Washington State Department of Social & Health Services

CONSENT/BELEEGYEZÉS

ÉRTESÍTÉS AZ ÜGYFELEKHEZ: A Szociális és Egészségügyi Szolgáltatások Osztálya (DSHS) jobban tud Önnek segíteni, ha más hivatalokkal és szakértőkkel együtt dolgozhatunk, akik Önt és az Ön családját ismerik. Ha Ön ezt az űrlapot aláírja, ezzel Ön engedélyt ad a DSHS-nek, az alább felsorolt hivataloknak és személyeknek, hogy az Ön bizalmas információját használják és egymással megosszák. A DSHS nem tagadhatja meg Öntől a juttatásokat, ha Ön nem írja alá ezt az űrlapot, kivéve, ha az Ön beleegyezésére szükség van ahhoz, hogy az Ön jogosultságát meghatározzák. Ha Ön nem is írja alá ezt az űrlapot, a DSHS mégis megoszthat másokkal annyi Önre vonatkozó információt, amennyit a törvény megenged. Ha Önnek kérdései vannak arról, hogy a DSHS hogyan ossza meg a bizalmas ügyfél információt, vagy az Ön titoktartási jogaira vonatkozólag, kérjük, nézze meg a DSHS Titoktartási Gyakorlatára Vonatkozó Nyilatkozatát, vagy kérdezze meg azt a személyt, aki Önnek ezt az űrlapot adja.

AZ ÜGYFÉL AZONOSÍTÁSA:

NÉV:	SZÜLETÉS DÁTUMA:	SZEMÉLYAZONOSÍTÓ SZÁMA:

CÍME:	VÁROS:	ÁLLAM:	IRÁNYÍTÓSZÁM:

TELEFONSZÁM (BELEÉRTVE A KÖRZETSZÁMOT):	MÁS INFORMÁCIÓ:

BELEEGYEZÉS:

Beleegyezem bizalmas információm használatába a DSHS-en belül, hogy a szolgáltatásokat, a kezeléseket, a fizetségeket és a juttatásokat kidolgozzák, jutassák és koordinálják számomra, vagy más, a törvény által engedélyezett célra. Továbbá engedélyt adok a DSHS-nek és az alább felsorolt hivataloknak, szolgáltatóknak, vagy személyeknek, hogy bizalmas információmat ezekre a célokra használják, és egymásnak kiadják. Az információt megoszthatják szóban, vagy számítógépes adatok adatátadásával, postán vagy kézi közvetítés útján.

Kérjük, jelölje meg az alábbiakban mindazokat, akiket, a DSHS-en kívül, ebbe a beleegyezésbe bevegyünk és adja meg nevüket és címüket:

- ☐ Egészségügyi szolgáltatók: _____
- ☐ Elmegyógyászati szolgáltatók: _____
- ☐ Kémiai függőség szolgáltatások ellátói: _____
- ☐ Más DSHS szerződéses szolgáltatók: _____
- ☐ Lakhatási segélyprogramok: _____
- ☐ Iskolakörzetek vagy egyetemek: _____
- ☐ Büntetési Osztály: _____
- ☐ Foglalkoztatásügyi Osztály és foglalkoztató partnerei: _____
- ☐ Social Security Adminisztráció (társadalombiztosító) vagy más szövetségi hivatal: _____
- ☐ Lásd a mellékelt listát
- ☐ Egyéb:

Felhatalmazást adok arra és beleegyezem abba, hogy a következő adatokat és információkat megoszthatják (jelölje meg mindegyiket, amelyikre alkalmazható):

- ☐ Minden ügyfél adatomat
- ☐ A mellékelt listán felsorolt adatokat
- ☐ Csak a következő adatokat
  - ☐ Családi, társadalmi és foglalkozási leírásokat
  - ☐ Egészségügyi információt
  - ☐ Kezelési vagy gondozási terveket
  - ☐ Fizetségi adatokat
  - ☐ Egyéni kiértékeléseket
  - ☐ Iskolázottságra, oktatásra és kiképzésre vonatkozó információt.
  - ☐ Más (Sorolja fel):

FIGYELMEZTETÉS: Ha az Ön ügyfél adatai a következő információk bármelyikét tartalmazzák, akkor Önnek ezt a részt is ki kell töltenie, hogy ezek az adatok is részét képezzék az Ön információjának.

Engedélyt adok a következő adatok kiadására (jelölje meg mindegyiket, amelyik érvényes):

☐ Elmegyógyászat ☐ HIV/AIDS és STD (nemi betegség) tesztek eredményei, diagnózisa, vagy kezelése ☐ Kémiai függőség (CD) szolgáltatások

- **Ez a beleegyezés érvényes ☐ egy évre ☐ ameddig a DSHS-nek szüksége van adatokra, vagy ☐ ameddig _____ (dátum vagy esemény).**
- **Ezt a beleegyezést írásban bármikor visszavonhatom, de ez nem fogja befolyásolni a már megosztott információt.**
- **Tudomásul veszem, hogy az ennek a beleegyezésnek értelmében megosztott adatokat esetleg már nem fogják azok a törvények védeni, amelyek a DSHS-re érvényesek.**
- **Ennek az űrlapnak a másolata engedélyt ad adataim kiadására.**

ALÁÍRÁS	DÁTUM	HIVATALI KONTAKTSZEMÉLY/TANÚ ALÁÍRÁSA	DÁTUM
SZÜLŐ VAGY MÁS KÉPVISELŐ ALÁÍRÁSA (HA ALKALMAZHATÓ)		TELEFONSZÁM (BELEÉRTVE A KÖRZETSZÁMOT)	DÁTUM

Ha nem én vagyok az adatok tárgya, meghatalmazásom van arra, hogy aláírjam, mert én az alábbi vagyok (mellékelje a jogosultság bizonyítékát)

☐ Szülő ☐ Hivatalos gyám (mellékelje a bírósági végzést) ☐ Személyes képviselő ☐ Egyéb:

FELSZÓLÍTÁS AZOKHOZ, AKIK AZ INFORMÁCIÓT MEGKAPJÁK: **Ha ezek az adatok HIV-, STD- (nemi betegségek) vagy AIDS-re vonatkozó információt tartalmaznak, ezt az információt Ön nem adhatja tovább az ügyfél kifejezett engedélye nélkül.** Ha Ön **kábítószerrel vagy alkohollal való visszaélésre** vonatkozó információt kapott, a következő nyilatkozatot kell Önnek megtennie, amikor továbbadja az információt, amint ezt a 42 CFR 2.32 megköveteli:

Ezt az információt Önnek olyan adatokból adtuk ki, amelyeket a Szövetségi bizalmassági szabályok (42 CFR 2. rész) védenek. A Szövetségi rendszabályok megtiltják Önnek, hogy továbbadja ezt az információt, hacsak a továbbadást kifejezetten meg nem engedi az érintett személy írásbeli beleegyezése, vagy az másképpen megengedett a 42 CFR 2. része szerint. Erre a célra NEM elégséges az orvosi vagy más információ számára adott általános meghatalmazás. A Szövetségi rendszabályok megtiltják az információ bármilyen használatát abból a célból, hogy az alkohollal vagy kábítószerrel visszaélő beteg ellen bűnügyi nyomozást folytassanak vagy vádat emeljenek.

A BELEEGYEZÉSI ŰRLAP KITÖLTÉSÉRE VONATKOZÓ UTASÍTÁSOK

Cél: Használja ezt az űrlapot amikor folyamatban lévő üggyel kapcsolatban Önnek szüksége van arra, hogy az ügyfél bizalmas információját használja a DSHS-en belül, vagy hogy más hivatalnak adja ki az információt, hogy szolgáltatásokat koordináljanak, vagy kezelés, fizetség, vagy hivatali működés vagy más olyan célból, amit a törvény megenged. Az ügyfelek olyan személyek, akik juttatásokat vagy szolgáltatásokat kapnak a DSHS-től.

Használat: Ha lehet, töltse ki ezt az űrlapot elektronikusan, hogy könnyebben lehessen elolvasni. **Külön űrlapot kell kitölteni mindegyik személy számára, a gyermekeknek is.** Az utasításokban az „Ön" a DSHS alkalmazottjára vonatkozik, míg az űrlapon az „Ön" az ügyfélre. Az adatok megosztásába bele kell érteni az ügyfél bizalmas információjának használatát és kiadását.

Az űrlap részei:

AZONOSÍTÁS:

- Név: Minden űrlapon csak egy ügyfél nevét adja meg. Vegyen bele minden előző nevet, amelyet az ügyfél használhatott, amikor szolgáltatásokat kapott.
- Születés dátuma: szükséges, hogy megkülönböztethessük az ügyfelet hasonló nevű személyektől.
- Azonosító szám: Adjon egy ügyfél azonosító számot vagy más azonosítót, mint a társadalombiztosítási számot (Social Security Number) (nem kötelező), amely segít az adatok azonosításában, az események és a kapott szolgáltatások követésében.
- Cím és telefonszám: További információ, amely segít az ügyfelet megtalálni és azonosítani, vagy abban, hogy érintkezésbe lépjünk vele.
- Egyéb: Írjon ide minden további információt, amely segít az adatokat megtalálni, és amelyek tartalmazhatják a DSHS szolgáltatásokkal foglalkozó részeit, családtagok neveit, vagy más fontos információt.

BELEEGYEZÉS (MEGHATALMAZÁS):

- Hivatalok vagy személyek adatokat adnak ki egymásnak: Azzal, hogy az ügyfél kitölti ezt az űrlapot, engedélyt ad a bizalmas információ használatára és megosztására az egész DSHS-en belül. A DSHS kiadhat és kaphat bizalmas információt külső hivataloktól vagy a felsorolt személyektől. Ha lehetséges, adjon meg azonosító információt a hivatalokról vagy szolgáltatókról, beleértve a nevüket, címüket, vagy helyüket. Csatolhat egy listát is a hivatalokról, amelyek az információt megoszthatják egymással. Az ügyfélnek ezt is alá kell írnia.
- Kijelölt információ: Az ügyfeleknek meg kell jelölniük, hogy milyen adatokra adják beleegyezésüket. Az ügyfelek minden adatot rendelkezésre bocsáthatnak, vagy korlátozhatják a kijelölt adatokat, a dátumuk, típusuk, vagy forrásuk szerint. Ha az ügyfél nem ír alá egy beleegyezést adó űrlapot, vagy nem jelöl meg egy bizonyos adatot, az még mindig kiadható, ha a törvény megengedi. Ön csatolhat egy listát az érintett adatokról, amelyeket az ügyfélnek szintén alá kell írnia. Ha bármelyik adat olyan információt tartalmaz, amely az elmegyógyászatra (RCW 71.05.620), HIV/AIDS-re vagy STD (nemi betegség) tesztelésre vagy kezelésre (RCW 70.24.105) vagy kábítószerrel vagy alkohollal való visszaéléssel kapcsolatos szolgáltatásokra (42 CFR 2.31(a)(5)) vonatkozik, az ügyfélnek kifejezetten meg kell jelölnie ezeket a területeket és engedélyt kell adnia ezen adatok megosztására. Ez az űrlap, a 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) szerint, nem érvényes arra, hogy Ön a pszichoterápiai feljegyzéseket is belevegye, és egy külön űrlapot kell kitölteni, hogy azokat az adatokat is belevegye.
- Időtartam: Vegyen bele a beleegyezést adó űrlapba egy lejárati dátumot, amely az Önök programjának céljait szolgálja, vagy amit a törvény megszab.
- Megértés: Győződjön meg arról, hogy az ügyfél megérti, milyen engedélyt ad, és hogy miként és miért fogják az információt megosztani. Ha szükséges, használjon egy lefordított űrlapot és egy tolmácsot, vagy olvassa fel az űrlapot hangosan. Ha az ügyfélnek több információra van szüksége, adjon neki egy további példányt a DSHS Titoktartási Gyakorlatára Vonatkozó Nyilatkozatból vagy irányítsa az ügyfelet az Ön egységének nyilvános közzététel előadójához.

ALÁÍRÁSOK:

- Ügyfél: Írassa alá ezt a kockát az ügyféllel vagy a gyerekkel, ha a beleegyező kora több mint (elmegyógyászat, valamint kábítószer és alkohol szolgáltatások esetén 13; HIV/AIDS és más STD-k (nemi betegségek) esetén 14; születésszabályozás ás abortusz esetén bármely korú; egészségügyi és más adatok esetén 18) és írja be az aláírás dátumát. Az ügyfél egy jelet is tehet a kockába aláírás helyett, amelyet Ön tanúsít.
- Hivatali kontaktszemély vagy tanú: Ön írja alá ezt a kockát, ha Ön az, aki az ügyfélnek az űrlapot bemutatta és megmagyarázta. Kérjük, írja ide az Ön telefonszámát. Ha az ügyfél az űrlapot nem a hivatal helyszínén fogja aláírni utasítsa az ügyfelet, hogy egy tanúval írassa alá ezt a kockát, és az adja meg a tanú telefonszámát. Közjegyző is szolgálhat az ügyfél aláírásának tanújaként.
- Szülő vagy más képviselő: Ha az ügyfél gyermek és még nem töltötte be a beleegyezéshez szükséges életkort, az űrlapot az egyik szülőnek, vagy a gyámnak kell aláírnia. Ha a gyermek még nem töltötte be a beleegyezéshez szükséges életkort minden megosztható adat szempontjából, akkor mind a gyermeknek, mind a szülőnek alá kell írnia. Ha az ügyfelet törvényileg inkompetensnek nyilvánították, az űrlapot bíróság által kinevezett gyámnak kell aláírnia, és be kell nyújtania a kinevezési rendelet másolatát. Ha valaki más kapacitásban írja alá, (mint például egy ügyvédi meghatalmazással rendelkező személy vagy egy hagyaték képviselője), jelölje meg az „egyéb" kockát és szerezze meg a cselekvésre törvényesen felhatalmazó okmány másolatát. Az aláíró személynek dátumoznia kell az aláírását és meg kell adnia egy telefonszámot, vagy kontaktinformációt.