

ใบยินยอม

CONSENT

ประกาศถึงผู้ใช้บริการ: กรมการบริการสังคมและสุขภาพ (DSHS)

สามารถช่วยท่านได้ดีขึ้นถ้าเราสามารถทำงานร่วมกับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่อื่นๆที่รู้จักท่าน หรือครอบครัวของท่าน โดยการเซ็นชื่อลงในแบบฟอร์มนี้ ถือว่าท่านได้อนุญาตให้ DSHS และหน่วยงาน และเจ้าหน้าที่ผู้มีรายชื่อข้างล่างนี้ ใช้และเปิดเผยข้อมูลที่เป็นความลับของท่าน DSHS ไม่สามารถปฏิเสธสวัสดิการของท่านถ้าหากท่านไม่เซ็นชื่อลงในแบบฟอร์มนี้ เว้นเสียแต่จำเป็นต้องใช้ใบยินยอมของท่านเพื่อตัดสิน คุณสมบัติของท่าน ถ้าหากท่านไม่เซ็นชื่อในแบบฟอร์มนี้ DSHS ยังอาจเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับท่านตามที่กฎหมายอนุญาต ถ้าหากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการเปิดเผย ข้อมูลที่เป็นความลับของผู้ใช้บริการของ DSHS หรือเกี่ยวกับสิทธิส่วนบุคคลของท่าน กรุณาอ่านประกาศเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติเกี่ยวกับสิทธิส่วนบุคคลของ DSHS (DSHS Notice of Privacy Practices) หรือสอบถามเจ้าหน้าที่ผู้ให้ แบบฟอร์มนี้แก่ท่าน

เลขประจำตัวของผู้ใช้บริการ:			
ชื่อ	วันเดือนปีเกิด	เลขประจำตัว	
ที่อยู่	เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์
หมายเลขโทรศัพท์ (รวมทั้งรหัสพื้นที่)	ข้อมูลอื่นๆ		

ใบยินยอม:

ข้าพเจ้ายินยอมให้ใช้ข้อมูลที่เป็นความลับของข้าพเจ้าในการบริการด้านการวางแผน, การจัด และการประสานงาน, การรักษา, การชำระเงินและสวัสดิการของ DSHS สำหรับข้าพเจ้าหรือสำหรับผู้อื่นที่กฎหมายอนุญาต นอกจากนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้ DSHS และหน่วยงาน, ผู้ให้บริการ หรือเจ้าหน้าที่รายบุคคลเพื่อใช้ข้อมูลที่เป็นความลับของข้าพเจ้าและเพื่อเปิดเผยต่อกันและกันตามจุดมุ่งหมายเหล่านี้ ข้อมูลดังกล่าวอาจมีการเปิดเผยโดยวาจาหรือโดยการโอนข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ ทางไปรษณีย์ หรือโดยการส่งมอบด้วยตนเอง กรุณาภาเครื่องหมายทุกช่องว่าจะรวมผู้ใดไว้ในใบยินยอมนี้ นอกเหนือจาก DSHS และโปรดระบุรายชื่อและที่อยู่:

- ผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพ: _____
- ผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพจิต: _____
- ผู้ให้บริการการใช้สารเคมีเพื่อการบำบัด: _____
- ผู้ให้บริการอื่นๆ ตามสัญญาของ DSHS: _____
- โปรแกรมบ้านพักอาศัย: _____
- โรงเรียนประจำอำเภอหรือวิทยาลัย: _____
- กรมการลงโทษ: _____
- กรมการประกันความปลอดภัยด้านการว่าจ้าง (Employment Security Department) และหุ้นส่วนการว่าจ้าง: _____
- ฝ่ายบริหารการประกันสังคม (Social Security Administration) หรือหน่วยงานอื่นๆ ของรัฐ: _____
- โปรดดูรายชื่อที่แนบมา
- อื่นๆ: _____

ข้าพเจ้ายินยอมและยินยอมให้มีการเปิดเผยบันทึกและข้อมูลต่างๆ ดังต่อไปนี้ (ภาเครื่องหมายทุกช่องที่เกี่ยวข้อง):

- บันทึกของผู้ใช้บริการทั้งหมดของข้าพเจ้า
- บันทึกดังรายชื่อที่แนบมา
- บันทึกต่อไปนี้เท่านั้น
 - บันทึกเกี่ยวกับครอบครัว สังคม และการว่าจ้าง
 - ข้อมูลการดูแลสุขภาพ
 -

การประเมินผลส่วนบุคคล

โปรดสังเกต: หากบันทึกผู้ใช้บริการของท่าน รวมข้อมูลด้านล่างนี้

ข้าพเจ้ายินยอมให้มีการเปิดเผยบันทึกต่างๆ ดังนี้ (ภาเครื่องหมายทุกช่องที่เกี่ยวข้อง):

- สุขภาพจิต
- ผลทดสอบ วินิจฉัยโรคหรือการรักษาต้าน HIV/AIDS และ STD
- บริการด้านการใช้สารเคมีเพื่อการบำบัด

- ใบยินยอมนี้มีผลบังคับใช้ หนึ่งปี ตามความต้องการใช้บันทึกของ DSHS หรือ จนถึง _____ (วันที่หรือเหตุการณ์)

- ข้าพเจ้าอาจเพิกถอนหรือถอนใบยินยอมนี้ได้ทุกเมื่อโดยการเขียนวัตถุประสงค์ไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

แต่จะไม่มีผลใดๆต่อข้อมูลที่ได้เปิดเผยไปแล้ว

- ข้าพเจ้าเข้าใจว่า บันทึกที่เปิดเผยภายใต้ใบยินยอมนี้จะไม่ได้รับการป้องกันภายใต้กฎหมายที่มีผลบังคับใช้ต่อ DSHS.

- สำเนาของแบบฟอร์มนี้คือหลักฐานการอนุญาตให้มีการเปิดเผยบันทึกของข้าพเจ้า.

CONSENT

DSHS 14-012 TH (REV. 04/2018) Thai

ลายเซ็น	วันที่	ลายเซ็นเจ้าหน้าที่หน่วยงานติดต่อ/พยาน	วันที่
ลายเซ็นผู้ปกครองหรือตัวแทนอื่นๆ (หากมี)		หมายเลขโทรศัพท์ (รวมทั้งรหัสพื้นที่)	วันที่
ถ้าข้าพเจ้าไม่ใช่บุคคลที่มีชื่ออยู่ในบันทึกดังกล่าว ข้าพเจ้าอนุญาตให้เซ็นชื่อเนื่องจากข้าพเจ้าเป็น : (โปรดแนบใบยืนยันการอนุญาต)			
<input type="checkbox"/> บิดามารดา <input type="checkbox"/> ผู้ปกครองที่ถูกต้องตามกฎหมาย (แนบคำสั่งศาล) <input type="checkbox"/> ตัวแทนส่วนบุคคล <input type="checkbox"/> อื่นๆ:			

ประกาศถึงผู้รับข้อมูล: ถ้าบันทึกนี้มีข้อมูลเกี่ยวกับ HIV, STDs, หรือ AIDS

ท่าน **ไม่**อาจเปิดเผยข้อมูลนี้โดย **ไม่**ได้รับอนุญาตโดยเฉพาะของผู้ให้บริการ ถ้าท่านได้รับ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ

การใช้ยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์ จากผู้ให้บริการ เมื่อมีการเปิดเผยข้อมูลตามข้อกำหนดของ 42 CFR 2.32

ท่านจะต้องรวมไว้ในข้อความต่อไปนี้ไว้ด้วย:

ข้อมูลนี้ได้เปิดเผยต่อท่านจากบันทึกซึ่งได้รับการปกป้องโดยกฎข้อบังคับการปกปิดเป็นความลับของรัฐ (42 CFR ส่วนที่ 2)

กฎข้อบังคับของรัฐบาลกลางห้ามไม่ให้ท่านเปิดเผย ข้อมูลเพิ่มเติม

เว้นเสียแต่ได้รับการอนุญาตที่เป็นลายลักษณ์อักษรจากเจ้าของข้อมูล หรือได้อนุญาตไว้โดย 42 CFR ส่วนที่ 2

การอนุญาตโดยทั่วไปสำหรับการแลกเปลี่ยนต่อ สื่อมวลชนหรือข้อมูลอื่นๆ ไม่รวม อยู่ในวัตถุประสงค์นี้

กฎข้อบังคับของรัฐบาลกลางจำกัดการใช้ข้อมูลเพื่อการสืบสวนทางอาชญากรรมหรือการดำเนินคดีต่อผู้ป่วยที่ติดยาเสพติด หรือแอลกอฮอล์

คำชี้แจงสำหรับการกรอกแบบฟอร์มใบยินยอมให้ครบถ้วนสมบูรณ์

วัตถุประสงค์: ใช้แบบฟอร์มนี้เมื่อท่านต้องการเขียนใบยินยอมเพื่อใช้ข้อมูลที่เป็นความลับเกี่ยวกับผู้ใช้บริการภายใน DSHS โดยทั่วไป หรือเพื่อเปิดเผยข้อมูลต่อ หน่วยงานอื่นเพื่อบริการด้านการประสานงานหรือการรักษา การชำระเงินหรือการดำเนินงานของหน่วยงาน หรือเพื่อวัตถุประสงค์อื่นๆที่กำหนดโดยกฎหมาย ผู้ใช้บริการคือบุคคลที่ได้รับสวัสดิการหรือบริการจาก DSHS

การใช้: กรอกแบบฟอร์มนี้ทางอิเล็กทรอนิกส์หากเป็นไปได้เพื่อง่ายต่อการอ่าน **แบบฟอร์มที่แยกต่างหากจะต้องกรอกให้ครบถ้วนสำหรับรายบุคคล รวมทั้ง เด็กๆ** คำว่า “ท่าน” ในคำชี้แจงเป็นการกล่าวถึงถึงเจ้าหน้าที่ของ DSHS และคำว่า “ท่าน” ในแบบฟอร์มเป็นการกล่าวถึงถึงผู้ใช้บริการ การเปิดเผยหรือการใช้ข้อมูล ร่วมกันรวมทั้ง การใช้และการเปิดเผยข้อมูลที่เป็นความลับเกี่ยวกับผู้ใช้บริการ

ส่วนต่างๆของแบบฟอร์ม:

การระบุชื่อ:

- ชื่อ: กรุณาให้ชื่อผู้ใช้บริการเพียงหนึ่งรายต่อแบบฟอร์มเท่านั้น ทั้งนี้รวมทั้งชื่อเดิมซึ่งผู้ใช้บริการอาจเคยใช้ขณะที่รับบริการ
- วันเดือนปีเกิด: จำเป็นต้องใช้เพื่อระบุตัวผู้ใช้บริการที่มีชื่อคล้ายคลึงกัน
- หมายเลขประจำตัว: การระบุหมายเลขประจำตัวผู้ใช้บริการหรือการระบุอื่นๆ เช่น หมายเลขการประกันสังคม (ไม่กำหนด) เพื่อช่วยให้การระบุการบันทึกหรือการติดตาม ประวัติและการบริการที่เคยได้รับ
- ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์: ข้อมูลเพิ่มเติมซึ่งจะช่วยให้การระบุสถานที่และระบุตัวหรือการติดต่อกับผู้ใช้บริการ
- อื่นๆ: หมายถึงข้อมูลเพิ่มเติมที่รวมอยู่ในช่องนี้ ซึ่งอาจช่วยในการระบุบันทึกที่อาจรวมส่วนต่างๆของ DSHS ที่เกี่ยวข้องกับบริการ ชื่อของสมาชิกต่างๆในครอบครัว หรือข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกัน

ใบยินยอม (การอนุญาต):

- หน่วยงานหรือบุคคลที่แลกเปลี่ยนบันทึกแก่กัน:
การกรอกข้อความที่ครบถ้วนของผู้ใช้บริการในแบบฟอร์มนี้ถือเป็นการอนุญาตให้ใช้หรือแบ่งปันข้อมูลที่เป็นความลับทั้งหมดที่อยู่ภายใน DSHS จะสามารถเปิดเผยและได้รับข้อมูลจากหน่วยงานภายนอกหรือบุคคลที่มีอยู่ในรายชื่อ การให้ข้อมูลรายบุคคลเกี่ยวกับหน่วย งานหรือผู้ใช้บริการ รวมทั้งชื่อ ที่อยู่หรือสถานที่ หากเป็นไปได้ ท่านอาจแนบรายชื่อหน่วยงานเพื่อเปิดเผยข้อมูลซึ่งผู้ใช้บริการจะต้องลงนามไว้ด้วย
- ข้อมูลที่รวมอยู่ด้วย: ผู้ใช้บริการจะต้องระบุว่าบันทึกใดที่ครอบคลุมโดยใบยินยอมนี้ ผู้ใช้บริการอาจจัดให้บันทึกทั้งหมดให้หรืออาจมีการจำกัดโดยวันที่ ประเภท หรือ แหล่งที่มาของบันทึก หากผู้ใช้บริการไม่ได้เซ็นชื่อหรือไม่ได้ระบุบันทึกไว้โดยเฉพาะ การเปิดเผยบันทึกจะยังคงอนุญาตได้ถ้ามีการอนุญาตตามกฎหมาย ท่านอาจแนบ รายชื่อบันทึกที่ครอบคลุมซึ่งผู้ใช้บริการจะต้องเซ็นชื่อ หากบันทึกรวมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการทดสอบสุขภาพจิต (RCW 71.05.620), HIV/AIDS หรือ STD หรือการบำบัด (RCW 70.02.220), หรือบริการด้านยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์ (42 CFR 2.31(a)(5)), เพื่อเป็นการอนุญาตให้มีการเปิดเผยบันทึกต่างๆ เหล่านี้ ผู้ใช้บริการจะต้องกาเครื่องหมายลงบนหัวข้อดังกล่าวด้วย แบบฟอร์มนี้ไม่มีผลใช้ รวมทั้งบันทึกจากการบำบัดทางจิตภายใต้ 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) และ จะต้องกรอกข้อมูลลงในแบบฟอร์มอื่นที่ไม่รวมกันให้ครบถ้วน
- ระยะเวลา: รวมทั้งวันหมดอายุสำหรับใบยินยอมที่ใช้ตามวัตถุประสงค์ในโปรแกรมของท่าน หรือตามที่กฎหมายอนุญาต
- ความเข้าใจ: จะต้องให้แน่ใจว่าผู้ใช้บริการเข้าใจสิ่งที่อนุญาตและวิธีการและเหตุใดจึงมีการเปิดเผยข้อมูล ถ้าจำเป็น โปรดใช้แบบฟอร์มที่แปลและใช้สาม หรืออ่าน แบบฟอร์มให้ฟัง ถ้าผู้ใช้บริการต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ให้สำเนาเพิ่มเติมเกี่ยวกับประกาศเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติเกี่ยวกับส่วนบุคคลของ DSHS (DSHS Notice of Privacy Practices) หรือแนะนำให้ผู้ใช้บริการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายการเปิดเผยต่อสาธารณะที่อยู่ในหน่วยงานของท่าน

ลายเซ็น:

- ผู้ใช้บริการ: ให้ผู้ใช้บริการหรือเด็กที่มีอายุเกินกว่าเกณฑ์การเขียนใบยินยอม (13 ปี สำหรับบริการด้านสุขภาพจิต ยาเสพติดและแอลกอฮอล์, 14 ปี สำหรับ HIV/AIDS และ STDs อื่นๆ อายุอื่นๆสำหรับยาคุมกำเนิดและการทำแท้ง, 18 ปี สำหรับการดูแลสุขภาพและบันทึกอื่นๆ) เซ็นชื่อยลงในช่องนี้และระบุวันที่ ที่เซ็นชื่อ ผู้ใช้บริการอาจกาเครื่องหมายลงในช่องนี้ว่าท่านเป็นพยาน
- การติดต่อหน่วยงานหรือพยาน:
ท่านจะเซ็นชื่อยลงในช่องนี้ถ้าท่านคือผู้หนึ่งที่เสนอหรืออธิบายเกี่ยวกับแบบฟอร์มนี้ให้ผู้ใช้บริการฟัง

โปรดระบุหมายเลขโทรศัพท์ด้วย ถ้าผู้ใช้บริการจะเป็นผู้เซ็นชื่อลงในแบบฟอร์มจากที่อื่น
กรุณาชี้แจงให้ผู้ใช้บริการมีพยานเซ็นชื่อลงแบบฟอร์มรวมทั้งหมายเลขโทรศัพท์ ถ้าผู้ใช้บริการจะมีพยาน
โนตารีพับบลิกสามารถเป็นพยานให้การรับรองการลงนามของผู้ใช้บริการได้

- ผู้ปกครองหรือตัวแทนอื่นๆ: ถ้าผู้ใช้บริการที่ต้องเขียนใบยินยอมเป็นผู้เยาว์ บิดามารดาหรือผู้ปกครองจะต้องเซ็นชื่อ
หากเด็กดังกสาวมีอายุตามเกณฑ์การเขียน ใบยินยอมเพื่อการเปิดเผยบันทึกทั้งหมด ทั้งเด็กและผู้ปกครองจะต้องเซ็นชื่อ
ถ้ากฎหมายระบุว่าผู้ใช้บริการเป็นผู้ไร้ความสามารถ ศาลจะต้องแต่งตั้งผู้ปกครองสำหรับ เซ็นชื่อ
ถ้าบุคคลหนึ่งเซ็นชื่อให้กับผู้อื่น (รวมทั้งบุคคลที่มีหนังสือมอบฉันทะ หรือตัวแทน) กรุณากำว่า “อื่นๆ”
และขอสำเนาอนุญาตให้เซ็นชื่อตามกฎหมายด้วย บุคคลที่เซ็นชื่อจะต้องลงวันที่กำกับไว้
รวมทั้งหมายเลขโทรศัพท์หรือข้อมูลสำหรับติดต่อไว้ด้วย