संमती
CONSENT

ग्राहकांसाठी सूचनाः आपणास आणि आपल्या कुटुंबास ओळखतात अशा इतर एजन्सी आणि व्यावसायिक यांचेबरोबर आपण काम करू शकलो तर सामाजिक व आरोग्य सेवा खाते (DSHS) आपल्याला जास्त चांगली मदत करू शकते. या प्रपत्रावर सही करून आपण DSHS आणि खाली नमूद केलेल्या एजन्सी व व्यक्ती यांना आपल्याविषयीची गोपनीय माहिती वापरण्यास व देवाणघेवाण करण्यास परवानगी देत आहात. आपली पात्रता ठरविण्यासाठी जर आपल्या संमतीची आवश्यकता नसेल तर जरी या प्रपत्रावर आपण सही केली नाहीत तरी DSHS आपल्याला मिळणाऱ्या फायद्यांना नकार देऊ शकत नाही. या प्रपत्रावर आपण सही केली नाहीत तरीही DSHS आपल्या माहितीची कायद्याने संमत प्रमाणात देवाणघेवाण करू शकते. DSHS आपल्या माहितीची देवाणघेवाण कशी करते किंवा आपल्या वैयक्तिक अधिकारांबाबत आपणास काही प्रश्न असल्यास कृपया DSHS नोटीस ऑफ प्रायवेट प्रॅक्टीसेस पाहा किंवा हे प्रपत्र देणाऱ्या व्यक्तीला वाचारा.

ग्राहकांची ओळखः

नाव	जन्मतारीख	ओळख क्रमांक

पत्ता	शहर	राज्य	झिप कोड

दूरध्वनी क्रमांक (क्षेत्र क्रमांकासहित)	इतर माहिती

संमती

माझ्याविषयीची गोपनीय माहिती DSHS अंतर्गत सेवांची योजना, पुरवठा आणि समन्वय करण्यासाठी, माझ्यासाठी उपचार, देय रकमा आणि फायदे किंवा कायद्याने अधिकृत इतर कारणासाठी वापरण्यास मी परवानगी देत आहे. तसेच या हेतूंसाठी DSHS आणि खाली नमूद केलेल्या एजन्सी व व्यक्ती यांना माझ्याविषयीची गोपनीय माहिती वापरण्यास व ती एकमेकांना उघड करण्यास परवानगी देत आहे. माहितीची देवाणघेवाण तोंडी, किंवा संगणकाद्वारे, पत्रांद्वारे किंवा प्रत्यक्ष हस्तांतरीत केली जाऊ शकते.

या संमतीमध्ये समाविष्ट असलेल्या DSHS व्यतिरिक्त इतर सर्व तपासून घ्या आणि त्यांची नावे व पत्त्यानुसार ते ओळखा.:

- ☐ आरोग्य संगोपन पुरवठादारः ____________________
- ☐ मानसिक आरोग्य सेवा पुरवठादारः ____________________
- ☐ रासायनिक आधीनता सेवा पुरवठादारः ____________________
- ☐ इतर DSHS कंत्राटी पुरवठादारः ____________________
- ☐ गृह कार्यक्रमः ____________________
- ☐ जिल्हा शाळा किंवा महाविद्यालयेः ____________________
- ☐ दुरूस्ती खातेः ____________________
- ☐ रोजगार सुरक्षा खाते आणि त्यांचे रोजगार भागीदारः ____________________
- ☐ सामाजिक सुरक्षा प्रशासन किंवा इतर संघराज्य एजन्सीः ____________________
- ☐ सोबतची यादी पाहा
- ☐ इतरः

खालील नोंदी आणि माहितीची देवाणघेवाण करू देण्याचे अधिकार आणि संमती मी देत आहे (लागू असलेल्या सर्वांवर खूण करा):

- ☐ माझ्या ग्राहकांच्या सर्व नोंदी
- ☐ सोबतच्या यादीतील नोंदी
- ☐ फक्त खालील नोंदी
  - ☐ कौटुंबिक, सामाजिक आणि रोजगार इतिहास
  - ☐ आरोग्य संगोपन माहिती
  - ☐ उपचार किंवा संगोपन योजना
  - ☐ देय रकमांच्या नोंदी
  - ☐ वैयक्तिक मूल्यमापने
  - ☐ शाळा, शिक्षण आणि प्रशिक्षण
  - ☐ इतर (सूची):

कृपया लक्षात घ्याः आपल्या नोंदींमध्ये खालीलपैकी कोणत्याही माहितीचा समावेश असल्यास, या नोंदीचा समावेश करण्यासाठी आपण हा विभागसुद्धा पूर्ण केला पाहिजे.

मी खालील नोंदी उघड करू देण्याची परवानगी देत आहे (लागू असलेल्या सर्वांवर खूण करा):

☐ मनौरोग्य ☐ HIV/AIDS आणि STD तपासण्यांचे निकाल, निष्कर्ष किंवा उपचार ☐ रासायनिक आधीनता (CD) सेवा

- **ही संमती ☐ DSHS नोंदींची गरज असेपर्यंत ☐ एक वर्षाकरिता वैध आहे, किंवा ☐ ____________________ (तारीख किंवा घटना) पर्यंत वैध आहे.**
- **मी ही संमती कोणत्याही वेळी लेखी रद्द करू किंवा काढून घेऊ शकतो, पण त्याचा आधीच देवाणघेवाण झालेल्या कोणत्याही माहितीवर परिणाम होणार नाही.**
- **या संमतीनुसार देवाणघेवाण झालेल्या कोणत्याही नोंदी यानंतर DSHS लागू असलेल्या कायद्यानुसार सुरक्षित राखल्या जाणार नाहीत.**
- **नोंदींची देवाणघेवाण करण्याच्या माझ्या परवानगीसाठी या प्रपत्राची एक प्रत वैध आहे.**

सही	तारीख	एजन्सी संपर्क/साक्षीदाराची सही	तारीख

पालक किंवा इतर प्रतिनिधीची सही (लागू असल्यास)	दूरध्वनी क्रमांक (क्षेत्र क्रमांकासहित)	तारीख

जरी मी नोंदींचा विषय नसलो तरी मला सही करण्याचा अधिकार आहे कारण मी आहेः (अधिकाराचा पुरावा जोडा)

☐ आईवडील ☐ कायदेशीर पालक (न्यायालयाचे आज्ञापत्र जोडा) ☐ वैयक्तिक प्रतिनिधी ☐ इतरः

<u>माहिती मिळणाऱ्यास सूचनाः</u> **या नोंदींमध्ये HIV, STDs किंवा AIDS याबाबत माहिती असल्यास, ग्राहकाच्या विशिष्ट परवानगीशिवाय ती माहिती पुढे उघड करू नये.** आपणास ग्राहकाकडून **ड्रग्ज किंवा अल्कोहोल गैरवापर** यासंबंधी माहिती मिळाली असल्यास, ही माहिती पुढे उघड करताना 42 CFR 2.32 नुसार आवश्यक त्या विधानाचा समावेश केलाच पाहिजेः

> फेडरल गोपनीयता अधिनियमानुसार (42 CFR विभाग 2) सुरक्षित नोंदींमधून ही माहिती आपणास देण्यात येत आहे. ज्या व्यक्तीची माहिती असेल तिने लेखी संमतीद्वारा ती पुढे उघड करण्यासाठी स्पष्टपणे परवानगी दिल्याशिवाय किंवा 42 CFR भाग 2 नुसार परवानगी असल्याशिवाय फेडरल अधिनियमानुसार ही माहिती कोणत्याही प्रकारे पुढे उघड करता ये नाही. फेडरल अधिनियमानुसार कोणत्याही अल्कोहोल किंवा ड्रग्जचा गैरवापर करणाऱ्या रुग्णाच्या माहितीचा वापर फौजदारी शोध किंवा खटला दाखल करण्यासाठी करता येत नाही.णार

संमती प्रपत्र भरण्यासाठी सूचना

हेतूः DSHS अंतर्गत एखाद्या ग्राहकाची गोपनीय माहिती पुन्हापुन्हा वापरण्यासाठी संमतीची आवश्यकता असेल तेव्हा किंवा इतर एजन्सीना सेवांचा समन्वय करण्यासाठी किंवा उपचार, देय रकमा, किंवा एजन्सी प्रचालनासाठी किंवा कायद्याने मान्य इतर कारणासाठी ही माहिती देण्यासाठी हे प्रपत्र वापरा. ग्राहक म्हणजे DSHS कडून फायदे किंवा सेवा मिळणाऱ्या व्यक्ती.

उपयोगः हे प्रपत्र शक्य असल्यास वाचनास सुलभ व्हावे म्हणून इलेक्ट्रॉनिकली भरा, **बालकांसह प्रत्येक व्यक्तीसाठी स्वतंत्र प्रपत्र भरले पाहिजे.** सूचनांमधील “आपण” चा संदर्भ DSHS कर्मचाऱ्यांसाठी आहे आणि प्रपत्रावरील “आपण” चा संदर्भ ग्राहकासाठी आहे. नोंदींच्या देवाणघेवाणीमध्ये एखाद्या ग्राहकाच्या गोपनीय माहितीचा वापर आणि ती उघड करणे याचा समावेश आहे.

प्रपत्राचे भागः

ओळख:

- नाव: प्रत्येक प्रपत्रावर फक्त एकाच ग्राहकाचे नाव लिहा. सेवा मिळविताना ग्राहकाने पूर्वी वापरलेली कोणतीही नावे समाविष्ट करा.
- जन्मतारीख: सारख्या नावांच्या व्यक्तींमधून ग्राहकाची ओळख पटविण्यासाठी आवश्यक.
- ओळख क्रमांक: नोंदींची ओळख पटविण्यासाठी आणि इतिहास व मिळालेल्या सेवा यांचा मागोवा घेण्याकरिता ग्राहकाचा ओळख क्रमांक किंवा इतर ओळख पटविणाऱ्या बाबी जसे की सोशल सिक्युरिटी नंबर (आवश्यक नाही) द्या.
- पत्ता व दूरध्वनी क्रमांक: ग्राहकाची ओळख पटविण्यासाठी किंवा संपर्क साधण्यासाठी मदत होईल अशी अधिक माहिती.
- इतर: कोणतीही अधिक माहिती जी DSHS संबंधित सेवा, कुटुंबातील सदस्यांची नावे किंवा इतर संबंधित माहिती च्या भागांचा समावेश असू शकेल अशा नोंदींची ओळख पटविण्यासाठी मदत करेल ती या चौकोनात समाविष्ट करा.

संमती (अधिकरण):

- देवाणघेवाण करणाऱ्या एजन्सी किंवा व्यक्ती: ग्राहकाने हे प्रपत्र पूर्ण केल्यानंतर DSHS अंतर्गत सर्वत्र गोपनीय माहितीचा वापर व देवाणघेवाण करण्यास परवानगी मिळते. DSHS नमूद केलेल्या बाह्य एजन्सी व व्यक्तींना गोपनीय माहिती उघड करता व त्यांचेकडून मिळविता येऊ शकेल. एजन्सी व पुरवठादार यांच्याविषयी नाव, पत्ता किंवा शक्य असल्यास ठिकाण यासह ओळख पटविणारी माहिती द्या. आपण माहितीची देवाणघेवाण करण्यास परवानगी असलेल्या एजन्सींची सूचीही जोडू शकता, त्यावर ग्राहकानेसुद्धा सही केली पाहिजे.

- समाविष्ट माहिती: संमतीद्वारा कोणत्या नोंदींचा समावेश होतो ते ग्राहकाने दर्शविले पाहिजे. ग्राहक सर्व नोंदी उपलब्ध करू शकतात किंवा समाविष्ट असलेल्या नोंदी तारीख, प्रकार किंवा नोंदीचा स्त्रोत यानुसार सीमित करू शकतात. संमतीवर ग्राहक सही करत नसल्यास किंवा एखादी विशिष्ट नोंद नमूद केली नाही तरीही त्या नोंदींच्या देवाणघेवाणीस कायद्याने संमत असल्यास परवानगी मिळेल. आपण व्याप्त नोंदींची सूचीही जोडू शकता, त्यावर ग्राहकानेसुद्धा सही केली पाहिजे. कोणत्याही नोंदीत मानसिक आरोग्यासंबंधित (RCW 71.05.620), HIV/AIDS आणि STD तपासण्या किंवा उपचार (RCW 70.02.220), किंवा ड्रग्ज आणि अल्कोहोल सेवा (42 CFR 2.31 (a)(5)), यासंबंधित माहिती असल्यास, या नोंदींच्या देवाणघेवाणीस परवानगी देण्याकरिता ग्राहकाने हे विभाग अगदी स्पष्ट सांगितले पाहिजेत. हे प्रपत्र 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) खाली मानसोपचार नोटस् समाविष्ट करण्यासाठी वैध नाही आणि या नोंदी समाविष्ट करण्यासाठी एक स्वतंत्र प्रपत्र भरून दिले पाहिजे.

- कालावधी: आपल्या कार्यक्रमाच्या हेतूची पूर्तता होईल अशी किंवा कायद्यानुसार मुदतीची तारीख समाविष्ट करा.

- समजावून घ्या: कोणती परवानगी दिली आहे आणि या माहितीची देवाणघेवाण कशी व का केली जाईल हे ग्राहकाला समजत असल्याची खात्री करा. आवश्यक असल्यास, भाषांतरित प्रपत्र आणि दुभाषा वापरा किंवा प्रपत्र मोठ्याने वाचा. ग्राहकाला अधिक माहितीची आवश्यकता असल्यास DSHS नोटीस ऑफ प्रायवेट प्रॅक्टीसेसची एक अतिरिक्त प्रत पुरवा किंवा ग्राहकाला आपल्या युनिटच्या पब्लिक डिसक्लोजर ऑफिसरकडे पाठवा

सह्याः

- ग्राहक: ग्राहकाला किंवा संमतीपेक्षा जास्त वयाच्या बालकाला (मानसिक आरोग्य आणि ड्रग्ज आणि अल्कोहोल सेवांकरिता 13; HIV/AIDS आणि इतर STDs करिता 14; संतती नियमन आणि गर्भपाताकरिता कोणतेही वय; आरोग्य संगोपन आणि इतर नोंदीकरिता 18) सही करून तारीख घालावयास सांगा. आपण याचे साक्षीदार असल्याची खूण ग्राहक या चौकोनात घालू शकतो.

- एजन्सी संपर्क किंवा साक्षीदार: जर आपण ग्राहकाला प्रपत्र सादर करीत असाल किंवा समजावून देत असाल तर या चौकोनात स्वाक्षरी करा. कृपया आपला दूरध्वनी क्रमांक समाविष्ट करा. जर ग्राहक व्यवसायाच्या जागेपासून दूर सही करणार असेल तर या ब्लॉकमध्ये एका साक्षीदाराला सही करून दूरध्वनी क्रमांक द्यावा लागेल अशी ग्राहकाला सूचना द्या. ग्राहकाच्या सहीला साक्षीदार म्हणून नोटरी पब्लिक काम करू शकतात.

- पालक किंवा इतर प्रतिनिधी: ग्राहक जर संमतीपेक्षा कमी वयाचे बालक असेल तर आईवडील किंवा पालकाने सही केली पाहिजे. जर बालक सर्व नोंदींच्या देवाणघेवाणीच्या संमतीचे वय पूर्ण करीत नसेल, तर बालक आणि पालक अशा दोघांनी सही केली पाहिजे. ग्राहकाला जर कायद्याने अक्षम घोषित केले असेल, तर कायद्याने नेमलेल्या पालकाने सही केली पाहिजे आणि नेमणुकीच्या आज्ञेची प्रत दिली पाहिजे. जर कोणीतरी दुसऱ्या अधिकारात सही करीत असेल (पॉवर ऑफ ॲटर्नी असलेली व्यक्ती किंवा एखादा इस्टेट प्रतिनिधीसह) तर “इतर” असे दर्शवा आणि कृती करण्याचा कायद्याने अधिकार असल्याची प्रत मिळवा. सही करणाऱ्या व्यक्तीने तारीख घातली पाहिजे आणि दूरध्वनी क्रमांक किंवा संपर्काची माहिती दिली पाहिजे.