

同意书 CONSENT

个案当事人须知：如果社会福利服务部(DSHS)能与了解您情况的其它机构合作，将能更有效地帮助您和您的家庭。签署此同意书将表示您允许DSHS及下列机构和人士使用和披露有关您的信息。如果您不签署此同意书，DSHS无法拒绝您的福利，除非需要您的同意来确定资格。如果您不签署此同意书，DSHS仍可能在法律允许的范围内披露有关您的信息。如果您对DSHS如何披露客户机密信息或您的隐私权存有疑问，请咨询DSHS隐私权政策通知函或询问为您提供本同意书的人员。

个案当事人识别信息：		
姓名	出生日期	识别号码
地址	城市	州 邮政编码
电话号码（请包括区域号码）	其他信息	

同意：
<p>我同意在DSHS内使用有关我的机密信息来为我规划、提供和协调服务、治疗、付款和福利或用于法律所授权的其他用途。我进一步授权DSHS和下列机构、提供者或人士因这些用途而使用我的机密信息及彼此透露给对方。披露信息的方式可能包括口头方式，或者采用电脑数据传输、邮寄或专人递送。请在下方勾选此同意中包括的除DSHS之外的机构和人士，并通过名称和地址来识别他们：</p> <p><input type="checkbox"/> 医疗保健服务提供商： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 心理健康服务提供商： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 药物依赖症服务提供商： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 其他的DSHS签约提供商： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 住房计划： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 学区或学院： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 教管部： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 就业保障局及其就业服务合作者： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 社会安全局或其他联邦机构： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 参阅随附列表</p> <p><input type="checkbox"/> 其他： _____</p>

<p>我授权并同意披露以下记录和信息（勾选所有适用项）：</p> <p><input type="checkbox"/> 我所有的个案当事人记录</p> <p><input type="checkbox"/> 随附列表上的记录</p> <p><input type="checkbox"/> 仅限下列记录</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 家庭、社会和就业历史</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 医疗保健信息</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 治疗或护理计划</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 付款记录</td> <td><input type="checkbox"/> 个人评估</td> <td><input type="checkbox"/> 学校、教育和培训</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 其他（请列明）： _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 家庭、社会和就业历史	<input type="checkbox"/> 医疗保健信息	<input type="checkbox"/> 治疗或护理计划	<input type="checkbox"/> 付款记录	<input type="checkbox"/> 个人评估	<input type="checkbox"/> 学校、教育和培训	<input type="checkbox"/> 其他（请列明）： _____		
<input type="checkbox"/> 家庭、社会和就业历史	<input type="checkbox"/> 医疗保健信息	<input type="checkbox"/> 治疗或护理计划							
<input type="checkbox"/> 付款记录	<input type="checkbox"/> 个人评估	<input type="checkbox"/> 学校、教育和培训							
<input type="checkbox"/> 其他（请列明）： _____									

<p style="text-align: center;">请注意： 如果您的个案当事人记录包括以下任何情况，则您还须填写此部分内容，以便包括这些记录。</p> <p>本人同意披露以下记录（请勾选所有适用项）：</p> <p><input type="checkbox"/> 心理健康 <input type="checkbox"/> 艾滋病病毒感染/艾滋病和性传染病测试结果、诊断或治疗记录 <input type="checkbox"/> 药物依赖症(CD)治疗服务</p>

<p>- 此同意的有效期为 <input type="checkbox"/> 一年 <input type="checkbox"/> 只要是DSHS需要记录，或 <input type="checkbox"/> 直到 _____ （日期或事件）。</p> <p>- 本人可以随时采用书面形式撤销此项同意，但这不会影响已经披露的任何情况。</p> <p>- 本人明白，根据此同意书而披露的记录可能不再受适用于DSHS的法律保护。</p> <p>- 在披露本人许可的记录资料时，此同意书的副本具有同等效力。</p>

签名	日期	机构联系人/见证人签名	日期
家长或其他代表之签名（若适用则请签名）		电话号码（请包括区域号码）	日期

<p>如果本人并非记录所涉者，本人仍有权签署此同意书，因为我是：（请随附权限证明）</p> <p><input type="checkbox"/> 家长 <input type="checkbox"/> 法定监护人（附加法院令） <input type="checkbox"/> 私人代表 <input type="checkbox"/> 其他：</p>
--

情况获取者须知：若这些记录包括艾滋病病毒感染、性传染病或艾滋病情况，则您不可进一步披露该情况，除非您获得个案当事人的特别许可。如果您已获得相关个案当事人的**毒品或酒精滥用情况**并将进一步披露该情况，则您必须依据联邦条例法典(CFR)第42条第2.32节规定包括以下声明：

向您披露的此信息取自受联邦信息保密规章（第42条联邦条例法典(CFR)第2部分）保护之记录资料。联邦规章禁止您进一步披露此信息，除非对此信息的进一步披露已获得该信息所涉及人士的明确书面同意，或者属于第42条联邦条例法典(CFR)第2部分所许可的内容。对医疗情况或其它情况披露的一般授权不足以用于此目的。联邦规章禁止将此情况用于对任何酗酒或吸毒患者之犯罪调查或起诉。

填写同意书的说明

用途: 当您需要同意在DSHS内持续使用有关个案当事人的机密信息, 或将这些信息透露给其他机构以协调服务或用于治疗、付款或机构行动或法律所认可的其他用途时, 使用此同意书。个案当事人是指从DSHS获得福利或服务的个人。

使用方法: 如果能够轻松阅读, 请以电子方式填写此同意书。**必须为每个人分别填写一份同意书, 包括儿童。** 方法说明中的“您”是指DSHS员工, 同意书中的“您”是指个案当事人。披露记录包括使用和透露有关个案当事人的机密信息。

同意书的各部分:

识别信息:

- **姓名:** 仅在每份同意书中列出一位个案当事人的姓名。请包括该位个案当事人接受服务时可能使用过的所有曾用名。
- **出生日期:** 需要用于区分您与其他姓名相似的人。
- **识别号码:** 提供个案当事人识别号码或其他识别信息, 例如社会安全号码(非必需), 以协助识别记录及跟踪历史和获得的服务。
- **地址和电话:** 此为额外信息, 有助于查找和识别或联络个案当事人。
- **其他:** 在此框中包括任何可能有助于查找记录(可能包括涉及的部分DSHS服务、家人的姓名, 或其他相关信息)的额外信息。

同意(授权):

- **机构或个人之间交换记录资料:** 通过填写此同意书, 个案当事人允许在整个DSHS内使用和披露机密信息。DSHS将能够将从外部机构或列出的个人获得机密信息或透露给他们。提供有关机构或提供者的识别信息, 包括名称、地址或地点(如果可能的话)。您也可以附加获准可披露信息的机构的列表, 且个案当事人也必须签字。
- **包括的信息:** 个案当事人必须指出同意书中所涵盖的记录。个案当事人可同意透露所有记录, 也可以根据日期、类型或记录来源来限制所包括的记录。如果个案当事人没有签署同意书或未指定某条特定的记录, 则仍可在法律允许的情况下披露此记录。您可以附加所涵盖的记录的列表, 且个案当事人也必须签字。如果任何记录中含有关于心理健康(RCW 71.05.620)、艾滋病毒感染/艾滋病(HIV/AIDS)或性传染病(STD)测试结果或治疗信息(RCW 70.02.220), 或者酒精与毒品戒除治疗服务(42 CFR 2.31(a)(5)), 则个案当事人必须具体表明这些条目, 以许可披露这些记录。根据45 CFR 164.508(b)(3)(ii), 此同意书不包括心理治疗笔记。必须填写一份单独的同意书来包括这些记录。
- **持续时间:** 包括服务于您的计划用途或法律所提供的同意书的失效日期。
- **理解:** 确保个案当事人理解其授权内容, 及披露信息的方法和目的。如果必要, 可使用翻译的同意书和口译员或大声读出同意书的内容。如果个案当事人需要更多信息, 可额外提供一份DSHS隐私权政策通知函的副本或将个案当事人转介给您部门的公开披露官员

签名:

- **个案当事人:** 如果个案当事人或儿童超过同意书规定的年龄(对于心理健康和毒品与酒精戒除治疗服务, 为13岁; 对于艾滋病毒感染/艾滋病或其他性传染病, 为14岁; 对于避孕和堕胎, 任何年龄; 对于医疗或其他记录, 为18岁), 则签署此框并插入签名日期。个案当事人可在您当场见证的情况下在此框中划记代签。
- **机构联系人或见证人:** 如果由您将此同意书交予个案当事人并向其说明同意书内容, 则您需要在此框中签名。请包括您的电话号码。如果个案当事人将在办公场所以外的地点签署此同意书, 应告诉个案当事人请一位见证人在此框中签名, 并提供电话号码。公证人可充当个案当事人的签字见证人。
- **家长或其他代表:** 如果个案当事人的年龄未达到同意书规定的年龄, 则家长或监护人必须签字。如果儿童未达到同意书规定的披露所有记录的年龄, 则儿童和家长都必须签字。如果个案当事人为法定无行事能力者, 则必须由法庭指定的监护人签署, 并须提交指定监护人的法庭颁令之副本。如果由具有其它代签权限者(包括具有委托代理权者或房产代表)签署此同意书, 则请标选“其他”框, 并获得一份法定代理权限书的副本。签字人必须写明签字日期并提供电话号码或联系信息。