

## СЪГЛАСИЕ CONSENT

**ИЗВЕСТИЕ ДО КЛИЕНТИ:** Министерството на Социалните и здравни услуги (DSHS) може да ви помогне по-добре, ако ние сме в състояние да работим с други агенции и специалисти, които познават Вас и вашето семейство. С подписването на този формуляр, Вие давате разрешение на DSHS и агенции и частни лица, изброени по-долу, да използват и споделят поверителна информация за Вас. DSHS не може да Ви откаже помощи, ако не подпишете този формуляр, освен ако Вашето съгласие е необходимо, за да се определи дали отговаряте на условията. Ако не подпишете този формуляр, DSHS все още може да споделя информация за Вас доколкото това е позволено от закона. Ако имате въпроси относно как DSHS споделя поверителна информация за клиенти или за вашите права за защита на личните данни, моля консултирайте се Известие на практики за поверителност на DSHS или попитайте лицето, което Ви дава този формуляр.

### ИДЕНТИФИКАЦИЯ НА КЛИЕНТА:

ИМЕ	ДАТА НА РАЖДАНЕ	ИДЕНТИФИКАЦИОНЕН НОМЕР	
АДРЕС	ГРАД	ЩАТ	ПОЩЕНСКИ КОД
ТЕЛЕФОНЕН НОМЕР (ВКЛ. КОД ЗА НАСЕЛЕНО МЯСТО)	ДРУГА ИНФОРМАЦИЯ		

### СЪГЛАСИЕ:

Съгласявам се с използването на поверителна информация за мен в рамките на DSHS за планиране, осигуряване и координиране на услуги, лечение, плащания, и ползите за мен или за други цели, разрешени от закона. Аз, също давам разрешение на DSHS и на агенциите, изброени по-долу, доставчици или лица, да използват моя поверителна информация и да я разкриват едни на други за тези цели. Тази информация може да бъде споделена устно или чрез компютърен пренос на данни, поща, или доставка на ръка.

Моля, отбележете всички по-долу, които са включени в това съгласие в допълнение към DSHS и ги идентифицирайте чрез име и адрес

- Доставчици на здравни грижи: \_\_\_\_\_
- Доставчици на психично здраве: \_\_\_\_\_
- Доставчици на услуги за зависимост от химически вещества: \_\_\_\_\_
- Други доставчици –изпълнители на DSHS: \_\_\_\_\_
- Програми за настаняване: \_\_\_\_\_
- Училищни общини и колежи: \_\_\_\_\_
- Отдел за изправителни учредения: \_\_\_\_\_
- Отдел за обезпечаване на заетостта и неговите партньори за заетост: \_\_\_\_\_
- Администрация за социално осигуряване или друга федерална агенция: \_\_\_\_\_
- Вижте прикрепенния списък
- Друго: \_\_\_\_\_

Разрешавам и давам съгласие за споделяне на следните документи и информация (отбележете всички, които важат):

- Всички мои клиентски документи
- Документи от прикрепенния списък
- Само посочените документи
- |                                                              |                                                      |                                                          |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Семейна, социална трудова биография | <input type="checkbox"/> Информация за здравни грижи | <input type="checkbox"/> Лечение или планове за грижи    |
| <input type="checkbox"/> Документи за плащане                | <input type="checkbox"/> Индивидуални оценки         | <input type="checkbox"/> Училище, образование и обучение |
| <input type="checkbox"/> Друго (изброете): _____             |                                                      |                                                          |

**МОЛЯ ОБЪРНЕТЕ ВНИМАНИЕ:** Ако документите на клиента ви включват следната информация, трябва да попълнете този раздел, за да се включат тези документи.

Давам разрешението си да се разкриват следните документи (отбележете всичко приложимо):

- Психично здраве     Тестове, диагноза или лечение на ХИВ/СПИН и БПП     Услуги свързани със зависимост към химически вещества

- Това съгласие е валидно за  една година  за колкото DSHS се нуждае от документите, или  до \_\_\_\_\_ (дата или събитие).
- Аз мога да отменя или оттегля това съгласие по всяко време в писмен вид, но това няма да засегне каквато и да е вече споделена информация.
- Разбирам, че документи, споделени по това съгласие не могат да бъдат защитени по силата на законите, които се прилагат за DSHS.
- Всяко копие на този формуляр е валидно да дава разрешението ми да се споделят документи.

ПОДПИС	ДАТА	ПОДПИС НА ЛИЦЕ ОТ АГЕНЦИЯТА/СВИДЕТЕЛ	ДАТА
ПОДПИС НА РОДИТЕЛ ИЛИ ДРУГ ПРЕДСТАВИТЕЛ (АКО Е ПРИЛОЖИМО)		ТЕЛЕФОНЕН НОМЕР (ВКЛ. КОД НА НАСЕЛЕНО МЯСТО)	ДАТА

Ако аз не съм обект на документите, аз съм упълномощен да подписвам защото съм: (прикрепете доказателство за упълномощаване)

- Родител     Законен настойник (прикрепете съдебна заповед)     Личен представител     Друго: \_\_\_\_\_

**ИЗВЕСТИЕ ЗА ПОЛУЧАТЕЛИТЕ НА ИНФОРМАЦИЯ:** Ако тези документи съдържат информация за ХИВ, болести предавани по полов път или СПИН, вие не може да разкривате допълнително тази информация без изричното разрешение на клиента. Ако сте получили информация, отнасяща се до злоупотреба с наркотици или алкохол от страна на клиента, трябва да включете следното твърдение при по-нататъшното разкриване на информация, както се изисква по 42 CFR 2.32.

Тази информация Ви е била разкрита от документи защитени от Федералните правила за поверителност (42 CFR част 2). Федералните правила, ви забраняват да правите допълнително разкриване на тази информация, освен ако по-нататъшно разкриване е изрично разрешено с писменото съгласие на лицето, за които се отнася или както е позволено от 42 CFR част 2. Общо разрешение за разкриване на медиална или друга информация не е достатъчно за тази цел. Федералните правила ограничават използването на информацията за криминално разследване или преследване на пациенти злоупотребяващи с алкохол или наркотици.

## ИНСТРУКЦИИ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА ФОРМУЛЯР ЗА СЪГЛАСИЕ

**Цел:** Използвайте този формуляр, когато се нуждаете от съгласие за използване на поверителна информация на постоянна база за клиент в рамките на DSHS или за разкриване на тази информация на други агенции, за да се координират услуги или за операции свързани с лечение, плащане или агенции или други цели, признати от закона. Клиентите са лицата, получаващи помощи или услуги от DSHS.

**Употреба:** Попълнете този формуляр по електронен път, ако е възможно, за улесняване на четенето, **трябва да се попълни отделен формуляр за всеки човек**, включително за децата. "Вие" в инструкциите се отнася до служителя на DSHS и "Вие" във формуляра се отнася до клиента. Споделянето на документите включва използването и разкриването на поверителна информация за клиент.

### Части на формуляра:

#### ИДЕНТИФИКАЦИЯ:

- **Име:** Посочете името на само един клиент на всеки формуляр. Включете всички предишни имена, които клиентът може да е използвал при получаването на услуги.
- **Дата на раждане:** Необходима за идентифициране на клиента от хора с подобни имена.
- **Идентификационен номер:** Посочете идентификационен клиентски номер или друг идентификатор, като номер на социална осигуровка (не е задължително), за да се спомогне при идентифицирането на документи и проследяване на историята и получените услуги.
- **Адрес и телефон:** Информация, която ще помогне за локализиране и идентифициране или осъществяването на контакт с клиента.
- **Друго:** Включете в това поле всяка допълнителна информация, която може да помогне да намерите документи, които могат да включват отдели на DSHS, занимаващи се с услуги, имената на членовете на семейството, или друга информация, която е от значение.

#### СЪГЛАСИЕ (РАЗРЕШЕНИЕ):

- **Агенции или лица, обменящи записи:** Попълването на този формуляр от клиента позволява използването и обмяна на поверителна информация в рамките на всички отдели на DSHS. DSHS ще бъде в състояние да разкрива и да получава конфиденциална информация от външни агенции или изброени лица. Посочете идентифицираща информация за агенции или доставчици, включително име, адрес или място, ако е възможно. Можете също така да приложите списък на агенциите, които могат да споделят информация, която клиентът трябва да подпише.
- **Включена информация:** Клиентите трябва да посочат какви документи са обхванати от съгласието. Клиентите могат да предоставят всички документи на разположение или могат да ограничат включените документи по дата, вид или източник на документа. Ако клиентът не подпише съгласие или не посочи конкретен документ, споделянето на този документ ще бъде позволено, ако това е разрешено от закона. Можете да приложите списък на обхванатите документи, който клиентът също трябва да подпише. Ако документите включват информация, свързана с психичното здраве (RCW 71.05.620), лечение или тестване на ХИВ / СПИН или болести предавани по полов път (RCW 70.02.220), или услуги свързани с наркотици и алкохол (42 CFR 2.31 (a) (5)), клиентът трябва да отбележи тези полета, изрично, за да се даде разрешение за споделяне на тези документи. Този формуляр не е годен да включва бележки за психотерапия съгласно 45 CFR 164.508 (b) (3) (ii) и трябва да бъде попълнен отделен формуляр, за да се включат тези документи.
- **Продължителност:** Включете срока на валидност на съгласието, който служи на вашите цели на програмата или както е предвидено от закона.
- **Разбирание:** Уверете се, че клиентът разбира какво разрешение се дава и как и защо информацията ще бъде споделена. Ако е необходимо, използвайте преведен формуляр и преводач или прочетете формуляра на глас. Ако клиентът се нуждае от повече информация, предоставете допълнително копие от Известието за практики на поверителност или насочете клиента към служителя за разкриване на информация от вашето звено.

#### ПОДПИСИ:

- **Клиент:** Нека клиентът или детето над възрастта на съгласие (13 за психично здраве и услуги свързани с алкохол и наркотици; 14 за ХИВ / СПИН и други болести, предавани по полов път; всяка възраст за контрол на раждаемостта и абортите; 18 за здравни грижи и други документи) да подписват това поле и да поставят датата на подписването му. Клиентът може да замени подписа със знак в това поле, на което сте свидетел.
- **Контакт от Агенцията или Свидетел:** Вие ще подпишете това поле, ако вие сте този, представящ и обясняващ формуляра на клиента. Моля, включете телефонния си номер. Ако клиентът ще подписва формуляра от бизнес сайт, инструктирайте клиента да има свидетел, който да се подпише в това поле и да осигури телефонен номер. Нотариус може да служи като свидетел за подпис на клиента.
- **Родител или друг представител:** Ако клиентът е дете под възрастта на съгласие, трябва да се подпише родител или настойник. Ако детето не отговаря на възрастта на съгласие за всички документи, които да бъдат споделени, и детето и родителят трябва да се подпишат. Ако клиентът е обявен за некомпетентен, назначеният настойник трябва да се подпише и да предостави копие от заповедта за назначаване. Ако някой се подписва в друго качество (включително лице с пълномощно или представител на имоти), отбележете "други" и вземете копие от юридическото пълномощие за действие. Подписващото се лице трябва посочи датата на подписване и да предостави телефонен номер или информация за контакт.