Washington State
Department of Social & Health Services
Transforming lives

ਸਹਿਮਤੀ
CONSENT

ਕਲਾਇੰਟਾਂ ਲਈ ਨੋਟਿਸ: The Department of Social and Health Services (ਸਮਾਜਕ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਵਿਭਾਗ - DSHS) ਤੁਹਾਡੀ ਬਿਹਤਰ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜੇ ਅਸੀਂ, ਹੋਰਨਾਂ ਉਹਨਾਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਅਤੇ ਪੇਸ਼ੇਵਰਾਂ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰ ਸਕੀਏ, ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨੂੰ ਜਾਣਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਕੇ ਤੁਸੀਂ DSHS ਅਤੇ ਹੇਠਾਂ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਅਤੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਬਾਰੇ ਰਾਜ਼ਦਾਰੀ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਸਾਂਝਿਆਂ ਕਰਨ ਦੀ ਮੰਜ਼ੂਰੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ DSHS ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਾਭਾਂ ਤੋਂ ਮਨ੍ਹਾ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੀ, ਬਸ਼ਰਤੇ ਜਦ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾਉਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦੀ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ DSHS ਕਾਨੂੰਨ ਵਲੋਂ ਮੰਜ਼ੂਰੀ ਦੀ ਹੱਦ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। DSHS ਕਲਾਇੰਟ ਦੀ ਰਾਜ਼ਦਾਰੀ ਵਾਲੀ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਸਾਂਝਿਆਂ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਰਾਜ਼ਦਾਰੀ ਦੇ ਹੱਕਾਂ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸੁਆਲ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ DSHS ਦੇ ਰਾਜ਼ਦਾਰੀ ਬਾਰੇ ਨੋਟਿਸ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹੋ ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਨੂੰ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਤੋਂ ਪੁੱਛੋ।

ਕਲਾਇੰਟ ਦੀ ਸ਼ਨਾਖਤ:

ਨਾਂ		ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	ਸ਼ਨਾਖ਼ਤ ਨੰਬਰ
ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ
ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ (ਏਰੀਆ ਕੋਡ ਸਮੇਤ)	ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ		

ਸਹਿਮਤੀ:

ਮੈਂ DSHS ਦੇ ਅੰਦਰ, ਮੇਰੇ ਲਈ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ, ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਦਾ ਤਾਲਮੇਲ ਕਰਨ, ਇਲਾਜ, ਭੁਗਤਾਨ ਅਤੇ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਹੇਠ ਮਾਨਤਾਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਰਨਾਂ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਬਾਰੇ ਰਾਜ਼ਦਾਰੀ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਇਸਤੋਂ ਅੱਗੇ DSHS ਅਤੇ ਹੇਠਾਂ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਏਜੰਸੀਆਂ, ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ, ਮੇਰੀ ਰਾਜ਼ਦਾਰੀ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਇੱਕ ਦੂਜੇ ਨੂੰ ਦੱਸਣ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੌਖਿਕ ਜਾਂ ਕੰਪਿਊਟਰ ਰਾਹੀਂ ਅੰਕੜੇ ਭੇਜਕੇ, ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਜਾਂ ਦਸਤੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦੇ ਕੇ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿਤੇ ਗਏ ਸਾਰਿਆਂ, ਜਿਹਨਾਂ ਨੂੰ DSHS ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਸਹਿਮਤੀ ਵਿਚ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੋ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਨਾਂ ਅਤੇ ਪਤੇ ਰਾਹੀਂ ਸ਼ਨਾਖ਼ਤ ਕਰੋ:

- ☐ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਵਾਲੇ: ____
- ☐ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਵਾਲੇ: ____
- ☐ ਰਸਾਇਣਕ ਨਿਰਭਰਤਾ ਵਾਲੀ ਸੇਵਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਵਾਲੇ: ____
- ☐ DSHS ਲਈ ਠੇਕੇ 'ਤੇ ਹੋਰ ਸੇਵਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਵਾਲੇ: ____
- ☐ ਹਾਊਸਿੰਗ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ: ____
- ☐ ਸਕੂਲ ਜ਼ਿਲ੍ਹੇ ਜਾਂ ਕਾਲਿਜ: ____
- ☐ ਸੁਧਾਈਆਂ ਬਾਰੇ ਵਿਭਾਗ: ____
- ☐ Employment Security Department [ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਸੁਰੱਖਿਆ ਵਿਭਾਗ] ਜਾਂ ਇਸਦੇ ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਭਾਈਵਾਲ: ____
- ☐ ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨ ਜਾਂ ਹੋਰ ਫ਼ੈਡਰਲ ਏਜੰਸੀ: ____
- ☐ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਸੂਚੀ ਵੇਖੋ
- ☐ ਹੋਰ:

ਮੈਂ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਰਿਕੱਾਰਡ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸਾਂਝਿਆਂ ਕਰਨ ਦਾ ਹੱਕ ਅਤੇ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ (ਜੋ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਉਹਨਾਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ):

- ☐ ਮੇਰੇ ਸਾਰੇ ਕਲਾਇੰਟਸ ਦੇ ਰਿਕੱਾਰਡ
- ☐ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਸੂਚੀ 'ਤੇ ਰਿਕੱਾਰਡ
- ☐ ਸਿਰਫ਼ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਰਿਕੱਾਰਡ
  - ☐ ਪਰਿਵਾਰ, ਸਮਾਜਕ ਅਤੇ ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਇਤਿਹਾਸ
  - ☐ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਜਾਣਕਾਰੀ
  - ☐ ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਸੰਭਾਲ ਯੋਜਨਾਵਾਂ
  - ☐ ਭੁਗਤਾਨ ਰਿਕੱਾਰਡ
  - ☐ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਜਾਇਜ਼ੇ
  - ☐ ਸਕੂਲ, ਸਿਖਿਆ ਅਤੇ ਸਿਖਲਾਈ
  - ☐ ਹੋਰ (ਸੂਚੀ):

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਲਾਇੰਟ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ ਵਿਚ ਹੇਠ ਲਿਖੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿਚੋਂ ਕੋਈ ਸ਼ਾਮਿਲ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਰਿਕਾਰੱਡਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰਕੇ ਇਸ ਸੈਕਸ਼ਨ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਮੈਂ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਸਾਰੇ ਰਿਕਾਰੱਡਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਗਟ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ (ਜੋ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਉਹਨਾਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ):

☐ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ☐ HIV/AIDS ਅਤੇ STD ਟੈਸਟ ਨਤੀਜੇ, ਰੋਗ ਨਿਦਾਨ, ਜਾਂ ਇਲਾਜ ☐ ਰਸਾਇਣਕ ਨਿਰਭਰਤਾ (CD) ਸੇਵਾਵਾਂ

- **ਇਹ ਸਹਿਮਤੀ ਏਨੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਹੈ ਵੈਲਡ ☐ ਇੱਕ ਸਾਲ ☐ ਜਦ ਤੱਕ DSHS ਨੂੰ ਰਿਕਾੱਰਡਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਜਾਂ ☐ ਤੱਕ ____ (ਤਾਰੀਖ਼ ਜਾਂ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ)।**
- **ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿਚ ਇਸ ਸਹਿਮਤੀ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਜਾਂ ਵਾਪਸ ਲੈ ਸਕਦਾ ਹਾਂ, ਪਰ ਇਸ ਨਾਲ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੇ ਕੋਈ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਏਗਾ।**
- **ਮੈਂ ਇਸ ਗਲ ਨੂੰ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਸਹਿਮਤੀ ਤਹਿਤ ਸਾਂਝੇ ਕੀਤੇ ਗਏ ਰਿਕਾਰਡ DSHS ਤੇ ਲਾਗੂ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਤਹਿਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਦੇਰ ਤੱਕ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਨਹੀਂ ਰਹਿ ਸਕਦੇ।**
- **ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਦੀ ਕਾੱਪੀ ਰਿਕਾਰਡ ਸਾਂਝੇ ਕਰਨ ਲਈ ਮੇਰੇ ਵਲੋਂ ਦਿਤੀ ਗਈ ਇਜਾਜ਼ਤ ਲਈ ਵੈਲਡ ਹੈ।**

ਦਸਤਖ਼ਤ	ਤਾਰੀਖ਼	ਏਜੰਸੀ ਸੰਪਰਕ/ਗਵਾਹ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ	ਤਾਰੀਖ਼
ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਹੋਰ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੈ)		ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ (ਏਰੀਆ ਕੋਡ ਸਮੇਤ)	ਤਾਰੀਖ਼

ਮੈਂ ਰਿਕਾੱਰਡਾਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਨਹੀਂ ਹਾਂ, ਮੈਨੂੰ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਖ਼ਤਿਆਰ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਮੈਂ ਹਾਂ: (ਅਖ਼ਤਿਆਰ ਸਬੂਤ ਲਾਓ)

☐ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ☐ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ (ਅਦਾਲਤ ਦਾ ਆਦੇਸ਼ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕਰੋ) ☐ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ☐ ਹੋਰ:

ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਲਈ ਨੋਟਿਸ: **ਜੇ ਇਹਨਾਂ ਰਿਕਾੱਰਡਾਂ ਵਿਚ ਜਾਂ HIV, STDs, ਜਾਂ AIDS ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਕਲਾਇੰਟ ਦੀ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਆਗਿਆ ਤੋਂ ਬਿਨਾ ਹੋਰ ਇੰਕਸ਼ਾਫ਼ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ।** ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਲਾਇੰਟ ਵਲੋਂ **ਨਸ਼ੀਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਜਾਂ ਸ਼ਰਾਬ ਦੀ ਕੁਵਰਤੋਂ** ਸਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮਿਲੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਵਿਚ ਹੇਠ ਲਿਖਿਆ ਕਥਨ ਜ਼ਰੂਰ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੋਰ ਅੱਗੇ ਦੱਸਣਾ 42 CFR 2.32 ਹੇਠ ਲੋੜੀਂਦਾ ਹੋਵੇ:

> ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਫ਼ੈਡਰਲ ਰਾਜ਼ਦਾਰੀ ਨੇਮਾਂ (42 CFR ਹਿੱਸਾ 2) ਹੇਠ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰਿਕਾੱਰਡਾਂ ਰਾਹੀਂ ਦਿਤੀ ਗਈ ਹੈ। ਫ਼ੈਡਰਲ ਨੇਮ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਰੂਪ ਵਿਚ ਅੱਗੇ ਦੱਸੇ ਜਾਣ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ 'ਤੇ ਪਾਬੰਦੀ ਲਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਬਸ਼ਰਤੇ ਕਿ ਅੱਗੇ ਦੱਸਣ ਦਾ ਅਮਲ, ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਜਿਸ ਬਾਰੇ ਕਿ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ, ਦੀ ਲਿਖਤੀ ਸਹਿਮਤੀ ਜਾਂ ਇਸਤੋਂ ਇਲਾਵਾ 42 CFR ਹਿੱਸਾ 2 ਵਲੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਸਬੰਧੀ ਆਗਿਆ ਮਿਲੀ ਹੋਵੇ। ਇਸ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਮੈਡੀਕਲ ਜਾਂ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਇਕ ਆਮ ਅਖ਼ਤਿਆਰ ਕਾਫ਼ੀ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਫ਼ੈਡਰਲ ਨੇਮਾਂ ਹੇਠ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨੂੰ ਮੁਜਰਮਾਨਾ ਪੜਤਾਲ ਜਾਂ ਸ਼ਰਾਬ ਜਾਂ ਨਸ਼ੀਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਮਰੀਜ਼ 'ਤੇ ਮੁਕਦਮਾ ਚਲਾਉਣ ਲਈ ਵਰਤੇ ਜਾਣ 'ਤੇ ਪਾਬੰਦੀ ਹੈ।

ਸਹਿਮਤੀ ਫ਼ਾਰਮ ਨੂੰ ਮੁਕੰਮਲ ਕਰਨ ਲਈ ਹਿਦਾਇਤਾਂ

ਉਦੇਸ਼: ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ DSHS ਦੇ ਅੰਦਰ ਇੱਕ ਕਲਾਇੰਟ ਬਾਰੇ ਲਗਾਤਾਰ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਰਾਜ਼ਦਾਰੀ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਲਗਾਤਾਰ ਵਰਤੋਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਜਾਂ ਉਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਤਾਲਮੇਲ ਲਈ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਭੁਗਤਾਨ ਜਾਂ ਏਜੰਸੀ ਕਾਰਵਾਈਆਂ ਲਈ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਵਲੋਂ ਮਾਣਤਾਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਰਨਾਂ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਹੋਰਨਾਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ। ਕਲਾਇੰਟਸ, DSHS ਤੋਂ ਲਾਭ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਾਸਿਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਹਨ।

ਵਰਤੋਂ: ਜੇ ਸੰਭਵ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਪੜ੍ਹਨ ਦੀ ਅਸਾਨੀ ਲਈ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਨੂੰ ਇਲੈਕਟ੍ਰੌਨਿਕ ਰੂਪ ਵਿਚ ਭਰੋ, **ਬੱਚਿਆਂ ਸਮੇਤ ਹਰੇਕ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਵੱਖਰੇ ਫ਼ਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਿਆ ਜਾਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।** ਹਿਦਾਇਤਾਂ ਵਿਚ "ਤੁਸੀਂ" ਦਾ ਹਵਾਲਾ DSHS ਮੁਲਾਜ਼ਮ ਲਈ ਹੈ ਅਤੇ ਫ਼ਾਰਮ ਤੇ "ਤੁਸੀਂ" ਦਾ ਅਰਥ ਕਲਾਇੰਟ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਹੈ। ਰਿਕੌਰਡਾਂ ਦੀ ਸਾਂਝ ਵਿਚ ਇੱਕ ਕਲਾਇੰਟ ਬਾਰੇ ਰਾਜ਼ਦਾਰੀ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਦੱਸਣਾ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹਨ।

ਫ਼ਾਰਮ ਦੇ ਹਿੱਸੇ:

ਸ਼ਨਾਖ਼ਤ:

- ਨਾਂ: ਹਰੇਕ ਫ਼ਾਰਮ ਤੇ ਸਿਰਫ਼ ਇੱਕ ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਨਾਂ ਦਿਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਇਥੇ ਪੁਰਾਣੇ ਨਾਂ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲੈਣ ਲੱਗਿਆਂ ਕਲਾਇੰਟ ਨੇ ਵਰਤਿਆ ਹੋਵੇ, ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰੋ।
- ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ਼: ਇਕੋ ਜਿਹੇ ਨਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਵਿਚੋਂ ਕਲਾਇੰਟ ਦੀ ਸ਼ਨਾਖ਼ਤ ਕਰਨ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੀ ਹੈ।
- ਸ਼ਨਾਖ਼ਤ ਨੰਬਰ: ਰਿਕੌਰਡਾਂ ਦੀ ਸ਼ਨਾਖ਼ਤ ਅਤੇ ਪਿਛੋਕੜ ਬਾਰੇ ਪਤਾ ਲਾਉਣ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿਚ ਮਦਦ ਲਈ ਕਲਾਇੰਟ ਸ਼ਨਾਖ਼ਤੀ ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਸ਼ਨਾਖ਼ਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਹੋਰ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਇੱਕ ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ (ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਹੀਂ) ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੋ।
- ਪਤਾ ਅਤੇ ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ: ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਜੋ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਸਲਾਹ ਅਤੇ ਸ਼ਨਾਖ਼ਤ ਕਰਨ ਵਿਚ ਮਦਦ ਕਰੇਗੀ।
- ਹੋਰ: ਇਸ ਬੌਕਸ ਵਿਚ ਕੋਈ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰੋ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਰਿਕੌਰਡਾਂ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾਉਣ ਵਿਚ ਮਦਦ ਮਿਲਦੀ ਹੋਵੇ, ਜਿਹਨਾਂ ਵਿਚ DSHS ਦੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇਣ ਵਿਚ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹਿੱਸੇ , ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੇ ਨਾਂ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸਬੰਧਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੋਵੇ।

ਸਹਿਮਤੀ (ਅਖ਼ਤਿਆਰ):

- ਏਜੰਸੀਆਂ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਵਲੋਂ ਰਿਕੌਰਡਾਂ ਦਾ ਆਦਾਨ ਪ੍ਰਦਾਨ: ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਨੂੰ ਕਲਾਇੰਟ ਵਲੋਂ ਮੁਕੰਮਲ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਨਾਲ ਸਾਰੇ DSHS ਅੰਦਰ ਰਾਜ਼ਦਾਰੀ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਸਾਂਝ ਦੀ ਮੰਜ਼ੂਰੀ ਹੋਏਗੀ। DSHS, ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਬਾਹਰ ਦੀਆਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਤੋਂ ਰਾਜ਼ਦਾਰੀ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਸਾਂਝਿਆਂ ਕਰ ਸਕੇਗਾ। ਏਜੰਸੀਆਂ ਜਾਂ ਸੇਵਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਬਾਰੇ ਸ਼ਨਾਖ਼ਤ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਾਂ, ਪਤਾ ਜਾਂ ਜੇ ਸੰਭਵ ਹੋਵੇ ਸਥਾਨ ਸਮੇਤ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਸੂਚਨਾ ਨੂੰ ਸਾਂਝਿਆਂ ਕਰਨ ਦੀ ਮੰਜ਼ੂਰੀ ਵਾਸਤੇ ਏਜੰਸੀਆਂ ਦੀ ਇੱਕ ਸੂਚੀ ਵੀ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਸ ਤੇ ਕਲਾਇੰਟ ਵਲੋਂ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹਨ।
- ਸ਼ਾਮਿਲ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ: ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਇਹ ਦਸਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸਹਿਮਤੀ ਹੇਠ ਕਿਹੜੇ ਰਿਕੌਰਡਾਂ ਨੂੰ ਲਿਆਂਦਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਕਲਾਇੰਟ ਸਾਰੇ ਰਿਕੌਰਡਾਂ ਨੂੰ ਉਪਲਬਧ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਰਿਕੌਰਡ ਨੂੰ ਤਾਰੀਖ਼, ਕਿਸਮ ਜਾਂ ਰਿਕੌਰਡ ਦੇ ਸ੍ਰੋਤ ਰਾਹੀਂ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰਕੇ ਸੀਮਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਇੱਕ ਕਲਾਇੰਟ ਸਹਿਮਤੀ ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਜਾਂ ਇੱਕ ਖ਼ਾਸ ਰਿਕੌਰਡ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਦਸਦਾ, ਤਾਂ ਉਸ ਰਿਕੌਰਡ ਨੂੰ ਹਾਲੇਂ ਵੀ, ਜੇ ਕਾਨੂੰਨ ਹੇਠ ਮੰਜ਼ੂਰੀ ਹੋਏ, ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਸਾਂਝਿਆਂ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕੀਤੇ ਗਏ ਰਿਕੌਰਡ ਦੀ ਇੱਕ ਸੂਚੀ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਸ ਤੇ ਵੀ ਕਲਾਇੰਟ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਹੋਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਕਿਸੇ ਰਿਕੌਰਡ ਵਿਚ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ (RCW 71.05.620), HIV/AIDS ਜਾਂ STD ਟੈਸਟਿੰਗ ਜਾਂ ਇਲਾਜ (RCW 70.02.220), ਜਾਂ ਨਸ਼ੀਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਸ਼ਰਾਬ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ (42 CFR 2.31(a)(5)) ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੋਏ, ਤਾਂ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਰਿਕੌਰਡਾਂ ਨੂੰ ਸਾਂਝਿਆਂ ਕਰਨ ਲਈ ਮੰਜ਼ੂਰੀ ਦੇਣ ਵਾਸਤੇ ਇਹਨਾਂ ਖੇਤਰਾਂ ਤੇ ਖ਼ਾਸ ਤੌਰ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਉਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਫ਼ਾਰਮ 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) ਤਹਿਤ ਸਾਈਕੋਥਿਰੈਪੀ ਨੋਟਸ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਵੈਧ ਨਹੀਂ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਰਿਕੌਰਡਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰਨ ਲਈ ਇੱਕ ਵੱਖਰਾ ਫ਼ਾਰਮ ਭਰਿਆ ਜਾਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।
- ਮਿਆਦ: ਸਹਿਮਤੀ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਪੂਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕਾਨੂੰਨ ਵਿਚ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੋਵੇ, ਦੇ ਖ਼ਤਮ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਆਦ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰੋ।
- ਸੂਝਬੂਝ: ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ ਕਿ ਕਲਾਇੰਟ ਇਸ ਗਲ ਨੂੰ ਸਮਝੇ ਕਿ ਕਿਸ ਗਲ ਦੀ ਮੰਜ਼ੂਰੀ ਦਿਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਹੈ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਅਤੇ ਕਿਉਂ ਸਾਂਝਾ ਕੀਤਾ ਜਾਏਗਾ। ਜੇ ਲੋੜ ਪਏ, ਤਾਂ ਇੱਕ ਅਨੁਵਾਦ ਕੀਤਾ ਹੋਇਆ ਫ਼ਾਰਮ ਅਤੇ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ ਜਾਂ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਨੂੰ ਜ਼ੋਰ ਜ਼ੋਰ ਦੀ ਪੜ੍ਹੋ। ਜੇ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ DSHS ਦੀ ਰਾਜ਼ਦਾਰੀ ਬਾਰੇ ਵਿਹਾਰਾਂ ਦੇ ਨੋਟਿਸ ਦੀ ਇੱਕ ਵਾਧੂ ਨਕਲ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੋ ਜਾਂ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਯੂਨਿਟ ਲਈ ਪਬਲਿਕ ਡਿਸਕਲੋਜ਼ਰ ਅਫ਼ਸਰ ਕੋਲ ਭੇਜਾਂਗੇ।

ਦਸਤਖ਼ਤ:

- ਕਲਾਇੰਟ: ਕਲਾਇੰਟ ਜਾਂ ਸਹਿਮਤੀ ਦੀ ਉਮਰ ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਾਲੇ ਬੱਚੇ (ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਸ਼ਰਾਬ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ 13 ਸਾਲ; 14 HIV/AIDS ਅਤੇ ਹੋਰਨਾਂ STD ਲਈ 14 ਸਾਲ; ਜਨਮ ਅਤੇ ਕੰਟਰੋਲ ਅਤੇ ਗਰਭਪਾਤ ਲਈ ਕੋਈ ਵੀ ਉਮਰ; ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੇ ਹੋਰਨਾਂ ਰਿਕੌਰਡਾਂ ਲਈ 18 ਸਾਲ), ਇਸ ਬੌਕਸ ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼ ਪਾਉਣ। ਕਲਾਇੰਟ, ਇਸ ਬੌਕਸ ਤੇ ਜਿਸ ਦੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਗਵਾਹ ਹੋ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਏਜੰਸੀ ਸੰਪਰਕ ਜਾਂ ਗਵਾਹ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਇਹ ਫ਼ਾਰਮ ਪੇਸ਼ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ ਅਤੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਦਸ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਬੌਕਸ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰੋਗੇ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ ਵੀ ਲਿਖੋ। ਜੇ ਕਲਾਇੰਟ ਇੱਕ ਕੰਮਕਾਜ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਦੂਰ, ਫ਼ਾਰਮ ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰੇਗਾ, ਤਾਂ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਹਿਦਾਇਤ ਦਿਓ ਕਿ ਉਹ ਇਸ ਬਲੌਕ ਵਿਚ ਗਵਾਹ ਤੋਂ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਵਾਏ ਅਤੇ ਇੱਕ ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੇ। ਕਲਾਇੰਟ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਲਈ ਇੱਕ ਨੋਟਰੀ ਪਬਲਿਕ ਗਵਾਹ ਦਾ ਕੰਮ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਹੋਰ ਨੁਮਾਇੰਦਾ: ਜੇ ਕਲਾਇੰਟ ਸਹਿਮਤੀ ਦੀ ਉਮਰ ਤੋਂ ਘਟ ਵਰ੍ਹਿਆਂ ਦਾ ਇੱਕ ਬੱਚਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਵਲੋਂ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕੀਤੇ ਜਾਣੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹਨ। ਜੇ ਬੱਚਾ ਸਾਂਝੇ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰੇ ਰਿਕੌਰਡਾਂ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦੀ ਉਮਰ ਤੇ ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਉਤਰਦਾ, ਤਾਂ ਬੱਚੇ ਅਤੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਦੋਹਾਂ ਵਲੋਂ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕੀਤੇ ਜਾਣੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹਨ। ਜੇ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਸਮਰੱਥ ਐਲਾਨਿਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਦਾਲਤ ਵਲੋਂ ਨਾਮਜ਼ਦ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਨੂੰ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਉਹ ਆਪਣੀ ਨਿਯੁਕਤੀ ਸਬੰਧੀ ਆਦੇਸ਼ ਦੀ ਇੱਕ ਨਕਲ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੇ। ਜੇ ਕੋਈ ਹੋਰ, ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਮਰੱਥਾ (ਪਾਵਰ ਅਟਾਰਨੀ ਵਾਲਾ ਇੱਕ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਇੱਕ ਹੋਰ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਸਮੇਤ) ਵਿਚ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰੇ ਤਾਂ ''ਹੋਰ'' ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਏ ਅਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਲਈ ਇੱਕ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਥਾਰਿਟੀ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾੱਪੀ ਹਾਸਿਲ ਕਰੋ। ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਵਲੋਂ, ਦਸਤਖ਼ਤ ਨਾਲ ਤਾਰੀਖ਼ ਅਤੇ ਇੱਕ ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਇੱਕ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਤੇ ਜਾਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।