

ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅՈՒՆ (CONSENT)

ԾԱՆՈՒԹՅՈՒՆ ՀԱՃԱՆՈՐՈՒՄԵՐԻ ՀԱՄԱՐ. Սոցիալական և Առողջապահական Ծառայությունների Բաժինը (DSHS) կարող է ձեռք բերել արդյունավետ օգնել, եթե մենք համագործակցենք այլ գործակալությունների ու մասնագետների հետ, որոնք ծանաչում են ձեզ և ձեր ընտանիքը: Ստորագրելով այս ձևը, դուք թույլ եք տալիս DSHS-ին և ստորև նշված գործակալություններին ու անձանց օգտագործել և կիսել ձեր մասին գաղտնի տեղեկությունը: DSHS-ը չի կարող մերժել ձեզ նպաստ տրամադրելը, եթե չստորագրեք այս ձևը, եթե սակայն ձեր համաձայնությունն անհրաժեշտ է ձեր պայմանականությունը որոշելու համար: Եթե չստորագրեք այս ձևը, DSHS-ը այնուամենայնիվ կարող է կիսվել ձեր մասին տեղեկությամբ ըստ օրենքով թույլատրելի չափի: Եթե հարցեր ունեք, թե ինչպես է DSHS-ը կիսվում հաճախորդների գաղտնի տեղեկությամբ կամ ձեր գաղտնիության իրավունքների մասին, խնդրվում է ուսումնասիրել DSHS-ի գաղտնի Պրակտիկաների Ծանուցումը կամ հարցնել ձեզ այս ձևը տվող անձին:

| ՀԱՃԱՆՈՐՈՒՄԻ ԻՆՔՆՈՒԹՅՈՒՆ | | | |
|-------------------------------|------------------|------------------|-----------|
| ԱՆՈՒՆ | ԾՆԱԴՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎ | ԻՆՔՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ | |
| ՀԱՍՑԵ | ՔԱՂԱՔ | ՆԱՀԱՆԳ | ՓՈՍՏ. ԿՈՂ |
| ՀԵՌԱՆՈՍԱՀԱՄԱՐ (ՏԱՐԱԾՔԻ ԿՈՂՈՎ) | ԱՅՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ | | |

ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅՈՒՆ

Ես համաձայն եմ, որ DSHS-ում օգտագործեն իմ մասին գաղտնի տեղեկությունը ծառայություններ օրագրավորելու, տրամադրելու և կորդինացնելու համար, բուժման, վճարումների և իմ նպատակների համար, ինչպես նաև այլ օրինական նպատակներով: Ես թույլատրում եմ DSHS-ին և ստորև նշված գործակալություններին, մատակարարողներին կամ անձանց օգտագործել իմ գաղտնի տեղեկությունը և բացահայտել այն մեկը մյուսին այս նպատակների համար: Տեղեկությունը կարող է կիսվել բանավոր կամ համակարգչով, փոստով կամ անձամբ առաքմամբ:

Խնդրվում է նշել ստորև բերված բոլոր նրանց, ովքեր ընդգրկված են այս համաձայնության մեջ ի լրագրում DSHS-ի և նշեք նրանց անվանումը ու հասցեն.

Առողջապահական խնամքի մատակարարողներ՝ _____

Հոգեկան առողջապահական խնամքի մատակարարողներ՝ _____

Քիմիական կախվածության ծառայությունների մատակարարողներ՝ _____

Այլ DSHS պայմանագրային մատակարարողներ՝ _____

Բնակեցման օրագրեր՝ _____

Դպրոցական շրջաններ կամ թղթեր՝ _____

Ուղղումների Բաժին՝ _____

Աշխատանքի Անվտանգության Բաժին և նրա գործակիցներ՝ _____

Սոցիալական Ապահովության Վարչություն կամ այլ ֆեդերալ գործակալություն՝ _____

Տես կցված ցուցակը

Այլ՝ _____

Ես լիազորում եմ և թույլատրում եմ հետևյալ գրառումների և տեղեկության բացահայտումը (նշեք բոլոր կիրառելիները)

Իմ բոլոր հաճախորդի տեղեկությունները

Կցված թերթի վրա գտնվող գրառումները

Միայն հետևյալ գրառումները՝

Ընտանիքի, սոցիալ և աշխատանքի պատմություն Առողջապահական խնամքի տեղեկություն Բուժման կամ խնամքի օրագրեր

Կճարման գրառումներ Անհատական գնահատումներ Դպրոց, կրթություն և ուսուցում

Այլ (թվարկեք)՝ _____

ԽՆԴՐՎՈՒՄ Ե ԳԻՇԵԼ . Եթե ձեր հաճախորդի տեղեկությունները պարունակում են որևէ հետևյալ տեղեկություն, դուք պետք է մաս լրացնեք այս մասն այդ գրառումներն ընդգրկելու համար:

Ես իմ թույլատրությունն եմ տալիս բացահայտելու հետևյալ գրառումները (նշեք բոլոր կիրառելիները)

Հոգեկան առողջություն ՄԻՎ/ՉԻՎԳ և սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդության թեստի արդյունքները, ախտորոշումը կամ բուժումը

Քիմիական կախվածության (CD) ծառայություններ

- Այս համաձայնությունն ուժի մեջ է՝ մեկ տարի այնքան, որքան DSHS-ին պետք են գրառումները կամ մինչև _____ (ամսաթիվ կամ միջադեպ):

- Ես կարող եմ ցանկացած պահի գրավոր կերպով հետ կանչել այս համաձայնությունը, բայց դա չի անդրադառնա արդեն բացահայտված տեղեկության վրա:

- Ես հասկանում եմ, որ այս համաձայնության սահմաններում բացահայտված գրառումները կարող են DSHS-ի նկատմամբ կիրառելի օրենքներով այլևս չպաշտպանվել:

- Այս ձևի պատճենն ընդունելի է գրառումների բացահայտման իմ թույլատրության համար:

| | | | |
|---|---------|--|---------|
| ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ | ԱՄՍԱԹԻՎ | ԳՈՐԾԱՎԱՆՈՒԹՅԱՆ ԿՈՆՏԱԿՏԻ ՎԿԱՅԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ | ԱՄՍԱԹԻՎ |
| ԾՆՈՂԻ ԿԱՆ ԱՅՆ ՆԵՐՎԱՅԱՑՈՒՑՉԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ (ԵԹԵ ԿԻՐԱՆԵԼԻ Է) | | ՀԵՌԱՆՈՍԱՀԱՄԱՐ (ՏԱՐԱԾՔԻ ԿՈՂՈՎ) | ԱՄՍԱԹԻՎ |

Եթե գրառումներն իմ մասին չեն, ես լիազորված եմ ստորագրել, քանի որ ես՝ (կցեք լիազորված լինելու ապացույց)

Ծնող եմ Օրինական խնամակալ եմ (կցեք դատարանի հրամանը) Անձնական ներկայացուցիչ եմ Այլ՝ _____

ԾԱՆՈՒԹՅՈՒՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆԸ ՍՏԱՑՈՂՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ. Եթե այս գրառումները տեղեկություն են պարունակում ՄԻՎ, սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների կամ ՉԻՎԳ մասին, ապա դուք չեք կարող բացահայտել որևէ այլ տեղեկություն առանց հաճախորդի հատուկ թույլատրության: Եթե տեղեկություն եք ստացել հաճախորդի կողմից **թմրանյութերի կամ ալկոհոլի չարաշահման** մասին, դուք պետք է ավելացնեք հետևյալ հայտարարությունը հետագա տեղեկության բացահայտման համար ինչպես պահանջում է 42 CFR 2.32.

Այս տեղեկությունը բացահայտվել է ձեզ Ֆեդերալ գաղտնիության կանոնակարգի կողմից (42 CFR, մաս 2) պաշտպանված գրառումներից: Ֆեդերալ կանոնակարգը արգելում է այս տեղեկության հետագա բացահայտումը ստույգ թույլատրվել է գրավոր կերպով այն անձի կողմից, ում վերաբերվում է այս տեղեկությունը կամ ինչպես թույլատրվում է 42 CFR, մաս 2-ով: Բժշկական կամ այլ տեղեկության բացահայտման ընդհանուր լիազորությունը բավարար ՉԷ այս նպատակի համար: Ֆեդերալ կանոնակարգը սահմանափակում է տեղեկության օգտագործումն ալկոհոլ կամ թմրանյութեր չարաշահող հիվանդի քրեական հետախուզման կամ դատական կարգով հետապնդման համար:

ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅԱՆ ՉԵՎԸ ԼՐԱՑՆԵԼՈՒ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ

Նպատակ. օգտագործեք այս ձևը, երբ ձեզ պետք է համաձայնություն ստանալ DSHS-ի հաճախորդի մասին գաղտնի տեղեկությունը շարունակաբար օգտագործելու համար կամ բացահայտելու այդ տեղեկությունն այլ գործակալություններին, որպեսզի կարողանաք կորոզիանացնել ծառայություններ, կամ բուժման, վճարման կամ գործակալության աշխատանքի համար կամ այլ օրինական նպատակներով: Հաճախորդներն այն անծիմք են, ովքեր նպաստներ կամ ծառայություններ են ստանում DSHS-ից:

Օգտագործում. Եթե հնարավոր է, կարողալու հեշտության նպատակով, լրացրեք այս ձևն էլեկտրոնային կերպով: **Յուրաքանչյուր անձի համար, այդ թվում երեխաների համար, պետք է լրացվի առանձին ձև:** “Դուք”-ը ցուցումներում վերաբերվում է DSHS-ի աշխատողին, իսկ “դուք”-ը ձևի մեջ վերաբերվում է հաճախորդին: Գրառումների կիսումն ընդգրկում է հաճախորդի մասին գաղտնի տեղեկության օգտագործումն և բացահայտում:

Ձևի մասերը

ԻՆՔՆՈՒՄԵՆՏԱԿԱՆ

- Վնուն. յուրաքանչյուր ձևում գրեք միայն մեկ հաճախորդի անուն: Ընդգրկեք նախկին անունները, որոնք հաճախորդը միգրացե օգտագործել է նպաստներ ստանալու համար:
- Ծննդյան ամսաթիվ. հարկավոր է նմանատիպ անունով մարդկանցից հաճախորդին տարբերակելու համար:
- Ինքնության համար. գրեք հաճախորդի ինքնության համարը կամ այլ ինքնությունը հաստատող համար, ինչպես օրինակ սոցիալական ապահովման համարը (անհրաժեշտ չէ), ինչը կօգնի ճանաչել գրառումները, հետևել պատմությանը և ստացված ծառայությունները:
- Հասցե և հեռախոսահամար. լրացուցիչ տեղեկություն, որը կօգնի տեղակայել և ճանաչել կամ կապվել հաճախորդի հետ:
- Սյ. գրեք այս մասում ցանկացած լրացուցիչ տեղեկություն, որը կօգնի գտնել գրառումները, որոնք կարող են պարունակել DSHS-ի մասերը, որոնք կապված են ծառայությունների հետ, ընտանիքի անդամների անուններ կամ այլ տեղեկություն:

ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅՈՒՆ (ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅՈՒՆ).

- Գրառումները փոխանակող գործակալություններ կամ անձինք. Երբ հաճախորդը լրացնում է այլ ձևը, նա թույլ է տալիս օգտագործել և կիսել գաղտնի տեղեկություն DSHS-ի շրջանակներում: DSHS-ը կարող է բացահայտել և ստանալ գաղտնի տեղեկություն նշված արտաքին գործակալություններից կամ անձանցից: Գրեք բնորոշող տեղեկություն գործակալությունների կամ մատակարարողների մասին, այդ թվում՝ անունը, հասցեն կամ վայրը, եթե հնարավոր է: Կարող եք նաև կցել այն գործակալությունների ցուցակը, որոնց թույլատրվում է կիսվել տեղեկությամբ, և հաճախորդը պետք է այն ստորագրի:
- Ներառված տեղեկություն. Հաճախորդները պետք է նշեն, թե որ գրառումներն են ընդգրկված համաձայնության մեջ: Հաճախորդները կարող են բացահայտել բոլոր գրառումները կամ սահմանափակել ընդգրկված գրառումներն ըստ ամսաթվի, տեսակի կամ աղբյուրի: Եթե հաճախորդը չի ստորագրում համաձայնությունը կամ չի նշում որոշակի գրառում, ապա միևնույն է այդ գրառումը կարելի է կիսել, եթե թույլատրվում է օրենքով: Դուք կարող եք կցել ընդգրկված գրառումները ցուցակը, որը հաճախորդը պետք է նաև ստորագրի: Եթե որևէ գրառում պարունակում է տեղեկություն հոգեկան առողջության մասին (RCW 71.05.620), ՄԻՎՎ/ՉԻՎՐ և սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդության թեստի կամ բուժման մասին (RCW 70.02.220 կամ թմրանյութերի և ալկոհոլի ծառայությունների մասին (42 CFR 2.31(a)(5)), ապա հաճախորդը պետք է հատուկ նշի այս մասերը, որպեսզի թույլատրի կիսվել այս գրառումներով: Այս ձևը չի կարող ներառնել հոգեթերապիայի մասին տեղեկություններ 45 CFR 164.508(b)(3)(ii), և հարկավոր է լրացնել առանձին ձև այս գրառումներն ընդգրկելու համար:
- Տևողություն. ընդգրկեք համաձայնության լրանալու ժամկետը, որը ծառայում է ձեր ծրագրի նպատակներին կամ ինչպես սահմանված է օրենքով:
- Հասկացում. համոզվեք, որ հաճախորդը հասկանում է, թե ինչ թույլատրվություն է տալիս, և ինչպես ու ինչու է կիսվելու տեղեկությունը: Անհրաժեշտության դեպքում, օգտագործեք թարգմանված ձևը կամ թարգմանիչ կամ բարձրաձայն կարդացեք ձևը: Եթե հաճախորդին լրացուցիչ տեղեկություն է անհրաժեշտ, տրամադրեք նրան DSHS-ի Գաղտնի Պրակտիկաների Ծանուցումն մի պատճեն կամ ուղարկեք հաճախորդին ձեր բաժնի հասարարական բացահայտման սպայի մոտ:

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ.

- Հաճախորդ. թող հաճախորդը կամ համաձայնության տարիքը լրացած երեխան (13 տարեկան հոգեկան առողջության և թմրանյութերի և ալկոհոլի ծառայությունների համար, 14 տարեկան ՄԻՎՎ/ՉԻՎՐ և այլ սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների համար, ցանկացած տարիքի հակաբեղմնավորման և աբորտների համար, 18 տարեկան առողջապահական և այլ գրառումների համար) ստորագրի այս մասում և գրի ստորագրման ամսաթիվը: Հաճախորդը կարող է նշան դնել այդ մասում, ինչի վկան դուք կլինեք:
- Գործակալության կոնտակտ կամ վկա. դուք կստորագրեք այս մասում, եթե դուք եք ներկայացնում և բացատրում այս ձևը հաճախորդին: Խնդրվում է գրել ձեր հեռախոսահամարը: Եթե հաճախորդը ստորագրելու է ձևը այլ վայրում, ասացեք նրան, որ մի վկա պետք է ստորագրի այս մասում և տրամադրի իր հեռախոսահամարը: Հաճախորդի ստորագրությունը կարող է վկայել նոտարը:
- Ծնող կամ այլ ներկայացուցիչ. Եթե հաճախորդը համաձայնության տարիքից փոքր երեխա է, ապա նրա փոխարեն պետք է ստորագրի ծնողը կամ խնամակալը: Եթե երեխան չի հասել համաձայնության տարիքի բոլոր գրառումների համար, ապա պետք է ստորագրեն և երեխան, և ծնողը: Եթե հաճախորդը համարվում է օրինապես անիրազեկ, ապա դատարանի կողմից նշանակված խնամակալը պետք է ստորագրի այս ձևը և տրամադրի նշանակման հրամանի պատճենը: Եթե այլ որևէ մեկն է ստորագրում (այդ թվում՝ լիազորագիր ունեցող անձ կամ ունեցվածքի ներկայացուցիչ), նշեք “այլ” և ստացեք կատարման օրինական հիմքի պատճեն: Ստորագրող անձը պետք է դնի ամսաթիվ և տրամադրի հեռախոսահամար կամ կոնտակտ տեղեկություն:

CONSENT

DSHS 14-012 AE (REV. 04/2018) Armenian