

## РАЗРЕШЕНИЕ CONSENT

**ПРИМЕЧАНИЕ ДЛЯ КЛИЕНТОВ:** Департамент социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services, DSHS) сможет помочь вам более эффективно, если будет сотрудничать с другими организациями и профессиональными работниками, которые знают вас и вашу семью. Подписывая данную форму, вы даете разрешение департаменту DSHS, а также указанным ниже организациям и частным лицам, использовать и обмениваться конфиденциальной информацией о вас. В случае, если вы откажетесь подписать данную форму, департамент DSHS не может отказать вам в предоставлении льгот, за исключением случаев, когда ваше разрешение необходимо для установления вашего права на получение данных услуг. В случае отказа подписать данную форму департамент DSHS все же может предоставлять информацию о вас в пределах, установленных законом. Если у вас есть вопросы о том, каким образом департамент DSHS предоставляет конфиденциальную информацию о клиентах, или вопросы о ваших правах на конфиденциальность, пожалуйста, ознакомьтесь с Уведомлением о правилах соблюдения конфиденциальности департамента DSHS (DSHS Notice of Privacy Practices) или задайте вопросы сотруднику, выдавшему вам данную форму.

### ИНФОРМАЦИЯ О КЛИЕНТЕ:

ИМЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР	
АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ИНДЕКС
НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ КОД РАЙОНА)	ДРУГАЯ ИНФОРМАЦИЯ		

### РАЗРЕШЕНИЕ:

Я даю разрешение на использование конфиденциальной информации обо мне в рамках департамента DSHS для планирования, предоставления и координации услуг, лечения, платежей и льгот для меня, а также в иных целях, предусмотренных законом. Кроме этого, я даю разрешение департаменту DSHS, а также указанным ниже организациям, поставщикам услуг или частным лицам использовать касающуюся меня конфиденциальную информацию и предоставлять ее друг другу для осуществления данных целей. Обмен информацией может осуществляться в устной форме или посредством передачи данных через компьютер, а также при помощи обычной или курьерской почты.

Пожалуйста, отметьте ниже всех, на кого распространяется данное разрешение, кроме департамента DSHS, и укажите их названия/имена и адреса:

- Поставщики медицинских услуг: \_\_\_\_\_
- Поставщики медицинских психиатрических услуг: \_\_\_\_\_
- Поставщики услуг по освобождению от химической зависимости: \_\_\_\_\_
- Другие поставщики услуг, имеющие контракты с департаментом DSHS: \_\_\_\_\_
- Жилищные программы: \_\_\_\_\_
- Школьные округа или колледжи: \_\_\_\_\_
- Управление исправительных учреждений: \_\_\_\_\_
- Управление обеспечения занятости и его партнеры по трудоустройству: \_\_\_\_\_
- Администрация социального обеспечения или другие федеральные органы: \_\_\_\_\_
- Смотри прилагаемый список
- Другое: \_\_\_\_\_

Я даю свое разрешение и согласие на предоставление следующих документов и информации (отметить все соответствующие документы):

- Все документы обо мне как о клиенте
- Документы из прилагаемого списка
- Только следующие документы
  - Семейные, социальные и трудовые документы
  - Медицинская информация
  - Планы лечения или ухода
  - Платежные документы
  - Индивидуальные оценки
  - Школа, образование и профессиональная подготовка
  - Другое (укажите): \_\_\_\_\_

**ВНИМАНИЕ:** Если документы о вас как о клиенте содержат какую-либо информацию, указанную ниже, вы должны также заполнить данный раздел, чтобы эти документы были включены.

Я даю разрешение на предоставление следующих документов (отметьте все соответствующие документы):

- Психическое здоровье
- Результаты анализов на ВИЧ/СПИД и заболевания, передающиеся половым путем, диагноз или лечение.
- Услуги по освобождению от химической зависимости (Chemical Dependency (CD) services)

- Данное разрешение действительно в течение  одного года  всего времени, пока департаменту DSHS необходимы документы, или  до \_\_\_\_\_ (дата или событие).
- Я могу отозвать или аннулировать данное разрешение в любое время в письменной форме, но это никак не отразится на уже раскрытой информации.
- Я понимаю, что документы, раскрытые на основе данного разрешения, уже не могут быть защищены законами, действующими в отношении департамента DSHS.
- Копия данной формы действительна в качестве моего разрешения на раскрытие документов.

ПОДПИСЬ	ДАТА	ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ/ СВИДЕТЕЛЯ	ДАТА
ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ ИЛИ ДРУГОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ (ЕСЛИ ПРИМЕНИМО)		НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ КОД РАЙОНА)	ДАТА

Если я не являюсь лицом, к которому относятся данные документы, я имею право подписать данную форму, так как я являюсь: (приложите документ, подтверждающий ваше право)

- Родителем
- Законным опекуном (приложите распоряжение суда)
- Личным представителем
- Другое: \_\_\_\_\_

**УВЕДОМЛЕНИЕ ДЛЯ ПОЛУЧАТЕЛЕЙ ИНФОРМАЦИИ:** Если данные документы содержат информацию о ВИЧ, заболеваниях, передающихся половым путем, или СПИДе, вы не можете далее разглашать эту информацию без специального разрешения, полученного от клиента. Если вы получили информацию, связанную со злоупотреблением клиентом наркотиками или алкоголем, то вы обязаны включить следующую формулировку, производя дальнейшее раскрытие информации согласно требованию положения Свода федеральных постановлений США 42 CFR 2.32:

Данная информация была предоставлена вам из документов, защищенных Федеральными правилами соблюдения конфиденциальности (Federal confidentiality rules) (42 CFR часть 2). Федеральные правила запрещают вам производить дальнейшее раскрытие данной информации, если отсутствует определенное письменное разрешение на это лица, которого касается данная информация, или если это не разрешено Сводом федеральных постановлений США (42 CFR часть 2). Общего разрешения на раскрытие медицинской и иной информации НЕ достаточно в данном случае. Федеральные правила ограничивают любое использование такой информации в ходе уголовного расследования или преследования в судебном порядке пациента, злоупотребляющего алкоголем или наркотиками.

## ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ РАЗРЕШЕНИЯ

**Цель:** Используйте данную форму, когда вам необходимо разрешение на продолжительное использование конфиденциальной информации о клиенте внутри департамента DSHS либо на использование данной информации другими организациями с целью координации услуг или для осуществления лечения, оплаты либо работы организации, или для иных целей, предусмотренных законом. Клиентами являются лица, получающие льготы или услуги от департамента DSHS.

**Использование:** По возможности заполните данную форму в электронном виде для облегчения чтения. **Необходимо заполнить отдельную форму на каждое лицо, включая детей.** «Вы» в настоящей инструкции относится к сотруднику департамента DSHS, а «вы» в форме разрешения относится к клиенту. Раскрытие документов включает в себя использование и предоставление конфиденциальной информации о клиенте.

### Разделы формы:

#### ИДЕНТИФИКАЦИОННАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

- **Имя, фамилия:** Указывайте имя и фамилию только одного клиента на каждой форме. Укажите все предыдущие имена и фамилии, которые клиент мог использовать при получении услуг.
- **Дата рождения:** Необходима для того, чтобы отличать клиента от лиц, носящих те же имена и фамилии.
- **Идентификационный номер:** Укажите идентификационный номер клиента или другой идентификационный номер, например, номер социального обеспечения (не обязательно), чтобы облегчить идентификацию документов и отслеживание истории полученных услуг.
- **Адрес и телефон:** Дополнительная информация, которая поможет определить местонахождение, идентифицировать или связаться с клиентом.
- **Другое:** Впишите в данную графу любую дополнительную информацию, которая может помочь обнаружить документы, которые могут включать информацию об отделах департамента DSHS, участвующих в предоставлении услуг, имена членов семьи, или другую соответствующую информацию.

#### РАЗРЕШЕНИЕ (СОГЛАСИЕ):

- **Организации или лица, обменивающиеся документами:** Заполнение клиентом данной формы дает разрешение на использование и обмен конфиденциальной информацией в рамках всего департамента DSHS. Департамент DSHS сможет раскрывать и получать конфиденциальную информацию от указанных внешних организаций и частных лиц. Укажите идентификационную информацию об организациях или поставщиках услуг, по возможности укажите их названия/имена, адреса, и местонахождение. Вы также можете приложить список организаций, имеющих право предоставлять информацию, который клиент также должен подписать.
- **Информация, на которую распространяется разрешение:** Клиент должен указать, на какие документы распространяется разрешение. Клиенты могут распространить свое разрешение на все документы или ограничить число этих документов датой, видом, либо источником документа. Если клиент не подписывает форму разрешения или не указывает конкретный документ, то раскрытие данного документа будет, тем не менее, возможно, если это разрешено законом. Вы можете приложить список документов, на которые распространяется соглашение, который клиент также должен подписать. Если какие-либо документы содержат информацию, касающуюся психического здоровья (RCW 71.05.620), анализом на ВИЧ/СПИД и на заболевания, передающиеся половым путем, или их лечения (RCW 70.02.220), либо услуг по освобождению от наркотической или алкогольной зависимости (42 CFR 2.31(a)(5)), клиенту необходимо особо отметить данные виды документов, чтобы дать разрешение на раскрытие этих документов. Данная форма не распространяется на психотерапевтические записи согласно положению Свода федеральных постановлений США 45 CFR 164.508(b)(3)(ii), и для того, чтобы включить данные документы, необходимо заполнить отдельную форму.
- **Срок действия:** Укажите дату истечения срока действия разрешения согласно целям вашей программы или согласно закону.
- **Понимание:** Убедитесь в том, что клиент понимает, какое разрешение он дает, а также как и почему информация будет раскрываться. В случае необходимости используйте перевод формы и услуги устного переводчика или прочитайте форму вслух. Если клиенту необходимо больше информации, предоставьте ему дополнительный экземпляр Уведомления о правилах соблюдения конфиденциальности департамента DSHS (DSHS Notice of Privacy Practices), либо направьте клиента к сотруднику, занимающемуся вопросами публичного раскрытия информации, в вашем подразделении.

#### ПОДПИСИ:

- **Клиент:** Попросите клиента или ребенка в возрасте, в котором он получает право давать свое разрешение (13 лет в случае услуг, связанных с психическим здоровьем, и услуг по освобождению от наркотической или алкогольной зависимости; 14 лет в случае ВИЧ/СПИД и других заболеваний, передающихся половым путем; любой возраст в случае контроля за рождаемостью и абортов; 18 лет в случае медицинского обслуживания и других документов), или старше поставить подпись в данной графе и указать дату подписания. Клиент может вместо этого поставить какой-либо знак в данной графе, который вы засвидетельствуете.
- **Подпись представителя организации или свидетеля:** Вы должны поставить свою подпись в данной графе, если вы показываете и объясняете данную форму клиенту. Пожалуйста, укажите свой номер телефона. Если клиент будет подписывать форму вне официального здания организации, объясните клиенту, что свидетель должен расписаться в данной графе и указать свой телефонный номер. Подтвердить подпись клиента может нотариус.
- **Родитель или другой представитель:** Если клиент является ребенком, не достигшим возраста, в котором он может давать свое разрешение, свою подпись должен поставить родитель или опекун. Если ребенок достиг возраста, в котором он может давать разрешение на раскрытие информации для всех документов, информация о которых должна быть раскрыта, подписи должны поставить и ребенок, и родитель. Если клиент был объявлен недееспособным, назначенный судом опекун должен поставить свою подпись и предоставить копию приказа о назначении. Если кто-либо ставит свою подпись в другом качестве (включая лицо, действующее по доверенности, или имущественного представителя), отметьте графу «другое» и получите копию документа, дающего юридические полномочия на данные действия. Лицо, ставящее свою подпись, должно указать дату подписания и номер телефона или контактную информацию.