

# ЗӨВШӨӨРӨЛ CONSENT

**ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИД МЭДЭГДЭХ НЬ:** Нийгэм, эрүүл мэндийн үйлчилгээний департамент (DSHS) нь таныг болон танай гэр бүлийг мэддэг бусад агентлаг, мэргэжилтнүүдтэй хамтран ажиллах боломжтой бол танд илүү сайн тусалж чадна. Энэхүү маягтад гарын үсэг зурснаар та DSHS болон доор дурдсан агентлаг, хувь хүмүүст өөрийнхөө тухай нууц мэдээллийг ашиглах, хуваалцах зөвшөөрлийг олгож байна. Хэрэв таны шалгуур хангаж байгаа эсэхийг тодорхойлоход таны зөвшөөрөл шаардлагатай л биш бол энэхүү маягтад гарын үсэг зураагүй тохиолдолд DSHS танд тэтгэмж олгохоос татгалзах боломжгүй. Таныг энэ маягтад гарын үсэг зураагүй байвал DSHS хуулиар зөвшөөрсөн хэмжээнд таны тухай мэдээллийг хуваалцаж болно. DSHS үйлчлүүлэгчийнхээ нууц мэдээллийг хэрхэн хуваалцдаг талаар эсвэл нууцлалын эрхийнхээ тухай асууж лавлах зүйл байвал DSHS-ийн нууцлалын практикийн мэдэгдлийг үзэх буюу энэхүү маягыг танд өгсөн хүнээс асуу.

<b>ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН БИЕИЙН БАЙЦААЛТ:</b>			
НЭР	ТӨРСӨН ОГНОО	ДУГААР	
ХАЯГ	ХОТ	МУЖ УЛС	ЗИП КОД
УТАСНЫ ДУГААР (БҮСИЙН КОД ОРУУЛ)		БУСАД МЭДЭЭЛЭЛ	

## ЗӨВШӨӨРӨЛ:

DSHS-д надад зориулсан үйлчилгээ, эмчилгээ, төлбөр, тэтгэмжийг төлөвлөж, хангаж, зохицуулахын тулд буюу хуулиар зөвшөөрсөн бусад зорилгоор өөрийн байгууллагын хүрээнд миний талаар нууц мэдээллийг ашиглах зөвшөөрөл өгч байна. Түүнчлэн DSHS болон доор дурдсан агентлагууд, үйлчилгээ үзүүлэгчид буюу этгээдүүдэд эдгээр зорилгоор миний нууц мэдээллийг ашиглаж, бие биендээ задруулах зөвшөөрлийг өгч байна. Мэдээллийг амаар буюу компьютерийн өгөгдөл дамжуулалт, шуудан, буюу хүргэлтээр дамжуулан хуваалцаж болно.

DSHS-ийн зэрэгцээ энэ зөвшөөрөлд багтсан бүх этгээдийг доор тэмдэглэж, нэр, хаягийг нь бичнэ үү:

- Эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлэгчид: \_\_\_\_\_
- Сэтгэцийн эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлэгчид: \_\_\_\_\_
- Мансууруулах бодисны донгийн эмчилгээний үйлчилгээ үзүүлэгчид: \_\_\_\_\_
- DSHS-ийн гэрээт бусад үйлчилгээ үзүүлэгчид: \_\_\_\_\_
- Орон сууцны хөтөлбөр: \_\_\_\_\_
- Сургуулийн тойрог буюу коллеж: \_\_\_\_\_
- Засан хүмүүжүүлэх департамент: \_\_\_\_\_
- Ажлын байрны баталгаатай байдлыг хангах департамент ба түүний ажлын байрны түншүүд: \_\_\_\_\_
- Нийгмийн хамгааллын удирдах газар буюу холбооны бусад агентлаг: \_\_\_\_\_
- Хавсралт жагсаалтыг үзнэ үү
- Бусад: \_\_\_\_\_

Би дараах бүртгэл, мэдээллийг хуваалцах эрх болон зөвшөөрлийг үүгээр өгч байна (холбогдох бүх нүдийг тэмдэглэ):

- Миний үйлчлүүлэгчийн бүх бүртгэл мэдээлэл
- Хавсралт жагсаалт дахь бүртгэл мэдээлэл
- Зөвхөн дараах бүртгэл мэдээлэл
  - Гэр бүл, нийгэм, ажил эрхлэлтийн түүх
  - Төлбөрийн бүртгэл мэдээлэл
  - Бусад (жагсаа): \_\_\_\_\_
- Эрүүл мэндийн үйлчилгээний мэдээлэл
- Эмчилгээ, сувилгааны төлөвлөгөө
- Хувь хүний үнэлгээнүүд
- Сургууль, боловсрол, сургалт

**АНХААРНА УУ:** Хэрэв таны үйлчлүүлэгчийн бүртгэл мэдээлэлд дараах мэдээллийн аль нэг нь орсон бол эдгээр бүртгэл мэдээллийг оруулахын тулд энэхүү хэсгийг мөн бөглөх ёстой.

Дараах бүртгэл мэдээллийг задруулах зөвшөөрлийг би үүгээр өгч байна (холбогдох бүх нүдийг тэмдэглэ):

- Сэтгэцийн эрүүл мэнд
- ХДХВ/ДОХ ба БЗХӨ-ний шинжилгээний дүн, онош, эмчилгээ
- Мансууруулах бодисын донгийн (МБД) эмчилгээ

- Энэ зөвшөөрөл  нэг жилийн хугацаанд  DSHS-т бүртгэл мэдээлэл шаардлагатай хугацаанд, эсвэл  \_\_\_\_\_ (огноо буюу үйл явдал) хүртэл хүчинтэй.
- Би энэхүү зөвшөөрлийг хэдийд ч бичгээр хүчингүй болгох буюу цуцалж болох боловч энэхүү цуцлалт нь аль хэдийн хуваалцсан аливаа мэдээлэлд үйлчлэхгүй.
- Энэ зөвшөөрлийн дагуу хуваалцсан бүртгэл мэдээлэл DSHS-т үйлчилдэг хуулийн дагуу хамгаалагдахаа больж болно гэдгийг би ойлгож байна.
- Энэ маягтын хуулбар нь миний бүртгэл мэдээллийг хуваалцах зөвшөөрлийг өгөхүйц хүчинтэй байна.

ГАРЫН ҮСЭГ	ОГНОО	АГЕНТЛАГИЙН ХАРИЛЦАХ ХҮН/ГЭРЧИЙН ГАРЫН ҮСЭГ	ОГНОО
ЭЦЭГ ЭХ БУЮУ БУСАД ТӨЛӨӨЛӨГЧИЙН ГАРЫН ҮСЭГ (ХЭРЭВ БАЙГАА БОЛ)		УТАСНЫ ДУГААР (БҮСИЙН КОД ОРУУЛ)	ОГНОО

Хэрэв би бүртгэл мэдээллийн субъект биш бол дараах үндэслэлээр би гарын үсэг зурах эрхтэй: (эрхийн нотлох баримтыг хавсарга)

- Эцэг эх
- Хууль ёсны асран хамгаалагч (шүүхийн шийдвэр хавсарга)
- Хувийн төлөөлөгч
- Бусад: \_\_\_\_\_

**МЭДЭЭЛЭЛ ХҮЛЭЭН АВАГЧДАД ЗОРИУЛСАН МЭДЭГДЭЛ:** Хэрэв эдгээр бүртгэл мэдээлэлд ХДХВ, БЗХӨ, ДОХ-ийн тухай мэдээлэл агуулагдсан бол та үйлчлүүлэгчийн тусгай зөвшөөрөлгүйгээр энэхүү мэдээллийг цааш нь задруулж болохгүй. Хэрэв та үйлчлүүлэгчийн мансууруулах бодис буюу согтууруулах ундаа хэтрүүлэн хэрэглэсэнтэй холбоотой мэдээлэл хүлээн авсан бол, мэдээллийг цааш задруулахдаа 42 CFR 2.32-т шаардсанчлан дараах мэдэгдлийг оруулах ёстой:

Энэ мэдээллийг Холбооны нууцлалын дүрмээр (42 CFR part 2) хамгаалагдсан бүртгэл мэдээллээс задрууллаа. Энэхүү мэдээллийг цааш задруулахыг энэхүү мэдээлэлтэй холбоотой хүний бичмэл зөвшөөрөл рөл өгөхгүй буюу 42 CFR part 2-ын дагуу зөвшөөрөл өгч болно бол Холбооны дүрмээр энэ мэдээллийг цааш задруулахыг хориглоно. Мэдээллийн хэрэгслийн буюу бусад мэдээллийг задруулах өөр нхий зөвшөөрөл л энэ зорилгод ХАНГАЛТГҮЙ. Холбооны дүрмээр согтууруулах ундаа буюу мансууруулах бодис хэтрүү лэн хэрэглэдэг өвчтөнийг мөрдөн байцаах буюу яллахад мэдээллийг ямар нэгэн байдлаар ашиглахыг хязгаарладаг.

### 3Ө ВШӨ Ө РЛИЙН МАЯГТ БӨ ГЛӨ Х ЗААВАР

**Зорилго:** Та үйлчлү үлэгчийн тухай нууц мэдээллийг DSHS-ийн хү рээнд үргэлж хэрэглэх буюу үйлчилгээ зохицуулах, эмчилгээ, төлбөр, агентлагийн үйл ажиллагаа, хуулиар зөвшөөрсөн бусад зорилгоор бусад агентлагт энэ мэдээллийг задруулахад зөвшөөрөл хэрэгтэй болох үед энэ маягтыг хэрэглэ. Үйлчлү үлэгчид нь DSHS-аас тэтгэмж буюу үйлчилгээ авч буй хүмүүсийг хэлнэ.

**Хэрэглэх:** Уншихад амар байлгахын тулд боломжтой бол энэ маягтыг электрон хэлбэрээр бөглө. **Хүн бүрт, түүний дотор хү ү хэд бүрт тус тусад нь маягт бөглөх ёстой.** Заавар дээр “та” гэсэн байгаа нь DSHS-ийн ажилтныг хэлж байгаа бөгөөд маягт дээр “та” гэсэн байгаа нь үйлчлү үлэгчийг хэлж байгаа юм. Бүртгэл мэдээллийг хуваалцахад үйлчлү үлэгчийн тухай нууц мэдээллийг хэрэглэх болон задруулах явдал орно.

**Маягтын хэсгүүд:**

#### БИЕИЙН БАЙЦААЛТ:

- **Нэр:** Маягт бүрт нэг л үйлчлү үлэгчийн нэр бич. Үйлчлү үлэгч үйлчилгээ авахдаа хэрэглэсэн байж болох аливаа хуучин нэрийг оруул.
- **Төрсөн огноо:** Үйлчлү үлэгчийг ижил төстэй нэр бүхий хүмүүсийг ялгаж танихад хэрэгтэй.
- **Дугаар:** Бүртгэл мэдээллийг таних, түүнийг хууль ёсны үйлчилгээг хянахад дөмөм байлгахын тулд үйлчлү үлэгчийн биеийн байцаалтын дугаар буюу нийгмийн хамгааллын дугаар зэрэг бусад дугаарыг (заавал шаардахгүй) бөглөнө.
- **Хаяг, утас:** Үйлчлү үлэгчийг олох, таних буюу түүнийг харьцахад дөмөм болох нэмэлт мэдээлэл.
- **Бусад:** Үйлчилгээнд холбогдолтой DSHS-ийн хэсгүүд, гэр бүлийн гишүүдийн нэрс, буюу холбогдох бусад мэдээллийг багтааж болох бүртгэл мэдээллийг олоход тусалж болох аливаа нэмэлт мэдээллийг энэ нүдэнд оруул.

#### 3Ө ВШӨ Ө РӨЛ (ЭРХ ОЛГОХ):

- **Бүртгэл мэдээлэл солилцох агентлагууд буюу хүмүүс:** Энэхүү маягтыг үйлчлү үлэгч бөглөснөөр DSHS даяар нууц мэдээлэл хэрэглэх буюу хуваалцахыг зөвшөөрнө. DSHS жагсаалтад буй гадны агентлаг буюу этгээдүүдэд нууц мэдээлэл задруулах буюу тэднээс ийм мэдээлэл хүлээн авах боломжтой болно. Агентлаг буюу үйлчилгээ үзүүр лэгчдийн талаар таних мэдээлэл, тухайлбал нэр, хаяг, боломжтой бол байршлыг оруул. Та үйлчлү үлэгчийн мөн гарын үсэг зурах ёстой мэдээлэл хуваалцахыг зөвшөөрсөн агентлагуудын жагсаалтыг мөн хавсаргаж болно.
- **Оруулсан мэдээлэл:** Үйлчлү үлэгчид зөвшөөрөлд ямар бүртгэл мэдээлэл хамрагдахыг заах ёстой. Үйлчлү үлэгчид бүх бүртгэл мэдээллийг боломжтой болгох буюу зөвшөөрөлд орох бүртгэл мэдээллийг бүртгэл мэдээллийн огноо, төрөл буюу эх сурвалжаар хязгаарлаж болно. Хэрэв үйлчлү үлэгч зөвшөөрөлд гарын зурахгүй буюу тодорхой нэг бүртгэл мэдээллийг заагаагүй бол тухайн бүртгэл мэдээллийг хуваалцахыг хуулиар зөвшөөрсөн бол зөвшөөргдөнө. Та үйлчлү үлэгчийн гарын үсэг зурах ёстой зөвшөөрөлд хамрагдах бүртгэл мэдээллийн жагсаалтыг хавсаргаж болно. Хэрэв аль нэг бүртгэл мэдээлэлд сэтгэцийн эрүүл мэнд (RCW 71.05.620), ХДХВ/ДОХ буюу БЗХӨ -ний шинжилгээ буюу эмчилгээ (RCW 70.02.220), буюу мансууруулах бодис болон согтууруулах ундааны эмчилгээтэй (42 CFR 2.31(a)(5)) холбоотой мэдээлэл орсон бол үйлчлү үлэгч эдгээр бүртгэл мэдээллийг хуваалцах зөвшөөрөлд өгөхийн тулд эдгээрийг тухайлан тэмдэглэх ёстой. 45 CFR 164.508(b)(3)(ii)-ын дагуу энэ маягтад сэтгэцийн эмчилгээний тэмдэглэл хамрагдахгүй бөгөөд эдгээр бүртгэл мэдээллийг хамруулахын тулд тусдаа маягт бөглөх ёстой.
- **Хугацаа:** Зөвшөөрлийн хүчинтэй хугацааг таны хөтөлбөрийн зорилгод нийцэхээр буюу хуульд заасны дагуу оруул.
- **Ойлголт:** Үйлчлү үлэгч ямар зөвшөөрөл олгогдож байгааг болон мэдээллийг ямар учраас яаж хуваалцахыг ойлгох ёстой. Шаардлагатай бол орчуулсан маягт болон орчуулагч хэрэглэх буюу маягтыг чанга дуудаж унш. Хэрэв үйлчлү үлэгчид нэмэлт мэдээлэл хэрэгтэй бол DSHS-ийн нууцлалын практикийн тухай мэдэгдлийн нэмэлт хувийг өгөх буюу танай нэгжийн олон нийтэд мэдээлэх ажилтаныг үйлчлү үлэгчид хэлж өгнө.

#### ГАРЫН ҮСЭГ:

- **Үйлчлү үлэгч:** Үйлчлү үлэгч буюу зөвшөөрөл өгөх наснаас дээш насны хүмүүсэд (сэтгэцийн эрүүл мэнд, мансууруулах бодис болон согтууруулах ундааны эмчилгээний хувьд 13; ХДХВ/ДОХ, бусад БЗХӨ -ий хувьд 14; төрөлтийн хяналт, үрхөндөлийн хувьд аль ч нас; эрүүл мэндийн үйлчилгээ ба бусад бүртгэл мэдээллийн хувьд 18) энэ нүдэнд гарын үсэг зуруулаад гарын үсэг зурсан огноог тавиул. Үйлчлү үлэгч энэ нүдэнд таны гэрчилсэн тэмдгээр орлуулж болно.
- **Агентлагийн харилцах буюу гэрч:** Хэрэв та маягтыг үйлчлү үлэгчид өгч, тайлбарлаж байгаа бол энэ нүдэнд гарын үсэг зурна. Утасны дугаараа оруулна уу. Хэрэв үйлчлү үлэгч ажлын талбараас өөргазар маягт дээр гарын үсэг зурах бол энэ блокт гарын үсэг зуруулах гэрч олж, утасны дугаарыг нь авах заавар үйлчлү үлэгчид өг. Нотариат үйлчлү үлэгчийн гарын үсгийг гэрчлэх үйлчилгээ үзүүлж болно.
- **Эцэг эх буюу бусад төлөөлөгч:** Хэрэв үйлчлү үлэгч зөвшөөрөл өгөх наснаас бага настай хүмүүсэд байвал эцэг эх буюу асран хамгаалагч нь гарын үсэг зурах ёстой. Хэрэв хүмүүсэд солилцох бүх бүртгэл мэдээллийн хувьд зөвшөөрөл өгөх насанд хүрээгүй бол хүмүүсэд хэд болон эцэг эх хоёулаа гарын үсэг зурах ёстой. Хэрэв үйлчлү үлэгч хуулийн хариуцлага хүлээх чадваргүй гэдэг нь мэдэгдсэн бол шүүхээс томилсон асран хамгаалагч гарын үсэг зурж, томилсон захирамжийн нэг хуулбарыг өгөх ёстой. Хэрэв хэн нэгэн өөргазар суурины үүднээс гарын үсэг зурж байвал (үүний дотор итгэмжлэл буюу үлэхөдлөхөргазар нгийн төлөөлөгчийн эрхтэй хүмүүс орно), “бусад” гэдгийг тэмдэглээд, хууль ёсны эрх олгосон баримт бичгийн хуулбарыг олж ав. Гарын үсэг зурж буй хүмүүс огноо тавьж, утасны дугаар буюу харилцах мэдээлэл оруулах ёстой.

CONSENT

DSHS 14-012 MO (REV. 04/2018) Mongolian