DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

Office of Refugee and Immigrant Assistance (ORIA)

Idhini ya Kufichua Taarifa

Authorization to Release Information

Mimi, _____ (Jina la Mteja), nakubali kutoa taarifa zangu kwa _____ (Mtoa Huduma) kupokea huduma na nampa ruhusa yangu ya kutoa taarifa zangu kwa Ofisi ya Washington ya Usaidizi wa Wakimbizi na Wahamiaji ndani ya Idara ya Huduma za Jamii na Afya. Nakubali kwamba taarifa hii inaweza kutolewa kwa watoa huduma wengine wanaofadhiliwa na ORIA, na kwamba ORIA inaweza kuripoti taarifa zangu kwa Ofisi ya Marekani ya Makazi Mapya ya Wakimbizi (ORR) ndani ya Idara ya Afya na Huduma za Kibinadamu kama sharti la sera za serikali kuu. Taarifa zangu zilizotolewa zinaweza kujumuisha, lakini hazizuiliwi na taarifa za msingi za idadi ya watu, taarifa za mawasiliano, na hali ya uhamiaji. Taarifa zangu zitatolewa tu ili kuratibu na kusaidia katika kupata huduma zinazofaa lugha nyingi na kitamaduni na kuripoti taarifa zangu kwa ORR. Taarifa zangu zinaweza kutolewa ana kwa ana, kwa barua pepe au kielektroniki, au kwa barua.

Angalizo: Ikiwa rekodi zako kama mteja zinajumuisha yoyote kati ya taarifa zifuatazo, unapaswa kujaza sehemu hii ili kujumuisha rekodi hizi.

Natoa ruhusa yangu ya kufichua rekodi zifuatazo (tiki zote zinazohusika):

☐ Afya ya akili ☐ Majibu ya vipimo vya VVU/UKIMWI na magonjwa ya zinaa, uchunguzi, au matibabu

☐ Matatizo ya Matumizi ya Dawa za Kulevya

Tafadhali tia tiki ya zifuatazo:

☐ Sihitaji huduma za ukalimani na nimesoma fomu hii ya ridhaa na nimeielewa kikamilifu.

☐ Fomu hii imesomwa kwangu na mkalimani namba / jina _____. Mtu huyu au shirika hili wanazungumza Kiingereza vizuri na lugha yangu ya asili, na ninaelewa kikamilifu ridhaa hii.

- Idhini hii ya kutoa taarifa ni halali kwa mwaka mmoja kuanzia tarehe iliyosainiwa au hadi _____.
- Naweza kubatilisha au kuondoa idhini hii ya kutoa taarifa wakati wowote kwa maandishi, lakini hiyo haitaathiri taarifa zozote ambayo tayari zimetolewa.
- Nakala ya fomu hii ni halali kwa kutoa ruhusa yangu ya kutoa rekodi husika.

Saini ya Mteja/Mwakilishi wa Mteja Tarehe	Nambari ya Kesi ya Mteja au ya Mgeni
Saini ya Mzazi au Mlezi wa Kisheria Tarehe	Saini ya Mfanyakazi wa Mtoa Huduma Tarehe

Notisi kwa Wapokeaji wa Taarifa: Ikiwa rekodi hizi zina taarifa kuhusu VVU, Magonjwa ya Zinaa au UKIMWI hutaweza kufichua zaidi taarifa hizo bila ya ruhusa maalum ya mteja. Ikiwa umepokea taarifa za mteja kuhusiana na matumizi mabaya ya dawa za kulevya au pombe, unapaswa kujumuisha kauli ifuatayo pale unapofichua zaidi taarifa hiyo kama inavyohitajika na 42 CFR 2.32:

Taarifa hii imefichuliwa kwako kutoka kwenye rekodi zinazolindwa na kanuni za usiri za Serikali kuu (42 CFR sehemu ya 2). Kanuni za Serikali kuu zinakukataza kufichua zaidi taarifa hii isipokuwa kama ufichuo huo wa ziada umeruhusiwa waziwazi kwenye ridhaa ya maandishi ya mhusika au vinginevyo kama inavyoruhusiwa na 42 CFR sehemu ya 2. Idhini ya jumla kwa ajili ya kuachilia taarifa za kitiba au nyingine HAITOSHI kwa ajili ya dhumuni hili. Kanuni za Serikali kuu zinazuia matumizi yoyote ya taarifa husika ili kuchunguza uhalifu au kumshitaki mgonjwa yeyote anayetumia vibaya pombe au dawa za kulevya.