

ĐƠN ỨNG THUẬN CONSENT

THÔNG BÁO CHO THÂN CHỦ: Bộ Xã Hội và Y Tế (DSHS) có thể giúp quý vị một cách tốt hơn nếu chúng tôi có thể làm việc với những cơ quan và các nơi chuyên môn khác biết về quý vị và gia đình của quý vị. Khi ký tên vào bản này, có nghĩa là quý vị cho DSHS và các cơ quan cũng như những cá nhân trong danh sách dưới đây được quyền sử dụng và tiết lộ những tin tức kín mật về quý vị. Nếu quý vị không ký tên vào bản này DSHS cũng không thể từ chối các quyền lợi của quý vị trừ khi việc ứng thuận là điều cần thiết trong việc xác định điều kiện hợp lệ của quý vị. Nếu quý vị không ký tên vào bản này, DSHS vẫn có thể tiết lộ các tin tức kín mật của quý vị đến một mức độ mà luật pháp cho phép. Nếu quý vị có những thắc mắc gì về việc DSHS tiết lộ tin tức kín mật về thân chủ hoặc quyền hạn riêng tư, xin quý vị xem trong bản Thông Báo về Quyền Riêng Tư của DSHS hoặc hỏi lại người đã trao cho quý vị bản này.

CHI TIẾT CÁ NHÂN:			
TÊN	NGÀY SANH	SỐ ID	
ĐỊA CHỈ	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	SỐ BƯU CHÍNH
SỐ ĐIỆN THOẠI (GHI CẢ SỐ VÙNG)	CHI TIẾT KHÁC		

ỨNG THUẬN:

Tôi ứng thuận trong việc cho sử dụng các tin tức kín mật về tôi trong phạm vi của DSHS đến chương trình, nơi chăm sóc, và các dịch vụ phối hợp, chữa trị, trả tiền, và các quyền lợi của tôi hoặc những mục đích khác mà luật cho phép. Tôi cũng cho phép DSHS và các cơ quan, nơi chăm sóc, hoặc những người được ghi dưới đây được sử dụng các tin tức kín mật của tôi và tiết lộ cho nơi khác trong những mục đích này. Tin tức có thể được tiết lộ bằng lời nói hoặc trao đổi bằng máy điện toán, bưu điện, hoặc trao tay.

Xin đánh dấu vào tất cả mọi phần dưới đây là những nơi được bao gồm trong đơn ứng thuận này để bổ túc cho DSHS và để biết rõ tên và địa chỉ của họ:

Nơi chăm sóc sức khỏe: _____

Nơi chăm sóc sức khỏe về tâm thần: _____

Nơi cung cấp dịch vụ chữa bệnh nghiện: _____

Các nơi khác có hợp đồng với DSHS: _____

Chương trình nhà ở: _____

Khu học chánh hoặc trường cao đẳng: _____

Nha Cải Huấn: _____

Sở Nhân Dụng và các cơ quan liên hệ: _____

Cơ Quan Quản Trị An Sinh Xã Hội hoặc cơ quan khác của liên bang: _____

Xem bản danh sách đính kèm

Nơi khác: _____

Tôi cho phép và ứng thuận việc tiết lộ các hồ sơ và chi tiết sau đây (đánh dấu vào tất cả mọi ô ứng dụng):

Tất cả các hồ sơ của tôi

Các hồ sơ theo như bản danh sách đính kèm

Chỉ được tiết lộ những hồ sơ sau đây

<input type="checkbox"/> Lý lịch về gia đình, xã hội và việc làm	<input type="checkbox"/> Chi tiết về chăm sóc sức khỏe	<input type="checkbox"/> Kế hoạch chữa trị chăm sóc
<input type="checkbox"/> Hồ sơ trả tiền	<input type="checkbox"/> Giám định về cá nhân	<input type="checkbox"/> Đi học, giáo dục, và huấn luyện
<input type="checkbox"/> Hồ sơ khác (danh sách): _____		

XIN LƯU Ý: Nếu hồ sơ của thân chủ quý vị bao gồm bất cứ những chi tiết nào dưới đây, thì quý vị cũng phải điền vào phần này để bao gồm trong những hồ sơ này.

Tôi cho phép để tiết lộ các hồ sơ sau đây (đánh dấu vào tất cả mọi ô nếu ứng dụng):

Sức khỏe tâm thần Kết quả thử nghiệm chẩn đoán, hoặc chữa trị HIV/AIDS và STD Các dịch vụ chữa trị về Bệnh Nghiện (CD)

- Bản ứng thuận này có hiệu lực trong một năm thời gian DSHS cần đến hồ sơ, hoặc cho đến _____ (ngày hoặc ngày có sự việc xảy ra).
- Tôi có thể viết thư để xin hủy bỏ hoặc lấy lại đơn ứng thuận này bất cứ lúc nào, và việc này sẽ không làm ảnh hưởng đến bất cứ tin tức nào đã tiết lộ.
- Tôi hiểu rằng những hồ sơ được tiết lộ theo như đơn ứng thuận này sẽ không còn được bảo vệ chiếu theo luật áp dụng cho DSHS.
- Bản sao của mẫu này có hiệu lực về việc được phép tiết lộ hồ sơ của tôi.

KÝ TÊN	NGÀY	CƠ QUAN LIÊN LẠC/CHỮ KÝ CỦA NHÂN CHỨNG	NGÀY
CHỮ KÝ CỦA PHỤ HUYNH HOẶC NGƯỜI ĐẠI DIỆN KHÁC (NẾU CÓ)		SỐ ĐIỆN THOẠI (KỂ CẢ SỐ VÙNG)	NGÀY

Tôi không phải là người có tên trong hồ sơ, tôi được phép ký tên bởi vì tôi là: (đính kèm bằng chứng là người có thẩm quyền)

Phụ huynh Giám Hộ Pháp Định (đính kèm lệnh tòa) Đại diện cá nhân Người khác:

THÔNG BÁO CHO NGƯỜI NHẬN TIN TỨC: Nếu những hồ sơ này có các tin tức về bệnh HIV, STD, hoặc AIDS, thì quý vị không được tiết lộ thêm những tin tức đó cho một nơi nào khác nếu không có sự cho phép cụ thể của thân chủ. Nếu quý vị nhận được tin tức liên quan đến việc thân chủ nghiện thuốc hoặc rượu, thì quý vị phải kèm theo phần dưới đây khi tiết lộ những tin tức này thêm cho một nơi nào khác theo như đòi hỏi của 42 CFR 2.32:

Tin tức này được tiết lộ cho quý vị từ hồ sơ được bảo vệ trong điều luật giữ kín của Liên Bang (42 CFR phần 2). Luật Liên Bang nghiêm cấm việc quý vị tiết lộ thêm về những tin tức này cho một nơi khác trừ khi việc tiết lộ đó đã được cho phép bằng thư rõ ràng khi gửi đến cho một người nào hoặc như đã được cho phép trong 42 CFR phần 2. Loại đơn cho phép tổng quát về tiết lộ y tế hoặc các tin tức khác là KHÔNG được dùng cho mục đích này. Điều luật của Liên Bang là cấm tuyệt đối việc sử dụng các tin tức để điều tra về hình sự hoặc truy tố bất cứ một bệnh nhân nào bị nghiện thuốc hoặc rượu.

HƯỚNG DẪN VỀ CÁCH ĐIỀN ĐƠN ỨNG THUẬN

Mục đích: Dùng đơn này khi quý vị cần sự ưng thuận để xử dụng những tin tức kín mật thường xuyên liên tục về bệnh nhân trong phạm vi của DSHS hoặc để tiết lộ tin tức đó cho các cơ quan khác dùng để phối hợp các dịch vụ hoặc để điều trị, trả tiền hay sự hoạt động của cơ quan hoặc những mục đích khác được luật pháp công nhận. Thân chủ là người nhận các quyền lợi hoặc dịch vụ từ DSHS.

Cách dùng: Nếu được, nên điền đơn này bằng máy điện toán cho dễ đọc. **Mỗi người phải điền một bản riêng, kể cả trẻ em.** Chữ “quý vị” trong phần hướng dẫn cách điền có nghĩa là nhân viên của DSHS và “quý vị” trong đơn ứng thuận có nghĩa là thân chủ. Tiết lộ hồ sơ là bao gồm việc xử dụng hoặc cho nơi khác biết những tin tức kín mật về thân chủ.

Những phần trong đơn:

CHI TIẾT CÁ NHÂN:

- **Tên:** Mỗi bản chỉ viết một tên thân chủ. Nhớ điền vào những tên trước đây mà thân chủ có thể đã dùng khi nhận các dịch vụ.
- **Ngày Sanh:** Cần phải có để phân biệt thân chủ và những người khác trùng tên.
- **Số ID:** Ghi số thẻ căn cước của thân chủ hoặc giấy tờ khác như số an sinh xã hội (không bắt buộc) để giúp cho việc phân biệt hồ sơ cũng như để theo dõi về lý lịch và các dịch vụ đã nhận.
- **Địa chỉ và số điện thoại:** Tin tức bổ túc nhằm giúp trong việc tìm kiếm và nhận ra hoặc liên lạc với thân chủ.
- **Chi tiết khác:** Trong ô này ghi vào thêm bất cứ tin tức nào có thể giúp trong việc tìm kiếm hồ sơ có bao gồm những phần liên quan đến DSHS với các dịch vụ, tên của người thân trong gia đình, hoặc các tin tức thích hợp khác.

ỨNG THUẬN (CHO PHÉP):

- **Các cơ quan hoặc những người trao đổi hồ sơ:** Khi thân chủ điền vào đơn này nghĩa là đã cho phép việc xử dụng và tiết lộ những tin tức kín mật trong tất cả phạm vi của DSHS. DSHS sẽ được tiết lộ và nhận các tin tức kín mật từ các cơ quan bên ngoài hoặc những người có nêu tên. Cung cấp tin tức chi tiết về các cơ quan hoặc nơi chăm sóc, kể cả tên, địa chỉ hoặc địa điểm nếu có thể. Quý vị cũng có thể đính kèm một danh sách các cơ quan đã được cho phép để tiết lộ tin tức đồng thời phải có chữ ký của thân chủ.
- **Tin tức bao gồm:** Các thân chủ phải cho biết những hồ sơ nào được sự ưng thuận cho tiết lộ. Thân chủ có thể cho tiết lộ tất cả các hồ sơ hiện có hoặc có thể giới hạn các hồ sơ về những ngày tháng nào đó, hoặc loại ngay nguồn hồ sơ. Nếu thân chủ không ký tên vào bản ứng thuận hoặc không ghi rõ cụ thể loại hồ sơ, thì hồ sơ đó sẽ vẫn được tiết lộ nếu luật cho phép. Quý vị có thể đính kèm một danh sách những hồ sơ được tiết lộ có chữ ký của thân chủ. Nếu có bất cứ hồ sơ nào bao gồm tin tức liên quan đến bệnh tâm thần (RCW 71.05.620), thử nghiệm hoặc điều trị HIV/AIDS hay STD (RCW 70.02.220), các dịch vụ điều trị bệnh nghiện thuốc và rượu (42 CFR 2.31(a)(5)), thì thân chủ phải đánh dấu trong những phần này và nói rõ rằng họ cho phép tiết lộ những hồ sơ này. Đơn này không có giá trị trong việc bao gồm những ghi chú về chữa trị tâm thần chiếu theo 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) và phải điền vào một bản riêng bao gồm những hồ sơ đó.
- **Thời hạn:** Bao gồm ngày hết hạn của đơn ứng thuận trong chương trình của quý vị hoặc do luật quy định.
- **Thông hiểu:** Hãy chắc chắn người thân chủ thông hiểu rằng họ đã cho phép và các tin tức sẽ được tiết lộ thế nào và lý do để tiết lộ. Nếu cần, hãy dùng bản đã được chuyển ngữ hoặc có thông dịch viên đọc bản ứng thuận cho thân chủ. Nếu thân chủ cần biết thêm chi tiết, hãy cho họ bản sao bổ túc về Thông Báo Quyền Riêng Tư của DSHS hoặc giới thiệu thân chủ qua nhân viên đặc trách về tiết lộ hồ sơ công cộng ở ban ngành của quý vị.

KÝ TÊN:

- **Thân chủ:** Yêu cầu thân chủ hoặc đứa trẻ trên lứa tuổi được cho phép sự ưng thuận (13 tuổi đối với bệnh tâm thần và các dịch vụ chữa trị bệnh nghiện thuốc và rượu; 14 tuổi đối với bệnh HIV/AIDS và STD khác; bất cứ lứa tuổi nào đối với ngừa thai và phá thai; 18 tuổi đối với chăm sóc sức khỏe và các hồ sơ khác) ký tên vào ô này và ghi ngày ký tên. Thân chủ có thể đánh dấu vào ô này thay vì ký tên nếu quý vị là người chứng.
- **Cơ Quan Liên Lạc hoặc Nhân Chứng:** Quý vị sẽ ký tên vào ô này nếu quý vị là người gặp mặt và giải thích đơn này với thân chủ. Xin ghi vào số điện thoại của quý vị. Nếu thân chủ sẽ ký tên vào bản này bên ngoài văn phòng làm việc, hãy cho thân chủ biết là cần người chứng ký tên vào ô này và xin cho biết số điện thoại. Người thị thực chữ ký có thể là người chứng cho chữ ký của thân chủ.
- **Phụ Huynh hoặc Người Đại Diện Khác:** Nếu thân chủ là đứa trẻ dưới tuổi được cho phép sự ưng thuận, thì phụ huynh hoặc người giám hộ phải ký tên vào. Nếu đứa trẻ chưa đến tuổi để cho sự ưng thuận về việc tiết lộ tất cả các hồ sơ, thì cả đứa trẻ lẫn phụ huynh đều phải ký tên. Nếu thân chủ chưa được xác định hợp pháp là người không đủ khả năng, thì người giám hộ do tòa chỉ định phải ký tên và cung cấp bản sao của sắc lệnh. Nếu một người nào đó ký trong một tư cách khác (kể cả người có thẩm quyền của luật sư hoặc đại diện về tài sản), thì đánh dấu là “người khác” và lấy bản sao của lệnh thừa hành hợp pháp. Người ký tên phải ghi ngày ký và cho biết số điện thoại hoặc các chi tiết để liên lạc.