентифікаційні номери: Зазначте будь-які інші ідентифікаційні дані, які допоможуть відшукати матеріали DSHS. Номер у системі соціального забезпечення надавайте лише за необхідності.
- Дата та місце обслуговування: Надайте цю інформацію, яка допоможе Департаменту DSHS ідентифікувати та відшукати матеріали, які ви бажаєте розкрити.

ОТРИМУВАЧІ МАТЕРІАЛІВ:

- Ідентифікація: Заповніть цей розділ якомога детальніше, щоб ми могли звернутися до особи або організації, яка матиме доступ до вашої конфіденційної інформації.
- Причина розкриття: Департамент DSHS має отримати цю інформацію до того, як розкрити матеріали про вживання алкоголю або психоактивних речовин або про стан психічного здоров'я клієнта. Якщо ви не заповните це поле, Департамент DSHS вважатиме причиною розкриття інформації ваш запит.

ДОЗВІЛ:

- Відділи Департаменту DSHS: Відмітьте відділи Департаменту DSHS, які мають надати інформацію, або відмітьте нижче поле цього розділу, щоб дати дозвіл на розкриття усієї інформації про вас, наявної в Департаменті DSHS. Якщо назва програми відсутня у списку, зазначте «Інша».
- Інформація, що розкривається: Зазначте, яка інформація буде розкрита. Ви можете надати дозвіл на повне або часткове розкриття клієнтської або іншої конфіденційної інформації, наявної в Департаменті DSHS. Ви також можете обмежити розкриття клієнтськими матеріалами, наявними в окремих відділах, зазначених вище, або окремими матеріалами, зазначеними в цій формі або в підписаних вами додатках. Якщо є обмеження інформації, яку ви розкриваєте, надайте список такої інформації або визначте обмеження, наприклад за датою обслуговування або за типом матеріалів.
- Конфіденційні матеріали: Якщо будь-які матеріали містять інформацію про ВІЛ/СНІД, аналізи або лікування ХПСШ, психічні розлади або про послуги у зв'язку із розладами через вживання психоактивних речовин, ви маєте відмітити кожний пункт, щоб дозволити Департаменту DSHS розкрити таку інформацію. Щоб розкрити матеріали про психотерапевтичне лікування, скористайтеся дозволом Дозволу щодо психотерапевтичного лікування (Psychotherapy Authorization), форма DSHS 17-270 (45 CFR 164.508(b) (3) (ii)).
- Чинність: Ця форма надає доступ для інформації, наразі наявної в Департаменті DSHS. Термін дії дозволу закінчується через 180 днів після його підписання або після настання іншої дати або відповідної події, яку ви зазначите. Якщо ви не зазначите дату, до якої діятиме Дозвіл, він залишатиметься чинним протягом 180 днів. Ви можете відкликати дозвіл на розкриття матеріалів у письмовій формі в будь-який час, що, утім, не розповсюджуватиметься на інформацію, яку вже було розкрито.
- Вартість: Закон про публічний документообіг, на який посилаються розділи RCW 42.56.120 та WAC 388-01-080, дозволяє Департаменту DSHS стягувати платню за копії матеріалів та поштові витрати. Державні лікарні та установи сфери охорони здоров'я можуть стягувати платню за матеріали пацієнтів у відповідності до розділу 70.02 RCW.

ПІДПИСИ:

- Якщо ви є особою, якої стосуються матеріали, поставте нижче підпис та зазначте повне ім'я розбірливо. Також вкажіть ваш або контактний номер телефона.
- Якщо ви підписуєте форму від імені іншої особи, зазначте причину в останньому рядку та додайте копію розпорядження суду або інший документ, який надає вам відповідних офіційних повноважень. Діти у віці прийняття рішень (рішення щодо згоди надання інформації про психіатричні послуги та вживання наркотиків та алкоголю - 13 років; рішення щодо згоди надання інформації про лікування від ВІЛ/СНІД та інших ХПСШ - 14 років; рішення щодо згоди надання інформації про заходи щодо контролю народжуваності та абортів - будь-який вік; рішення щодо згоди про надання інформації про медичне обслуговування та інших даних - 18 років) також мають ставити підписи або надавати дозвіл на розкриття власних конфіденційних матеріалів.
- Свідки або нотаріус: Якщо ви не подаєте форму особисто, або на відповідний запит програми для підтвердження вашої особи може знадобитися свідок або нотаріус. Ця особа має також підписати цю форму та вказати свої повне ім'я розбірливо.

ПОВІДОМЛЕННЯ ДЛЯ DSHS: Якщо матеріали містять інформацію про ВІЛ або ХПСШ, Департамент DSHS мусить повідомити отримувачів по те, що інформація є конфіденційною, і що отримувачі не можуть у подальшому розкривати цю інформацію без спеціальної згоди у відповідності до RCW 70.02.300. Якщо Департамент DSHS надасть копії матеріалів про розлади через вживання психоактивних речовин у зв'язку із цим дозволом, Департамент DSHS мусить також додати таку декларацію, розкриваючи таку інформацію, що відповідає вимогам 42 CFR 2.32:

Цю інформацію передано вам з документів, на які розповсюджуються федеральні вимоги про забезпечення конфіденційності (згідно 42 CFR part 2). Федеральні правила забороняють вам будь-яке подальше розкриття цієї інформації, окрім випадків, коли подальше розкриття прямо дозволено письмовою згодою особи, якої вона стосується, або іншим чином дозволено 42 CFR, частина 2. Загальної згоди на передання медичної та іншої інформації для цього НЕДОСТАТНЬО. Згідно федеральним правилам цю інформацію можна використовувати виключно в рамках кримінальних розслідувань та переслідувань пацієнтів, які зловживають алкоголем або наркотиками.