

موافقت CONSENT

یادداشت به مؤکلین: دپارتمنت خدمات صحتی و اجتماعی (DSHS) میتواند در صورتیکه ما قادر به کار همراهی نهادها و متخصصین دیگر که شما و خانواده شما را بشناسند کمک نماییم. با امضای این فرم، شما به دپارتمنت خدمات صحتی و اجتماعی و نهادها و اشخاصی که ذیلاً فهرست گردیده اجازه میدهید تا معلومات محرمانه در باره شما را استفاده و به اشتراک بگذارند. در صورتیکه شما این فرم را امضا ننمائید، دپارتمنت خدمات صحتی و اجتماعی الی زمانیکه موافقت شما ضرورت باشد تا معیارهای واجد شرایط بودن شما را تعیین کند نمیتواند مزایای شما را انکار نماید. اگر شما این فرم را امضا ننمائید، دپارتمنت خدمات صحتی و اجتماعی میتواند تا حدی که قانون اجازه داده است معلومات را درباره شما به اشتراک بگذارد. اگر شما در رابطه به اینکه دپارتمنت خدمات صحتی و اجتماعی چگونه معلومات محرمانه یا حقوق خصوصی مؤکل را به اشتراک میگذارد، لطفاً با یادداشت شیوه های خصوصی دپارتمنت خدمات صحتی و اجتماعی یا با شخصی که این فرم را به شما میدهد مشاورت نمائید.

مشخصات مؤکل:	
نام	تاریخ تولد
آدرس	شماره شناسنامه
شماره تلفون (همراه با کد ساحه)	شهر
معلومات دیگر	ایالت
کد پستی	
موافقت:	
<p>من در رابطه به استفاده از معلومات محرمانه درباره خود در دپارتمنت خدمات صحتی و اجتماعی بخاطر برنامه، تهیه، و هماهنگ سازی خدمات، معالجه، پرداخت ها، و مزایای من یا به مقاصد دیگری که از طرف قانون اجازه داده شده است موافقت مینمایم. همچنان به دپارتمنت خدمات صحتی و اجتماعی و نهادها، مراقب، یا اشخاص فهرست شده در ذیل بخاطر استفاده از معلومات محرمانه و افشاسازی آن به یکدیگر بخاطر این مقاصد اجازه میدهیم. معلومات مذکور شاید بگونه شفاهی یا توسط انتقال اطلاعات کمپیوتری، ایمیل، یا بگونه دستی اشتراک گذاری گردد.</p> <p>لطفاً تمام کسانی که ذیلاً در این موافقت شامل هستند بر علاوه دپارتمنت خدمات صحتی و اجتماعی بررسی نمود و آنها را با نام و آدرس شناسایی نمائید:</p> <p><input type="checkbox"/> مراقب مراقبت صحتی:</p> <p><input type="checkbox"/> مراقب مراقبت صحت روانی:</p> <p><input type="checkbox"/> مراقب خدمات وابستگی شیمیایی:</p> <p><input type="checkbox"/> مراقب دیگر قراردادی دپارتمنت خدمات صحتی و اجتماعی:</p> <p><input type="checkbox"/> برنامه های مسکن:</p> <p><input type="checkbox"/> مکتب یا کالج ولسوالی:</p> <p><input type="checkbox"/> دپارتمنت اصلاحات:</p> <p><input type="checkbox"/> دپارتمنت امنیتی استخدام و شرکای استخدام آن:</p> <p><input type="checkbox"/> اداره امنیت اجتماعی یا اداره فدرال:</p> <p><input type="checkbox"/> به فهرست ضمیمه مراجعه شود</p> <p><input type="checkbox"/> دیگر:</p>	
<p>من بخاطر به اشتراک گذاری اسناد ذیل و معلومات اجازه داده و موافق مینمایم (آنچه قابل اجرا میباشد را نشانی کنید):</p> <p><input type="checkbox"/> تمام اسناد های مؤکل من</p> <p><input type="checkbox"/> اسناد ها در فهرست ضمیمه شده</p> <p><input type="checkbox"/> صرفاً اسناد های ذیل</p> <p><input type="checkbox"/> سابقه خانواده، اجتماعی و اشتغال</p> <p><input type="checkbox"/> اسناد پرداخت</p> <p><input type="checkbox"/> دیگر (فهرست نمائید):</p> <p><input type="checkbox"/> معلومات مراقبت صحتی</p> <p><input type="checkbox"/> ارزیابی های فردی</p> <p><input type="checkbox"/> معالجه یا برنامه های مراقبتی</p> <p><input type="checkbox"/> مکتب، تعلیم، و آموزش</p>	
<p>لطفاً بخاطر داشته باشید: در صورتیکه اسناد شما شامل هر یک از معلومات ذیل باشد، شما نیز باید این بخش را بخاطر شامل سازی این اسناد ها تکمیل نمائید.</p> <p>من بخاطر افشاسازی اسناد های ذیل اجازه میدهیم (آنچه قابل اجرا میباشد را نشانی کنید):</p> <p><input type="checkbox"/> صحت روانی</p> <p><input type="checkbox"/> نتایج آزمایش، تشخیص، یا معالجه اچ آی وی/ایدس و اس تی دی</p> <p><input type="checkbox"/> خدمات وابستگی شیمیایی (CD)</p> <p>- این موافقت برای <input type="checkbox"/> یک سال <input type="checkbox"/> تا زمانیکه دپارتمنت خدمات صحتی و اجتماعی به اسناد ها ضرورت دارد، یا <input type="checkbox"/> الی (تاریخ یا واقعه) مدار اعتبار میباشد.</p> <p>- من میتوانم این موافقت را در هر زمان بگونه تحریری لغو یا از آن صرفنظر نمایم، مگر اینکه هیچگونه معلوماتی را که قبلاً به اشتراک گذاشته شده متأثر نمیسازد.</p> <p>- من میدانم که اسناد های که تحت این موافقت به اشتراک گذاشته شده ازین پس تحت قوانین مرعی الاجرا توسط دپارتمنت خدمات صحتی و اجتماعی محافظت نمیگردد.</p> <p>- یک کاپی این فرم به بخاطر اجازه دادن بخاطر به اشتراک گذاری اسناد ها مدار اعتبار میباشد.</p>	
امضا	تاریخ
امضای والید یا اقارب دیگر (در صورتی که قابل اجرا باشد)	تاریخ
تماس نهاد/امضای شاهد	تاریخ
شماره تماس (بشمول کد ساحه)	تاریخ
<p>در صورتیکه من موضوع اسناد نباشم، من اختیار امضا کردن را دارم، چون من (مدرک اختیارات را ضمیمه نمائید) هستم</p> <p><input type="checkbox"/> والدین <input type="checkbox"/> سرپرست قانونی (حکم محکمه ضمیمه گردد) <input type="checkbox"/> نماینده شخصی <input type="checkbox"/> دیگر:</p>	

یادداشت برای دریافت کننده گان معلومات: در صورتیکه اسناد ها حاوی معلومات در باره اچ آی وی، اس تی دی، یا ایدس باشد، شما نباید معلومات مذکور را بدون اجازه خاص از جانب مؤکل افشا سازید. در صورتیکه شما معلوماتی مرتبط با سوء استفاده از مخدر یا الکل را توسط مؤکل دریافت نمودید، باید موضوع ذیل را هرگاه معلومات افشاسازی بیشتر توسط 42 CFR 2.32 لازم شود شامل بسازید:

این معلومات از اسناد های محافظت شده توسط قوانین محرمانه فدرال (42 CFR بخش 2) برای شما افشا گردیده است. قوانین فدرال شما را از افشاسازی بیشتر این معلومات ممنوع میسازد الی زمانیکه افشاسازی بیشتر بگونه رضایت تحریری شخص مرتبط یا هم توسط 42 CFR بخش 2 اجازه داده شود. مجوز عمومی جهت نشر معلومات طبیی یا معلومات دیگر به این مقصد کافی نمیشود. قوانین فدرال هرگونه استفاده معلومات را بخاطر تحقیق جرمی یا تعقیب عدلی سوء استفاده از الکل یا مواد مخدر بیمار ممنوع قرار میدهد.

راهنمایی بخاطر تکمیل نمودن فرم رضایت

مقصد: هرگاه ضرورت به رضایت جهت استفاده از معلومات محرمانه بصورت دوامدار درباره یک مؤکل در دیپارتمنت خدمات صحتی و اجتماعی یا بخاطر افشاسازی معلومات مذکور به نهاد های دیگر جهت هماهنگی خدمات یا معالجه، پرداخت یا فعالیت های نهاد یا به مقاصد شناخته شده توسط قانون داشته باشید از این فرم استفاده نمایند. مؤکل به اشخاصی گفته میشود که مزایا یا خدمات را از دیپارتمنت خدمات صحتی و اجتماعی دریافت مینمایند.

استفاده: جهت سهولت بخاطر خواندن این فرم را به شکل الکترونیکی خانه پری نمائید، برای هر شخص، بشمول اطفال یک فرم جداگانه باید تکمیل گردد. "شما" در راهنمایی ها راجع میشود به کارمند دیپارتمنت خدمات صحتی و اجتماعی و "شما" در فرم راجع میشود به مؤکل. به اشتراک گذاری اسناد ها شامل استفاده و افشاسازی معلومات محرمانه در باره یک مؤکل میباشد.

بخش های فرم:

مشخصات:

- نام: در هر فرم صرفاً نام یک مؤکل را تهیه نمائید. هر نام قبلی که مؤکل هنگام دریافت خدمات استفاده نموده را شامل سازید.
- تاریخ تولد: بخاطر شناسائی مؤکل از اشخاص دیگر به نامهای مشابه ضرورت میباشد.
- شماره شناسنامه: یک شماره شناسنامه یا مشخص دیگر مؤکل را مانند شماره امنیت اجتماعی (لازم نمیشود) را بخاطر کمک در شناسائی اسناد و پیگیری سابقه و خدماتی را که دریافت نموده است تهیه نمائید.
- آدرس و شماره تلفون: معلومات اضافی که بخاطر موقعیت یابی و تشخیص یا تمام با مؤکل کمک خواهد نمود.
- دیگر: هر معلومات دیگری را بخاطر تعیین اسناد که شامل بخش های دیپارتمنت خدمات صحتی و اجتماعی بشمول خدمات، نامهای اعضای خانواده، یا معلومات مرتبط دیگر در این جا شامل سازید.

موافقت (اختیاری):

- نهاد ها یا اشخاصی که تبادل اسناد میکنند: با تکمیل نمودن این فرم مؤکل استفاده و به اشتراک گذاری معلومات محرمانه را در تمام دیپارتمنت خدمات صحتی و اجتماعی اجازه میدهد. دیپارتمنت خدمات صحتی و اجتماعی قادر به افشاسازی به و دریافت معلومات محرمانه از نهادهای بیرونی یا اشخاص فهرست شده میباشد. در صورت امکان، معلومات مشخصه را درباره نهاد ها یا مراقب، بشمول نام، آدرس یا موقعیت تهیه نمائید. شما میتوانید یک لست نهاد های را که بخاطر به اشتراک گذاری معلوماتی که مؤکل نیز باید آنها امضا نماید ضمیمه سازید.
- معلومات شامل شده: مؤکلین باید نشان دهند که کدام اسناد تحت رضایت وی پوشش یافته است. مؤکلین میتوانند تمام اسناد را در دسترس قرار دهند یا آنها را تاریخ، نوع یا منبع اسناد محدود سازند. اگر یک مؤکل یک رضایت نامه را امضا نموده یا یک سند را مشخص نمائید، به اشتراک گذاری سند مذکور در صورتیکه توسط قانون اجازه داده شده باشد مجاز میباشد. شما یک سندی را که مؤکل امضا نموده باشد میتوانید ضمیمه سازید. اگر هر اسناد شامل معلومات مرتبط به آزمایش یا معالجه صحت روانی (RCW 71.05.620)، اچ آی وی/ایدس یا اس تی دی (RCW 70.02.220)، یا خدمات مواد مخدر و الکول (5)(a) 42 CFR 2.31 باشد، مؤکل باید این ساحات را مشخصاً نشانی نموده تا بخاطر به اشتراک گذاری این اسناد اجازه دهد. این فرم بخاطر یادداشتی های روان درمانی تحت (ii)(3)(b) 45 CFR 164.508 دارای اعتبار نبوده و یک فرم جداگانه باید بخاطر شامل سازی اینگونه اسناد تکمیل گردد.
- مدت اعتبار: یک تاریخ انتها را برای رضایت مشمول مقاصد برنامه شما یا آنچه توسط قانون تهیه گردیده شامل سازید.
- فهمیدن: از اینکه مؤکل آنچه را اجازت داده است و چطور و چرا معلومات مذکور به اشتراک گذاشته میشود دانسته است خود را مطمئن سازید. در صورت لزوم، از فرم ترجمه شده یا ترجمان استفاده نموده یا فرم را با آواز بلند به خوانش بگیرید. در صورتیکه مؤکل به معلومات بیشتر نیاز داشته باشد، یک کاپی اضافی از یادداشت شیوه های خصوصی دیپارتمنت خدمات صحتی و اجتماعی را تهیه نموده یا مؤکل را به امر افشاسازی عامه در بخش خود معرفی نمائید.

امضاء:

- مؤکل: از مؤکل یا طفل بیشتر از سن رضایت (13 ساله برای صحت روانی یا خدمات مواد مخدر و الکول؛ 14 ساله برای اچ آی وی/ایدس و اس تی دی دیگر؛ هر سن برای کنترل تولد و سقط جنین؛ 18 ساله برای مراقبت صحتی و اسناد دیگر) بخواهید تا این جا را امضا نموده و تاریخ امضا را شامل سازید. مؤکل میتواند یک نشانی را در این جا که شما شاهد آن باشید بگذارند.
- تماس نهاد یا شاهد: در صورتیکه شما فرم را به مؤکل پیشکش یا توضیح میدهید این بخش را امضا نمائید. لطفاً شماره تلفون خود را شامل سازید. در صورتیکه مؤکل فرم را خارج از بخش ساحه کاری امضا مینماید، مؤکل را راهنمایی کنید تا یک شاهد داشته باشد تا درینجا امضا نموده و شماره تلفون خود را ذکر نماید. یک دفتر اسناد میتواند منحیت شاهد از جانب مؤکل امضا نماید.
- والدین یا اقارب دیگر: در صورتیکه مؤکل یک طفل زیر سن قابل رضایت باشد، والدین یا سرپرست میتواند امضا کند. در صورتیکه طفل واجد سن رضایت برای تمام اسنادی که باید به اشتراک گذاشته شود باشد، هر دو، طفل و والدین باید امضا نمایند. در صورتیکه مؤکل فاقد صلاحیت قانونی باشد، سرپرست تعیین شده از جانب محکمه باید امضا نموده و یک کاپی سفارش انتصاب را تهیه نماید. اگر کسی دیگری با ظرفیت دیگری (بشمول یک شخص با وکالت نامه یا یک نماینده) امضا نماید، با "دیگر" نشانی گردیده و یک کاپی از اختیارات قانونی بخاطر عملکرد را بدست بیاورید. شخص امضا کننده باید امضای خود را با تاریخ درج نموده و شماره تلفون یا معلومات تماس خود را درج نماید.