

ЗГОДА

СПОВІЩЕННЯ КЛІЄНТАМ: Відділ соціального обслуговування та охорони здоров'я (DSHS) може надати вам більше допомоги, якщо ми будемо мати можливість працювати спільно з іншими установами та професіоналами, які знають вас та вашу сім'ю. Своїм підписом на цій формі ви даєте дозвіл DSHS, а також організаціям та окремим особам, вказаним нижче, користуватися і видавати конфіденційну інформацію, що стосується вас. DSHS не може відмовити вам у посібії, якщо ви не підпишете цю форму. DSHS може відмовити вам у посібії, тільки у тому разі якщо ваша згода потрібна для визначення вашого права на посібіє. Якщо ви не підпишете цю форму, DSHS все-таки може видавати інформацію, що стосується вас, у тій мірі як це дозволяється законом. Якщо ви маєте питання про те, як DSHS видає конфіденційну інформацію клієнтів або про ваші права на конфіденційність, будь ласка, довідайтесь у DSHS Notice of Privacy Practices (Сповідання DSHS про практику застосування правил конфіденційності) або спитайте особу, яка дає вам цю форму.

ОСОБИСТІ ДАНІ КЛІЄНТА:			
ІМ'Я		ДАТА НАРОДЖЕННЯ	ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР
АДРЕСА (БУДИНОК, ВУЛИЦЯ)		МІСТО	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС
НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (ВКАЖІТЬ МІЖМІСЬКИЙ КОД)		ІНША ІНФОРМАЦІЯ	

ЗГОДА:

Я даю згоду на використання конфіденційної інформації, що стосується мене, в межах DSHS, для того щоб планувати, надавати та координувати послуги, лікування, платежі та посібія для мене або для інших цілей, дозволених законом. Я також даю дозвіл DSHS, а також вказаним нижче установам, організаціям/особам, що надають обслуговування, та окремим особам використовувати конфіденційну інформацію, що стосується мене, та видавати її один одному для цих цілей. Інформація може бути видана усно або передана по комп'ютеру, послана по пошті або доставлена особисто.

Будь ласка, позначте нижче всіх/всі включені у цю форму осіб/установи на додаток до DSHS і вкажіть їх назву/ім'я/ та адресу:

- Організації/особи, що надають медичне обслуговування: _____
- Організації/особи, що надають психіатричне обслуговування: _____
- Організації/особи, що надають послуги по лікуванню наркоманії/алкоголізму: _____
- Інші організації/особи, що надають обслуговування по контракту з DSHS: _____
- Житлові програми: _____
- Районні відділи освіти або коледжі: _____
- Управа виправних закладів: _____
- Управа гарантування зайнятості та її партнери по працевлаштуванню: _____
- Управа соціального забезпечення або інша федеральна установа: _____
- Дивіться прикладений перелік
- Інше: _____

Я даю дозвіл і згоду на видачу таких документів та інформації (відмітьте все, що застосовно):

- Усі мої документи клієнта
- Документи, вказані у прикладеному списку
- Тільки такі документи
 - Інформація про сім'ю, працевлаштування та соціальна інформація
 - Інформація про медичне обслуговування
 - Індивідуальні оцінки
 - Плани лікування та догляду
 - Інформація про школу, освіту та навчання
 - Інше (перелічіть): _____

БУДЬ ЛАСКА, ВІЗЬМІТЬ ДО ВІДОМА: Якщо документи ваших клієнтів містять будь-яку нижчезказану інформацію, ви повинні також заповнити цей розділ, щоб включити ці документи.

Я даю дозвіл на видачу наступних документів (відмітьте все, що застосовно):

- Психіатричне обслуговування
- Результати тестів, діагноз або лікування ВІЛ/СНІД або хвороб, що передаються статевим шляхом
- Послуги по лікуванню наркоманії/алкоголізму (CD)

- Ця згода діє один рік на протязі періоду, коли DSHS необхідні документи, або до _____ (дата або подія).
- Я можу скасувати або взяти назад цю згоду в будь-який час письмово, але це не вплине на інформацію, що вже була видана.
- Я розумію, що документи, видані у відповідності з цією згодою, можуть не підпадати під захист законів, що застосовуються до DSHS.
- Копія цієї форми має силу для надання мого дозволу на видачу документів.

ПІДПИС	ДАТА	ПІДПИС ПРЕДСТАВНИКА УСТАНОВИ/ СВІДКА	ДАТА
ПІДПИС БАТЬКІВ АБО ІНШОГО ПРЕДСТАВНИКА (ЯКЩО ЗАСТОСОВНО)		НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (ВКЛЮЧІТЬ МІЖМІСЬКИЙ КОД)	ДАТА

Якщо документи не стосуються мене, я маю дозвіл підписати, тому що я (прикладіть доказ повноваження)

- Батько/мати
- Законний опікун (прикладіть рішення суду)
- Особистий представник
- Інше: _____

СПОВІЩЕННЯ ОДЕРЖУВАЧАМ ІНФОРМАЦІЇ: Якщо ці документи містять інформацію про ВІЛ, хвороби, що передаються статевим шляхом, або СНІД, ви не можете видавати далі цю інформацію без конкретного дозволу клієнта. Якщо ви одержали інформацію, що має відношення до наркоманії або алкоголізму клієнту, ви повинні включити наведену нижче заяву при подальшій видачі інформації, як вимагає 42 CFR 2.32:

Ця інформація була видана вам з документів, які знаходяться під захистом Федеральних правил конфіденційності (Federal confidentiality rules (42 CFR part 2)). Федеральні правила забороняють вам видавати цю інформацію далі, якщо така видача не дозволена ясно письмовою згодою особи, якої це стосується, або як інакше дозволено згідно з 42 CFR part 2. Загальний дозвіл на видачу медичної або іншої інформації НЕ є достатнім для цієї цілі. Федеральні правила обмежують використання інформації для проведення кримінального розслідування або переслідування будь-якого пацієнта алкоголика або наркомана.

ІНСТРУКЦІЇ ПО ЗАПОВНЕННЮ ФОРМИ ЗГОДИ

Ціль: Користуйтеся цією формою, якщо вам необхідна згода для використання конфіденційної інформації, що стосується клієнта, на постійній основі в межах DSHS або для видачі інформації іншим установам для координації послуг або для лікування, оплати або операцій установи, або для інших цілей, визнаних законом. Клієнти – це особи, що одержують послуги або пособія від DSHS.

Користування: Заповніть цю форму на комп.тері, якщо можливо, щоб її було легко читати. **Треба заповнити окрему форму на кожну особу, в тому числі на дітей.** „Ви” в інструкціях стосується робітника DSHS, а „ви” у формі стосується клієнта. Видача документів включає використання та видачу конфіденційної інформації, що стосується клієнта.

Частини форми:

ОСОБИСТІ ДАНІ:

- Ім'я: У кожній формі пишеть виключно ім'я клієнту. Включіть будь-які попередні імена, якими клієнт міг користуватися при одержанні послуг.
- Дата народження: Необхідна, щоб відрізнити клієнта від осіб, що мають схоже ім'я.
- Ідентифікаційний номер: Вкажіть ідентифікаційний номер клієнта або інший ідентифікатор, такий як номер соціального забезпечення (не обов'язково) для допомоги в позначенні документів і простеженні попередньої інформації та одержаних послуг.
- Адреса та телефон: Додаткова інформація, що допоможе знайти та позначити клієнта або зв'язатися з клієнтом.
- Інше: Включіть сюди будь-яку додаткову інформацію, яка може допомогти знайти документи, які можуть містити інформацію про відділення DSHS, що надають послуги, імена членів сім'ї або іншу інформацію, що стосується справи.

ЗГОДА (ДОЗВІЛ):

- Установи або особи, які обмінюються документами : Заповнення клієнтом цієї форми дозволяє використання і видачу конфіденційної інформації у межах усього DSHS. DSHS буде мати можливість видавати та одержувати конфіденціальну інформацію від вказаних інших установ або осіб. Надайте інформацію, що позначає установи або організації/осіб, що надають обслуговування, включаючи назву/ім'я, адресу або місцезнаходження, якщо можливо. Ви можете також прикласти список установ, що мають дозвіл на видачу інформації, який клієнт також повинен підписати.
- Інформація, що включена : Клієнти повинні вказати, на які документи згода поширюється. Клієнти можуть надати д оступдо всіх документів або обмежити включені документи датою, видом або джерелом документу. Якщо клієнт не під пише згоду або не вкаже певний документ, цей документ все-таки можна буде видавати, якщо це дозволено законом. Ви можете прикласти список включених документів, який клієнт також повинен підписати. Якщо документи містять інформацію, що стосується психіатричного обслуговування (RCW 71.05.620), тестів або лікування ВІЛ/СНІД або хвороб, що передаються статевим шляхом (RCW 70.02.220), або послуг по лікуванню наркоманії та алкоголізму (42 CFR 2.31(a)(5)), клієнт повинен конкретно позначити ці рядки, для того щоб дати дозвіл на видачу цих документів. Ця форма не має сили для включення записів психотерапевту згідно з 45 CFR 164.508(b)(3)(ii). Для того щоб ці документи були включені, треба заповнити окрему форму.
- Тривалість : Включіть дату закінчення дії згоди, яка служить цілям вашої програми, або як передбачено законом.
- Розуміння : Будьте певні, що клієнт розуміє, який дозвіл дається, а також як і чому інформація буде видана. Якщо необхідно, користуйтеся перекладом форми та послугами перекладача або прочитайте форму вголос. Якщо клієнту пот рібна додаткова інформація, надайте додатковий екземпляр DSHS Notice of Privacy Practices (Сповіднення DSHS про пра ктику застосування правил конфіденційності) або направте клієнта до робітника, що займається питаннями видачіінформ ації у вашому відділі.

ПІДПИСИ:

- Клієнт: Попросіть клієнта або дитину, яка вважається повнолітньою (13 для психіатричного обслуговування, а також для послуг по лікуванню наркоманії та алкоголізму; 14 для обслуговування для ВІЛ/СНІД та інших хвороб, що передаються статевим шляхом; будь-який вік для запобігання вагітності та абортів; 18 для медичного обслуговування та інших документів) розписатися тут і поставити дату підпису. Клієнт може поставити тут позначку взамін підпису, що буде засвідчено вами.
- Представник установи або свідок: Якщо ви — особа, що представляє клієнту цю форму та дає пояснення, ви розписуетесь тут. Будь ласка, включіть ваш номер телефону. Якщо клієнт буде підписувати цю форму не у приміщенні бізнесу, дайте клієнту вказівку попросити свідка розписатися тут і вказати номер телефону. Підпис клієнта може засвідчити нотаріус.
- Батько/мати або інший представник: Якщо клієнт – це дитина, що не досягла повноліття, підписати повинні батько/мати або опікун. Якщо дитина не відповідає вимогам повноліття для видачі усіх документів, форму повинні підписати і дитина, і батько або мати. Якщо клієнта визнано неправоздатним, призначений судом опікун повинен підписати форму і представити копію рішення про призначення. Якщо якась особа підписує в іншій якості (в тому числі довірена особа або розпорядник майна), позначте „інше” та отримайте копію юридичних повноважень для дії. Особа, що підписує, повинна поставити дату підпису і вказати номер телефону або інформацію для зв'язку.

CONSENT