

# सहमति CONSENT

**क्लाइंट्स के लिए नोटिस:** सामाजिक और स्वास्थ्य सेवाएं विभाग (The Department of Social and Health Services - DSHS) उस स्थिति में आपको बेहतर सहायता कर सकता है, अगर हम उन अन्य एजेंसियों और पेशेवरों के साथ काम कर सकें, जो आपको और आपके परिवार को जानते हों। इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करके आप DSHS और नीचे वर्णित एजेंसियों और व्यक्तियों को अपने बारे में गोपनीय सूचना का उपयोग और आदान-प्रदान करने के लिए अनुमति दे रहे हैं। अगर आप इस फॉर्म पर हस्ताक्षर नहीं करते हैं, तो DSHS आपको तब तक लाभों के लिए मना नहीं कर सकता, जब तक आप आपकी सहमति आपकी पात्रता के निर्धारण के लिए आवश्यक न हो। अगर आप इस फॉर्म पर हस्ताक्षर नहीं करते, तो DSHS कानून द्वारा अनुमत सीमा तक आपके बारे में सूचना का अभी भी आदान-प्रदान कर सकता है। अगर आपके DSHS द्वारा क्लाइंट गोपनीय सूचना के आदान-प्रदान के तरीके या अपने निजता अधिकारों के बारे में प्रश्न हैं, तो कृपया निजता व्यवहारों का DSHS नोटिस (DSHS Notice of Privacy Practices) या आपको यह फॉर्म देने वाले व्यक्ति से पूछें।

क्लाइंट पहचान:			
नाम	जन्म की तारीख	पहचान संख्या	
पता	नगर	राज्य	ज़िप कोड
टेलीफोन नंबर (क्षेत्र कोड सम्मिलित करें)	अन्य सूचना		

**सहमति:**  
मैं अपने या कानून द्वारा प्राधिकृत अन्य उद्देश्यों के लिए सेवाओं, उपचार, भुगतान और लाभों की योजना बनाने, प्रदान करने और समन्वय करने के लिए DSHS के भीतर मेरे बारे में गोपनीय सूचना के उपयोग के लिए सहमति देता हूँ। मैं DSHS और नीचे वर्णित एजेंसियों, प्रदाताओं या व्यक्तियों को इन उद्देश्यों के लिए अपनी गोपनीय सूचना का उपयोग करने और इसे एक-दूसरे को प्रकट करने के लिए अनुमति भी देता हूँ। सूचना का मौखिक रूप से या कम्प्यूटर डेटा ट्रांसफर, डाक, हाथ की सुपुर्दगी से आदान-प्रदान किया जा सकता है। कृपया इस सहमति में DSHS के अलावा सम्मिलित किए गए पर सभी पर सही का निशान लगाएँ और नाम और पते द्वारा इनकी पहचान करें:

- स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता: \_\_\_\_\_
- मानसिक स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता: \_\_\_\_\_
- रासायनिक निर्भरता सेवा प्रदाता: \_\_\_\_\_
- अन्य DSHS अनुबंधित प्रदाता: \_\_\_\_\_
- आवास कार्यक्रम: \_\_\_\_\_
- स्कूल ज़िले या कॉलेज: \_\_\_\_\_
- सुधार विभाग: \_\_\_\_\_
- रोज़गार सुरक्षा विभाग और इसके रोज़गार भागीदार: \_\_\_\_\_
- सामाजिक सुरक्षा प्रशासन या अन्य संघीय एजेंसी: \_\_\_\_\_
- संलग्न सूची देखें
- अन्य: \_\_\_\_\_

मैं निम्नलिखित रिकॉर्डों और सूचना का आदान-प्रदान करने के लिए अधिकार और सहमति देता हूँ (लागू होने वाले सभी पर सही का निशान लगाएँ):

- मेरे सारे क्लाइंट रिकॉर्ड
- संलग्न सूची में वर्णित रिकॉर्ड
- केवल निम्नलिखित रिकॉर्ड
- परिवार, सामाजिक और रोज़गार इतिहास
- भुगतान रिकॉर्ड
- अन्य (बताएं): \_\_\_\_\_
- स्वास्थ्य देखभाल सूचना
- वैयक्तिक मूल्यांकन
- उपचार या देखभाल योजनाएं
- स्कूल, शिक्षा और प्रशिक्षण

**कृपया नोट करें:** अगर आपके क्लाइंट रिकॉर्डों में निम्नलिखित में से कोई सूचना सम्मिलित है, तो आपको इन रिकॉर्डों को सम्मिलित करने के लिए इस भाग को भी ज़रूर पूरा करना चाहिए।

मैं निम्नलिखित रिकॉर्ड प्रकट करने के लिए अपनी अनुमति देता हूँ (लागू होने वाले सभी पर सही का निशान लगाएँ):

- मानसिक स्वास्थ्य  HIV/AIDS और STD परीक्षण परिणाम, निदान, या उपचार  रासायनिक निर्भरता (CD) सेवाएं

- यह सहमति  एक वर्ष  जब तक DSHS को रिकॉर्डों की ज़रूरत है, या  \_\_\_\_\_ तक (तारीख या घटना) तक मान्य है।
- मैं किसी भी समय लिखित में यह सहमति रद्द कर सकता हूँ या वापस ले सकता हूँ, पर इससे पहले से आदान-प्रदान की गई कोई सूचना पर प्रभाव नहीं पड़ेगा।
- मैं यह समझता हूँ कि इस सहमति के अंतर्गत आदान-प्रदान किए गए रिकॉर्डों की DSHS पर लागू होने वाले नियमों के अंतर्गत रखा नहीं हो सकती है।
- इस फॉर्म की प्रति रिकॉर्डों के आदान-प्रदान के लिए मेरी अनुमति देने के लिए मान्य है।

हस्ताक्षर	तारीख	एजेन्सी सम्पर्क सूत्र/गवाह के हस्ताक्षर	तारीख
माता/पिता या अन्य प्रतिनिधि के हस्ताक्षर (अगर लागू हो)		टेलीफोन नंबर (क्षेत्र कोड सम्मिलित करें)	तारीख

अगर मैं रिकॉर्डों का विषय नहीं हूँ, तो मैं हस्ताक्षर करने के लिए इसलिए प्राधिकृत हूँ क्योंकि मैं निम्नलिखित हूँ: (प्राधिकार का प्रमाण संलग्न करें)

- माता/पिता  कानूनी अभिभावक (न्यायालय का आदेश संलग्न करें)  निजी प्रतिनिधि  अन्य: \_\_\_\_\_

**सूचना के प्राप्तकर्ता का नोटिस:** अगर इन रिकॉर्डों में HIV, STDs, या AIDS के बारे में सूचना है, तो आप क्लाइंट की विशेष अनुमति के बिना और सूचना प्रकट नहीं कर सकते। अगर आपने क्लाइंट द्वारा दवा या अल्कोहल के दुरुपयोग से संबंधित सूचना प्राप्त की है, तो आपको 42 CFR 2.32 द्वारा अपेक्षित अन्य सूचना प्रकट करते समय निम्नलिखित कथन को भी अवश्य सम्मिलित करना चाहिए:

आपको यह सूचना संघीय गोपनीयता नियमावली (42 CFR भाग 2) द्वारा रक्षित रिकॉर्डों से प्रकट की गई है। संघीय नियमों के अंतर्गत आपको इस सूचना को तब तक और प्रकट करने की मनाही है, जब तक और अधिक प्रकट करने की उस व्यक्ति की लिखित सहमति द्वारा व्यक्त रूप से अनुमति हो, जिससे यह संबंधित है या 42 CFR भाग 2 द्वारा अन्यथा इसकी अनुमति हो। इस उद्देश्य के लिए सामान्य या अन्य सूचना का सामान्य प्राधिकार पर्याप्त नहीं है। संघीय नियमावली में किसी अल्कोहल या दवा का दुरुपयोग करने वाले रोगी की आपराधिक रूप से जांच-पड़ताल करने या मुकदमा चलाने के लिए सूचना के किसी उपयोग पर प्रतिबंध है।

## INSTRUCTIONS FOR COMPLETION OF CONSENT FORM

**Purpose:** Use this form when you need consent to use confidential information on a continuing basis about a client within DSHS or to disclose that information to other agencies to coordinate services or for treatment, payment or agency operations or for other purposes recognized by law. Clients are persons receiving benefits or services from DSHS.

**Use:** Fill out this form electronically if possible for ease of reading, **A separate form must be completed for each person, including children.** “You” in the instructions refers to the DSHS employee and “you” on the form refers to the client. Sharing of records includes the use and disclosure of confidential information about a client.

### Parts of Form:

#### IDENTIFICATION:

- Name: Provide the name of one client only on each form. Include any former names that client may have used when receiving services.
- Date of Birth: Needed to identify client from persons with similar names.
- Identification Number: Provide a client identification number or other identifier such as a social security number (not required) to assist in identifying records and tracking history and services received.
- Address and telephone: Additional information that will help in locating and identifying or contacting the client.
- Other: Include in this box any additional information that may help to locate records that may include parts of DSHS involved with services, names of family members, or other relevant information.

#### CONSENT (AUTHORIZATION):

- Agencies or persons exchanging records: The client’s completion of this form allows the use and sharing of confidential information within all of DSHS. DSHS will be able to disclose to and receive confidential information from the outside agencies or persons listed. Provide identifying information about the agencies or providers, including name, address or location if possible. You may also attach a list of agencies allowed to share information which the client must also sign.
- Information included: Clients must indicate what records are covered by the consent. Clients may make all records available or may limit the included records by date, type or source of record. If a client does not sign a consent or does not specify a particular record, sharing of that record will still be allowed if permitted by law. You may attach a list of covered records that the client must also sign. If any records include information relating to mental health (RCW 71.05.620), HIV/AIDS or STD testing or treatment (RCW 70.02.220), or drug and alcohol services (42 CFR 2.31(a)(5)), the client must mark these areas specifically to give permission to share these records. This form is not valid to include psychotherapy notes under 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) and a separate form must be completed to include those records.
- Duration: Include an expiration date for the consent that serves your program purposes or as provided by law.
- Understanding: Be sure the client understands what permission is being granted and how and why information will be shared. If needed, use a translated form and interpreter or read the form aloud. If the client needs more information, provide an additional copy of the DSHS Notice of Privacy Practices or refer the client to the public disclosure officer for your unit

#### SIGNATURES:

- Client: Have client or a child over age of consent (13 for mental health and drug and alcohol services; 14 for HIV/AIDS and other STDs; any age for birth control and abortions; 18 for health care and other records) sign this box and insert the date of signature. The client may substitute a mark in this box that you witness.
- Agency Contact or Witness: You will sign in this box if you are the one presenting and explaining the form to the client. Please include your telephone number. If the client will be signing the form away from a business site, instruct the client to have a witness sign in this block and provide a telephone number. A notary public may serve as a witness to a client signature.
- Parent or Other Representative: If the client is a child under the age of consent, a parent or guardian must sign. If the child does not meet the age of consent for all records to be shared, both the child and the parent must sign. If the client has been declared legally incompetent, the court appointed guardian must sign and provide a copy of the order of appointment. If someone is signing in another capacity (including a person with a power of attorney or an estate representative), mark “other” and obtain a copy of the legal authority to act. The person signing must date the signature and give a telephone number or contact information.