

رضایت Consent

موکلانو ته خبرتیا: د ټولنیزو او روغتیایي خدمتو څانګه (DSHS) کولی شي چې ستاسې په ښه ډول مرسته وکړي که چیرې مور د هغه نورو اژانسو او مسلکياتو سره د کار کولو وړتیا ولرو کوم چې تاسې او ستاسې خاندان پېژني. د دې فورمې لاسلیک کولو له لارې تاسې د DSHS او هغه اژانسو او وګړو ته پرېښلنه ورکړئ چې لاندې نوملړ کې ورکړل شوي دي چې ستاسې په اړه سرې مالومات وکاروي او نورو سره یې شریک کړي. DSHS نشي کولی چې تاسې ته له ګټو څخه انکار وکړي که چیرې تاسې دا فورمه لاسلیک نه کړئ ترڅو ستاسې د وړتیا مالومولو لپاره ستاسې رضایت اړین وي. که چیرې تاسې دا فورمه لاسلیک نه کړئ، DSHS بیا هم باید کولی شي ستاسې په اړه تر هغه حده مالومات شریکولی شي چې د قانون له مخه پرېښلنه لري. که چیرې تاسې په دې اړه کومې پوښتنې لرئ چې DSHS څرګند د موکل سره سرې مالومات یا ستاسې د ستر حقوق شریکوي، نو مهرباني وکړئ د DSHS د ستر تمریناتو خبرتیا سره سلا وکړئ یا له هغه چا پوښتنه وکړئ چې دا فورمه تاسې ته درکوي.

د موکل پېژندګلو:		
د پېژندګلو شمېره	د زېږد نېټه	نوم
ادرس	ښار	ایالت
نور مالومات	تېلېفوني شمېره (د سیمې شفر ورسره ولیکئ)	

رضایت:

زه په DSHS کې د خپل خان په اړه د سرې مالوماتو کارولو رضایت لرم چې زما لپاره یا د قانون له خوا پرېښلنه کړل شوي نورو موخو لپاره خدمتونه، تداوی، تادیې، او ګټې پلان، وړاندې، او منسجم کړي. زه وړاندې د DSHS او لاندې په نوملړ کې ورکړل شوي اژانسو، وړاندې کوونکو، یا تنانو ته دا پرېښلنه ورکوم چې زما سرې مالومات وکاروي او د دغې موخو لپاره د یو بل ته ښکاره کړي. دا مالومات په زیاتې توګه یا د کمپیوټري ډیټا انتقال، برېښنالیک، یا لاسي ورکولو له لارې شریکېدلای شي.

مهرباني وکړئ لاندې واره هغه انتخاب کړئ کوم چې په دې رضایت کې ګډ دي برسيره پر DSHS او په نامه او ادرس یې پېژندګلو وکړئ:

روغتیایي پاملرنه وړاندې کوونکي:

ذهني روغتیایي پاملرنه وړاندې کوونکي:

د کیمیايي تابعیت خدمت وړاندې کوونکي:

د DSHS نور قراردادي وړاندې کوونکي:

د کور ورکولو پروګرام:

د ښوونځای ناحیې یا پوهنځای:

د سمونې څانګه:

د استخدام د امنیت څانګه او د دې د استخدام ونډه وال:

د ټولنیز امنیت اداره یا بل کوم فیدرالي اژانس:

دې سره ورکړل شوی نوملړ وګورئ

بل کوم:

زه لاندې ورکړل شويو یادښتونو او مالوماتو شریکولو لپاره پرېښلنه ورکوم او رضایت لرم (هغه واره انتخاب کړئ چې اړوند وي):

زما د موکل ټول یادښتونه

پر ورکړل شوي نوملړ یادښتونه

یوازې دا لاندې ورکړل شوي یادښتونه

خانداني، ټولنیز او د استخدام تاریخ

د تادیې یادښتونه

بل (نوملړ):

د روغتیایي پاملرنې مالومات

انفرادي ارزونې

د تداوی یا پاملرنې پلانونه

ښوونځای، زده کړه، او روزنه

مهرباني وکړئ پام وکړئ: که چیرې ستاسې د موکل یادښتونه په لاندې ورکړل شويو مالوماتو کې کوم ولري، نو تاسې باید د دغه یادښتو شاملولو لپاره دا برخه هر ورومرو بشپړ کړئ.

زه د لاندې ورکړل شويو یادښتونو په ډاګه کولو لپاره خپله پرېښلنه ورکوم (هغه واره انتخاب کړئ چې اړوند وي):

ذهني روغتیا

HIV/AIDS او د STD ازموینې پایلې، تشخیص، یا تداوی

د کیمیايي تابعیت (CD) خدمتونه

- دا رضایت قانوني دی لپاره د یو کال تر څو DSHS یادښتونه اړتیا لري، یا تر (نېټه یا پېښه).
- زه کولی شم چې څه وخت هم په لیکلې بڼه کې دا رضایت لغو کړم یا یې بیرته واخلم، خو دغه باید په هغه مالوماتو اغېز ونکړي کوم چې له مخه شریک کړل شوي دي.
- زه پوهېږم چې د دې رضایت ترمخه شریک کړل شوي مالومات باید د هغه قانونو ترمخه نور خوندي نه وي کوم چې د DSHS سره اړوند وي.
- د دې فورمې یو نقل قانوني دی د دې لپاره چې د یادښتونو شریکولو لپاره زما پرېښلنه ورکړي.

نېټه	د اژانس تماس/د شاهد لاسلیک	نېټه	لاسلیک
نېټه	تېلېفوني شمېره (د سیمې شفر ورسره شامل کړئ)	والدین یا د بل کوم نماینده لاسلیک (که چیرې اړوند وي)	

که چیرې زه د دې یادښتونو فاعل نه يم، زه د لاسلیک کولو پرېښلنه لرم ځکه چې زه يم: (د واکمنی ثبوت ورسره شامل کړئ)

والدین قانوني پاملرنه کوونکی (د محکمې امر ورسره شامل کړئ) شخصي نماینده بل کوم:

د مالوماتو تر لاسه کوونکی ته خبرتیا: که چیرې دا یادښتونه د HIV، STDs، یا AIDS په اړه کوم مالومات لري، تاسې باید د موکل د تخصیصي پرېښلنه پرته دغه مالومات وړاندې څرګند نه کړئ. که چیرې تاسې د موکل د موخدره موادو یا د الکولو د ناوړه کارونې مالومات تر لاسه کړي وي، نو د 42 CFR 2.32 ترمخه تاسې باید هر ورومرو دا لاندې ورکړل شوی بیان شامل کړئ کله چې وړاندې مالومات څرګندوئ:

دا مالومات تاسې ته له هغه یادښتونو څرګند کړل شوي دي کوم چې د فیدرالي اعتمادیت قاعدو (42 CFR برخه 2) ترمخه خوندي دي. فیدرالي قاعدې تاسې د دې مالوماتو له وړاندې څرګندولو څخه منع کوي ترڅو د وړاندې څرګندونې پرېښلنه په ښکاره توګه د هغه نن د لیکل شوي رضایت له لارې شوي وي د چا سره چې دا تړاو لري یا د 42 CFR برخه 2 ترمخه پرېښلنه تر لاسه وي. د رسنیو یا بل رقم مالوماتو په ډاګه کولو لپاره عمومي پرېښلنه د دې موخې لپاره بسیا نه ده. فیدرالي قاعدې د الکولو یا موخدره موادو ناوړه کارونکي ناروغ جنایي پلټنې کولو یا خورولو لپاره د دې مالوماتو کومې کارونې مخنیوی کوي.

د رضایت فورمی بشپړولو لپاره لارښوونې

موخه: دا فورمه وکاروئ کله چې تاسې په DSHS کې دننه د کوم موکل په اړه د اعتمادی مالوماتو په دوامداره توګه کارولو لپاره رضایت ته اړتیا لرئ یا دغه مالوماتو نورو اژانسو ته د خدمتو انسجامولو یا تداوی، تادیبې یا د اژانس د فعالیت لپاره څرګندوئ یا د نورو موخو لپاره چې د قانون تر مخه منل شوي وي. موکلان هغه تنان دي چې د DSHS له خوا ګټې یا خدمتونه ترلاسه کوي.

کارونه: که امکان وي دا فورمه د اسانتیا لپاره په الیکټرونیکي توګه ډکه کړئ. په ګډون د کوچنیانو، هر تن لپاره باید جلا فورمه بشپړ کړل شي. په دې لارښوونو کې "تاسې" څخه مراد د DSHS کارکوونکی دی او "تاسې" څخه په دې فورمه کې مراد موکل دی. د یادابنتو شریکولو کې د موکل په اړه د اعتمادی مالوماتو کارونه او څرګندونه شامله ده.

د فورمی برخې:

پېژندنه:

- **نامه:** په هره فورمه یوازې د یو موکل نامه وړاندې کوی. هغه پخوانی نامې پکې شامل کړئ کومې چې موکل د خدمتو ترلاسه کولو پرمهال باید کارولې وي.
- **د زېږد نېټه:** له هغه تنانو څخه د موکل د پېژندلو لپاره اړینه ده چې ورته نامې لري.
- **د پېژندنې شمېره:** د موکل د پېژندنې یوه شمېره یا بل کوم پېژندونکی وړاندې کړئ لکه د ټولنیز امنیت شمېره (اړینه نه ده) د دې لپاره چې د یادابنتو په پېژندو او د تاریخ او ترلاسه شویو خدمتو په منډ اخیستلو کې مرسته وکړي.
- **ادرس او تېلېفون:** اضافي مالومات باید د موکل په مالوماتو او پېژندلو یا اړیکه نیولو کې مرسته وکړي.
- **نور:** په دې بوکسه کې هغه اضافي مالومات شامل کړئ کوم چې د هغه مالوماتو په درک کولو کې باید مرسته وکړي کوم چې باید شاملې وي د DSHS داسې برخې چې په خدمتو کې بوخت وي، د کورنۍ د غړیو نامې، یا نور کوم اړوند مالومات.

رضایت (پرېښه):

- **اژانسونه یا تنان چې یادابنتونه لیشوي:** د موکل له خوا د دې فورمی بشپړونه په ګرد DSHS کې دننه د اعتمادی مالوماتو کارونې او شریکونې پرېښه ورکوي. DSHS باید د دې وړتیا ولري چې په نوملړ کې ورکړل شویو بهرنیو اژانسو یا تنانو ته اعتمادی مالومات څرګند کړي یا له هغوی ترلاسه کړي. که امکان ولري نو د اژانسو یا وړاندې کوونکو په اړه د پېژندنې مالومات وړاندې کړئ په ګډون د نامې، ادرس یا ځای. تاسې باید د هغه اژانسو یو نوملړ ورسره شامل کړئ کوم چې د هغه مالوماتو شریکولو پرېښه لري چې موکل یې باید هر ورو هم لاسلیک کړي.
- **شامل کړل شوي مالومات:** موکلان باید دا ښکاره کړي چې کوم یادابنتونه د رضایت تر مخه شامل دي. موکلان باید ټول یادابنتونه وړاندې کړي یا شامل کړل شوي یادابنتونه د یادابنت د نېټې، ډول یا زېرمې تر مخه محدود کړي. که چیرې یو موکل کوم رضایت لاسلیک نه کړي یا کوم ځانګړی یادابنت تشخیص نه کړي، د دغه یادابنت شریکول به بیا هم جایز وي که د قانون له مخه پرېښه ورکړل شوي وي. تاسې کولی شئ چې د شامل کړل شویو یادابنتو یو نوملړ ورکړئ کوم چې باید موکل هر ورو لاسلیک کړي. که چیرې کوم یادابنت کې د ذهني روغتیا (RCW 71.05.620)، HIV/AIDS، یا د STD د ازموینې یا تداوی (RCW 70.02.220)، یا د موخدره موادو او الکولو د خدمتو (42 CFR 2.31(a)(5)) په اړه کوم مالومات شامل وي، نو موکل باید دغه ساحې په ځانګړي ډول په نښه کړي د دې لپاره چې د دغه یادابنتو د شریکولو لپاره پرېښه ورکړي. دا فورمه د 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) تر مخه قانوني نه ده چې د عصبي ناروغۍ یادونې شامل کړي او د دغه یادابنتو شاملولو لپاره باید هر ورو یوه جلا فورمه بشپړ کړل شي.
- **موډه:** د رضایت لپاره د خلاصېدنې یوه نېټه شامله کړئ کوم چې ستاسې د پروګرام موخې بشپړوي یا څرنگه چې د قانون له مخه ورکړل شوي وي.
- **پوهه:** یقیني کړئ چې موکل په دې پوهه وي چې کوم رقم پرېښه ورکول کېږي او مالومات به څرنگه او ولې شریک کړل کېږي. که اړتیا وي، نو یو ژباړه شوې فورمه او ژباړونکی وکاروئ یا فورمه په لور غږ کې ولولئ. که چیرې موکل لا نورو مالوماتو ته اړتیا لري، نو د DSHS د ستر د تمریناتو خبرتیا یوه اضافي نقل وړاندې کړئ یا دغه موکل ستا د پوښت لپاره د عامه څرګندونې چارواکي ته ولېږئ.

لاسلیکونه:

- **موکل:** دا بوکسه د یوه موکل یا د رضایت له عمره (13) د ذهني روغتیا او موخدره موادو او الکولو د خدمتو لپاره، 14 د HIV/AIDS او نورو STDs لپاره؛ د زېږد کنټرول کولو او سپیازېدو لپاره هر یو عمر؛ 18 د روغتیايي پاملرنې او نورو یادابنتو لپاره) لپاسه کوچني څخه لاسلیک کړئ او د لاسلیک کولو نېټه ولیکئ. موکل کولی شي چې په دې بوکسه کې د لاسلیک پرځای یو نښان وکړي د کوم چې تاسې شاهدي کوئ.
- **د اژانس تمایس یا شاهد:** تاسې باید په دې بوکسه کې لاسلیک وکړئ که چیرې تاسې موکل ته د دې فورمی وړاندې کوونکي او توضیح کوونکي یئ. مهرباني وکړئ خپل تېلېفوني شمېره شامله کړئ. که چیرې یو موکل دا فورمه د دندې له ځایه لیرې لاسلیک کوي، نو موکل ته لارښوونه وکړئ چې په دې بلاک کې له شاهد څخه لاسلیک وکړي او تېلېفوني شمېره ورکړي. کاتب د موکل د لاسلیک د شاهد په توګه خدمت ترسره کولی شي.
- **والدین یا بل کوم نماینده:** که چیرې موکل د رضایت له عمره لاندې کوچنی وي، نو والدین یا پاملرنه کوونکی باید لاسلیک وکړي. که چیرې کوچنی د شریکولو د وړو یادابنتو لپاره د رضایت په عمر پوره نه وي، نو کوچنی او والدین دواړه باید هر ورو لاسلیک وکړي. که چیرې موکل په قانوني توګه ناوړه اعلان شوی وي، نو د محکمې له خوا ټاکل شوی پاملرنه کوونکی باید هر ورو لاسلیک وکړي او د ټاکنې د امر یو نقل باید وړاندې کړي. که چیرې کوم تن په بل صلاحیت کې لاسلیک کوي (په ګډون د هغه تن چې د وکالت اختیار ولري یا د شتمنی نماینده)، نو "other" ته نښان ولګوئ او د دغه عمل کولو قانوني پرېښلی یو نقل ترلاسه کړئ. هغه تن چې لاسلیک کوي باید د لاسلیک نېټه ولیکي او تېلېفوني شمېره یا تماسي مالومات ورکړي.