

CONSENT/ CONSIMȚĂMÂNT

NOTĂ PENTRU CLIENȚI: Department of Social and Health Services (DSHS) vă poate ajuta mai bine dacă veți coopera cu alte agenții și specialiști care vă cunosc pe dumneavoastră și familia dumneavoastră. Prin semnarea acestui document, permiteți DSHS și agențiilor și persoanelor indicate mai jos să folosească și să împărtășească informații confidențiale despre dumneavoastră. DSHS nu vă poate refuza beneficiile dacă nu semnați acest formular, cu excepția cazului în care consimțământul dumneavoastră este necesar la determinarea beneficiilor dumneavoastră. Dacă nu semnați acest formular, DSHS poate totuși să împărtășească anumite informații în legătură cu dumneavoastră în limitele permise de lege. Dacă aveți întrebări în legătură cu modul în care DSHS împărtășește informațiile dumneavoastră sau cu drepturile dumneavoastră la confidențialitate, vă rugăm să consultați publicația DSHS Notice of Privacy Rights sau întrebați persoana care vă înmânează acest formular.

IDENTIFICAREA CLIENTULUI:			
NUMELE	DATA NAȘTERII	NUMĂRUL DE IDENTIFICARE	
ADRESA	LOCALITATEA	STATUL	ZIP CODE
NUMĂRUL DE TELEFON (INCLUDEȚI AREA CODE)	ALTE INFORMAȚII		
CONSIMȚĂMÂNT:			
<p>Sunt de acord cu împărtășirea informațiilor mele personale cu DSHS pentru a plăni, asigura, și coordona serviciile, tratamentul, plățile, și beneficiile în favoarea mea sau în orice alte scopuri autorizate prin lege. Permit în continuare DSHS și agențiilor, furnizorilor, sau persoanelor indicate mai jos, să folosească informațiile confidențiale și să le împărtășească între dânsii în acest scop. Informațiile pot fi împărtășite verbal sau prin transferul computerizat de date, prin poștă sau livrarea în persoană.</p> <p>Vă rugăm să verificați mai jos pe toți cei care sunt incluși în acest consimțământ împreună cu DSHS și să-i identificați după nume și adresă:</p> <p><input type="checkbox"/> Furnizori de Îngrijire a Sănătății: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Furnizori de Îngrijire a Sănătății Mintale: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Furnizori de Servicii pentru Dependeta Chimică: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Alți furnizori contractați de DSHS: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Programe pentru Locuințe: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Districte Școlare sau Colegii: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Department of Corrections: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Employment Security Department și partenerii săi pentru angajări: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Social Security Administration sau alte agenții federale: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vezi lista alăturată</p> <p><input type="checkbox"/> Alții: _____</p>			
<p>Autorizez și consimt la împărtășirea următoarelor date și informații (marcați tot ce se aplică):</p> <p><input type="checkbox"/> Toate datele mele de client</p> <p><input type="checkbox"/> Datele din lista alăturată</p> <p><input type="checkbox"/> Numai datele următoare</p> <p><input type="checkbox"/> Istoricul familiei, social și de muncă</p> <p><input type="checkbox"/> Înregistrarea plăților</p> <p><input type="checkbox"/> Altele (indicați): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Informații despre îngrijirea medicală</p> <p><input type="checkbox"/> Evaluări individuale</p> <p><input type="checkbox"/> Planuri de tratament sau îngrijire</p> <p><input type="checkbox"/> Școli, educație și pregătire</p>			
<p>OBSERVAȚI: Dacă datele dumneavoastră de client includ oricare dintre informațiile următoare, trebuie de asemenea să completați această parte pentru a include aceste informații.</p> <p>Îmi dau consimțământul la împărtășirea următoarelor informații (marcați tot ce se aplică):</p> <p><input type="checkbox"/> Sănătate mintală <input type="checkbox"/> Rezultatele testelor, diagnoze și tratament pentru HIV/AIDS și STD <input type="checkbox"/> Servicii pentru Dependență Chimică</p>			
<p>- Acest consimțământ este valabil pentru <input type="checkbox"/> un an <input type="checkbox"/> atâta timp cât DSHS are nevoie de date, sau <input type="checkbox"/> _____ până la (data sau evenimentul)</p> <p>- Pot să revoc sau să retrag acest consimțământ la orice data, în scris, dar aceasta nu va afecta niciuna din informațiile împărtășite deja până la data respectivă.</p> <p>- Înțeleg că datele împărtășite în cadrul acestui consimțământ nu mai pot fi protejate în cadrul legilor aplicabile la DSHS.</p> <p>- O copie a acestui formular este valabilă pentru permiterea împărtășirii datelor.</p>			
SEMNĂTURA	DATA	SEMNĂTURA CONTACTULUI/MARTORULUI AGENȚIEI	DATA
SEMNĂTURA PĂRINTELUI SAU A ALTUI REPREZENTANT (DACĂ ESTE CAZUL)		NUMĂRUL DE TELEFON (INCLUDEȚI AREA CODE)	DATA
<p>Dacă nu sunt subiectul datelor, sunt autorizat să semnez pentru că sunt: (atașați dovadă de autorizare)</p> <p><input type="checkbox"/> Părinte <input type="checkbox"/> Gardian Legal (atașați hotărârea judecătorească) <input type="checkbox"/> Reprezentant personal <input type="checkbox"/> Altele: _____</p>			

NOTĂ CĂTRE DESTINATARIILE INFORMAȚIILOR: Dacă aceste date conțin informații privitoare la HIV, STD, sau AIDS, nu aveți voie să înaintați mai departe aceste informații fără permisiunea expresă a clientului. Dacă ați primit informații referitoare la abuzul de droguri sau alcool de către client, trebuie să includeți următoarea declarație atunci când dezvăluiți aceste informații conform regulamentului 42 CFR 2.32:

Această informație a fost dezvăluită către dumneavoastră din datele protejate de regulamentul Federal asupra confidențialității (42 CFR part 2). Regulamentele Federale vă interzic să dezvăluiți mai departe această informație cu excepția cazului în care dezvăluirea este permisă în mod express prin consimțământul scris al persoanei la care se referă această informație sau permisă prin 42 CFR part 2. O autorizație generală pentru eliberarea de informații obișnuite sau de altă natură NU este suficientă în acest scop. Regulamentele Federale interzic orice utilizare a acestor informații pentru investigarea sau urmărirea penală a oricărui pacient al abuzului de alcool sau droguri.

INSTRUCȚIUNI PENTRU COMPLETAREA FORMULARULUI DE CONSIMȚĂMÎNTE

Scop: Folosiți acest formular atunci când aveți nevoie de consimțământ la folosirea informațiilor confidențiale pe bază continuă în legătură cu un client al DSHS sau pentru a dezvălui aceste informații altor agenții pentru coordonarea serviciilor sau pentru tratamentul, plata sau operațiile agențiilor sau în alte scopuri recunoscute de lege. Clienții sunt persoane care primesc beneficii sau servicii de la DSHS.

Utilizare: Completați acest formular electronic dacă este posibil, pentru ușurarea cititului. Un formular separat trebuie completat pentru fiecare persoană, incluzând copiii. "YOU" în instrucțiuni se referă la angajatul DSHS, iar "YOU" (Dumneavoastră) în formular se referă la client. Împărtășirea datelor include folosirea și dezvăluirea informațiilor confidențiale despre client.

Părțile Formularului:

IDENTIFICARE:

- **Numele:** Indicați numele unui singur client în fiecare formular. Includeți orice nume anterioare pe care clientul le-a folosit atunci când a primit servicii.
- **Data Nașterii:** Necesară la identificarea clientului față de persoanele cu nume similare.
- **Numărul de Identificare:** Indicați un număr de identificare al clientului sau alt număr de identificare, ca de exemplu social security number (nu este obligatoriu) pentru a ajuta la identificarea datelor, a istoricului și a serviciilor primite.
- **Adresa și Numărul de Telefon:** Informații suplimentare care pot ajuta la localizarea și identificarea sau contactarea clientului.
- **Alte:** Includeți aici orice informații suplimentare care pot ajuta la localizarea datelor care pot include ramuri ale DSHS implicate în servicii, numele membrilor de familie, sau alte informații relevante.

CONSIMȚĂMÎNTE (AUTORIZATIE):

- **Agențiile sau persoanele care vor schimba informații:** Completarea acestui formular de către client permite folosirea și împărtășirea informațiilor confidențiale în întregul departament DSHS. DSHS va putea dezvălui și primi informații confidențiale de la agențiile sau persoanele din afară indicate. Indicați informații de identificare despre agențiile sau furnizorii de servicii, incluzând numele, adresa și locul dacă este posibil. Puteți atașa deasemenea o listă a agențiilor cărora le este permis să împărtășească informațiile, pe care clientul trebuie deasemenea să o semneze.
- **Informații incluse:** Clienții trebuie să indice ce fel de date sunt acoperite de acest consimțământ. Clienții pot elibera toate informațiile sau pot limita datele incluse pe baza datei, tipului sau sursei datelor. Dacă clientul nu semnează un formular de consimțământ sau nu specifică o anumită informație, împărtășirea acelei informații poate fi totuși posibilă dacă este permisă prin lege. Puteți atașa o listă a datelor acoperite pe care clientul trebuie deasemenea să o semneze. Dacă oricare din informații include referințe la sănătate mintală (RCW 71.05.620), teste sau tratament pentru HIV/AIDS sau STD (RCW 70.02.220), sau servicii pentru abuzul de alcool sau droguri (42 CFR 2.31(a)(5)), clientul trebuie să le marcheze pe acestea în mod specific pentru a permite împărtășirea acestor date. Acest formular nu este valabil pentru includerea notelor de terapie psihiatrică în cadrul regulamentului 45 CFR 164.508(b)(3)(ii), un formular separat trebuie completat pentru a include aceste date.
- **Durată:** Includeți o dată pentru expirarea consimțământului care să servească scopul programului dumneavoastră sau conform prevederii legii.
- **Întelegere:** Asigurați-vă că clientul înțelege ce fel de permisiune a dat și cum și pentru ce vor fi împărtășite informațiile. Dacă este nevoie, folosiți un formular tradus și un interpret sau citiți formularul cu voce tare. Dacă clientul are nevoie de informații suplimentare, furnizați o copie suplimentară a DSHS Notice of Privacy Practices sau trimiteți clientul la "public disclosure officer" al unității dumneavoastră.

SEMNĂTURI:

- **Client:** Cereți clientului sau copilului deasupra vârstei legale de consimțământ (13 ani pentru serviciile de sănătate mintală sau alcool și droguri; 14 pentru HIV/AIDS și alte STD; orice vârstă pentru birth control și avorturi; 18 pentru îngrijire medicală și alte date) să semneze aici și să indice data semnăturii. Clientul poate să marcheze în locul pentru semnătură în prezența dumneavoastră.
- **Contactul sau Martorul Agenției:** Veți pune aici semnătura dumneavoastră dacă sunteți cel care prezintă sau explică formularul pentru client. Vă rugăm să includeți numărul dv. de telefon. Dacă clientul va semna formularul departe de oficiul dumneavoastră instruiți clientul să aibe un martor care să semneze aici și să indice numărul de telefon. Un notar public poate servi ca martor la semnătura clientului.
- **Părintele sau Alt Reprezentant:** Dacă clientul este un copil sub vârsta legală de consimțământ, un părinte sau un gardian trebuie să semneze. Dacă copilul nu întrunește vârsta de consimțământ pentru toate datele care urmează să fie împărtășite, atât copilul cât și părintele trebuie să semneze. Dacă clientul a fost declarat incompetent legal, gardianul desemnat de tribunal trebuie să semneze și să prezinte o copie de pe hotărârea judecătorească de desemnare. Dacă cineva semnează în altă capacitate (incluzând o persoană cu delegație - power of attorney, sau un reprezentant de avere – estate representative), marcați "alte" și obțineți o copie a autorizației legale de acțiune. Persoana care semnează trebuie să indice data semnăturii și un număr de telefon sau informații de contact.