# اجازه نامه
## Authorization

Washington State Department of Social & Health Services

**اجازه نامه برای ارائه سوابق DSHS:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| اسم نام خانوادگی | نام | نام میانی | تاریخ تولد |
| اطلاعات زیر می تواند در یافتن سوابق کمک کند | اسامی قبلی | | |
| شماره شناسایی متقاضی | شماره شناسایی های دیگر | تاریخ دریافت خدمات | محل دریافت خدمات |

**ارائه به:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| اسم نام خانوادگی | نام | نام میانی | عنوان |
| سازمان یا نام کسب و کار در صورت مرتبط بودن | | | |
| آدرس | شهر | ایالت | کد پستی |
| شماره تلفن (شامل کد منطقه) | شماره فکس (شامل کد منطقه) | آدرس ایمیل | |
| دلیل ارائه | | | |

**اجازه نامه:**

منابع: من به این برنامه های DSHS اجازه می دهم تا اطلاعات محرمانه درباره من را مطابق با شرح زیر ارائه نموده یا امکان دسترسی به آنها را ایجاد کنند. اطلاعات ممکن است به صورت شفاهی یا از طریق انتقال کامپیوتری، پست، فکس یا ارسال حضوری ارائه شود.

☐ فقط برنامه های زیر (همه موارد مرتبط را علامت بزنید)

- ☐ سلامت و بازیابی سلامت رفتاری (DBHR)
- ☐ پشتیبانی کودک (DCS)
- ☐ معلولیت های رشد (DDD)
- ☐ امور بازپروری نوجوانان (JRA)
- ☐ بازپروری شغلی (DVR)
- ☐ سایر: _____
- ☐ اداره امور کودکان (CA)
- ☐ خدمات تامین اجتماعی (CDS- کمک هزینه دولتی)
- ☐ خدمات خانگی و اجتماعی (HCS)
- ☐ خدمات مراقبت در منزل (RCS)
- ☐ موسسات ایالتی سلامت روان (ESH, WSH, CSTC, SCC)

☐ کلیه بخشهای سازمان خدمات اجتماعی و بهداشت (DSHS)

سوابق: من اجازه می دهم این سوابق DSHS ارائه شود:

- ☐ سوابق متقاضی که توسط بخش هایی از DSHS که در قسمت فوق مشخص شد نگهداری می شود
- ☐ سایر سوابق محرمانه من که توسط بخش هایی از DSHS که در قسمت فوق مشخص شد نگهداری می شود
- ☐ فقط این سوابق:
- ☐ کلیه سوابق متقاضی من
- ☐ سوابق موجود در لیست ضمیمه

مایلم این محدودیتها را برای ارائه سوابق تعیین کنم (از نظر تاریخ، نوع سوابق، غیره)

**لطفاً توجه داشته باشید: اگر سوابق متقاضی یا محرمانه شما حاوی هر یک از اطلاعات زیر باشد، برای ارائه اجازه ارائه آن باید قسمت زیر را تکمیل کنید:**

سوابق خاص: من اجازه می دهم این سوابق برای DSHS ارائه شود (همه موارد مرتبط را علامت بزنید):

- ☐ نتایج آزمایشات، تشخیص یا سابقه درمانی HIV/AIDS، بیماری های مقاربتی (RCW 70.24.105)
- ☐ سوابق سلامت روان (RCW 71.05.630) شامل:
- ☐ سوابق وابستگی شیمیایی (CD) (42 CFR بخش 2) شامل:

- این اجازه نامه به مدت 180 روز معتبر است یا ☐ تا _____ (تاریخ یا رویداد).
- می توانم در هر زمانی که مایل باشم اجازه خود را به صورت کتبی لغو کنم، اما این موضوع تاثیری بر اطلاعاتی که پیش از این ارائه شده نخواهد داشت.
- می دانم که پس از این اجازه برای ارائه، سوابق من دیگر تحت پوشش قوانینی که برای DSHS وجود دارد نخواهد شد.
- یک کپی از این فرم برای صدور اجازه من جهت ارائه اطلاعات معتبر است. DSHS ممکن است برای ارائه کپی از این فرم، هزینه ای دریافت کند.

| | | |
|---|---|---|
| ارائه اجازه توسط (امضا) | تاریخ امضا | شماره تلفن (شامل کد منطقه) |
| نام با حروف درشت چاپی | شاهد/ سردفتر اسناد رسمی (امضا و نام با حروف درشت و چاپی، در صورت مرتبط بودن) | |

اگر من سوابق درباره من نیست، من به این دلیل مجاز هستم اجازه صادر کنم که: (مدرک داشتن اختیار قانونی را ضمیمه کنید)

☐ ولی فرد زیر سن قانونی هستم ☐ قیم قانونی هستم ☐ نماینده شخصی هستم ☐ سایر:

**تذکر برای افرادی که این اطلاعات را دریافت می کنند: اگر سوابق حاوی اطلاعاتی درباره HIV، بیماری های مقاربتی یا سوء مصرف مشروبات الکلی یا مواد مخدر بود، شما مطابق با قوانین فدرال، بدون کسب اجازه اختصاصی از فرد مذکور و تامین الزامات خاص قانونی، مجاز نیستید این اطلاعات را بیش از این ارائه کنید.**

**دستورالعمل تکمیل فرم اجازه نامه**

**هدف:** وقتی می خواهید DSHS قادر باشد اطلاعات محرمانه مربوط به شما یا فرد دیگری را ارائه کند (شامل یک وکیل، قانونگذار یا خویشاوند)، باید از این فرم استفاده کنید. شما می توانید انتخاب کنید اجازه ارائه کلیه سوابق محرمانه ای که DSHS درباره شما در اختیار دارد را صادر کنید و یا می توانید اجازه خود را به سوابق خاص یا بخشهای مشخصی از سازمان محدود کنید. این فرم همچنین به DSHS اجازه می دهد تا درباره وضعیت شما به صورت شفاهی با فردی که اجازه می دهید، صحبت کند.

**نکته برای متقاضیان:** اکثر اطلاعات متقاضیانی که DSHS در اختیار دارد، محرمانه هستند و امکان ارائه آن برای دیگران وجود ندارد، مگر اینکه شما اجازه صادر کرده باشید یا ارائه آن مطابق با قانون مجاز باشد. پس از اینکه DSHS اطلاعات محرمانه شما را ارائه کرد، لطفاً اطلاع داشته باشید که ممکن است دریافت کننده اطلاعات مطابق با همان قوانینی که برای DSHS صادق است، از سوابق شما محافظت نکند. اگر این فرم را به منظور ارائه اجازه ارائه اطلاعات به DSHS امضا نکنید، DSHS نمی تواند از ارائه مزایا به شما اجتناب کند؛ مگر اینکه اجازه شما برای بررسی صلاحیت دریافت مزایا الزامی باشد. برای کسب اطلاعات درباره نحوه اشتراک اطلاعات توسط DSHS و آگاهی از حقوق حریم خصوصی خود، لطفاً به اعلامیه DSHS برای اصول حریم خصوصی مراجعه کنید، یا از فردی که این فرم را به شما می دهد سوال کنید. می توانید یک کپی از این فرم دریافت نمایید.

**استفاده:** می توانید این فرم را به صورت الکترونیکی یا دستی تکمیل کنید. برای حرکت بین قسمت های مختلف در یک دستگاه کامپیوتر، از کلید Tab استفاده کنید. **برای هر فردی که اطلاعات وی درخواست شده است باید یک فرم جداگانه تکمیل شود، از جمله برای کودکان.** "شما" به فردی اطلاق می شود که سوابق درباره اوست.

**قسمتهای فرم:**

مشخصات شناسایی فردی که سوابق مربوط به ایشان است:

- نام: نام کامل خود یا فردی که سوابق او درخواست شده (اگر به نیابت از کسی اقدام می کنید) را ذکر کنید.
- تاریخ تولد: لطفاً اطلاعات لازم برای شناسایی شما از میان افراد دارای نام مشابه را ارائه دهید.

اطلاعات اختیاری به منظور کمک به یافتن اطلاعات:

- اسامی قبلی: شامل هر نام دیگری که در زمان دریافت مزایا یا خدمات به کار می رفته است.
- شماره شناسایی متقاضی: هر شماره شناسایی که DSHS تعیین کرده را ارائه دهید.
- شماره شناسایی های دیگر: شامل شماره سوشال سکیوریتی یا سایر شماره های شناسایی که می تواند به DSHS کمک کند سوابق را بیابد.
- تاریخ و محل خدمات: اطلاعاتی که به DSHS در یافتن سوابق مورد نظر برای ارائه کمک می کند را ارائه دهید.

فرد دریافت کننده سوابق:

- شناسایی: لطفاً این قسمت را تا جایی که می توانید با ارائه اطلاعات بیشتر تکمیل کنید تا بتوانیم با فرد یا سازمانی که به اطلاعات محرمانه شما دسترسی خواهد داشت تماس بگیریم.
- دلیل ارائه: پیش از اینکه DSHS بتواند سوابق مربوط به سوء مصرف مشروبات الکلی یا مواد مخدر یا سوابق سلامت روان را ارائه کند، به این اطلاعات نیاز دارد. اگر این قسمت را تکمیل نکنید، DSHS دلیل ارائه اطلاعات را درخواست شما اعلام خواهد کرد.

اجازه نامه:

- بخشهای DSHS: لطفاً بخشهایی از DSHS را که مایلید اطلاعات آن ارائه شود را مشخص کنید یا اگر مایلید کلیه سوابقی که DSHS درباره شما دارد ارائه شود، خانه پایینی را علامت بزنید. اگر نام بخش مورد نظر شما در لیست وجود ندارد، نام برنامه را در قسمت "سایر" بنویسید.
- اطلاعات ارائه شده: مشخص می کند که مایلید چه اطلاعاتی ارائه شود. می توانید اجازه دهید کلیه سوابق متقاضی DSHS یا بخشی از آن ارائه شود. همچنین می توانید ارائه اطلاعات را به بخشهایی از سازمان که در قسمت فوق علامت زده اید یا به سوابق خاص نامبرده در این فرم یا ضمیمه ای که امضا کردید، محدود کنید. اگر محدودیتی در اطلاعاتی که می خواهید ارائه کنید وجود داشته باشد، سوابق خاص را نام ببرید یا محدودیتها را شرح دهید. مانند تاریخ خدمات یا نوع سوابق.
- سوابق دارای محدودیت: اگر اطلاعات مربوط به آزمایش یا درمان HIV/AIDS یا بیماریهای مقاربتی، درمانهای سلامت روان یا خدمات سوء مصرف مشروبات الکلی یا مواد مخدر باشد، شما باید هر مورد را مشخص کنید تا به DSHS اجازه ارائه این سوابق را بدهید. برای اجازه ارائه یادداشتهای روان درمانی باید فرم جداگانه ای را تکمیل کنید ((ii) (3) (b)164.508 CFR 45).
- اعتبار: این فرم اجازه ارائه اطلاعاتی را می دهد که DSHS هم اکنون در اختیار دارد. اجازه شما طی 180 روز بعد از تاریخ امضا یا هر تاریخی که ذکر کرده باشید، از درجه اعتبار ساقط می شود. می توانید هر زمان که مایل بودید اجازه ارائه را به صورت کتبی لغو کنید اما برای پس گرفتن اطلاعاتی که قبلاً طبق اجازه قبلی شما ارائه شده، نمی توان اقدامی انجام داد.
- هزینه: قوانین سوابق عمومی ذکر شده در RCW 42.56.120 و WAC 388-01-080 به DSHS اجازه می دهد تا مبلغی را در مقابل ارائه نسخه هایی از سوابق به همراه هزینه ارسال، دریافت کند. بیمارستانهای دولتی و مراکز خدمات درمانی ممکن است مطابق با بند RCW 70.02، هزینه های بیشتری دریافت کنند.

امضاها:

- اگر شما دارنده سوابق هستید، قسمت زیر را امضا نموده و نام خود را با حروف درشت و واضح بنویسید یا چاپ کنید. تاریخ امضا به اضافه شماره تلفن یا شماره تماس را نیز ذکر کنید.
- اگر به جای فرد دیگری امضا می کنید، مشخص کنید که به چه دلیل مجاز به انجام این کار هستید و یک نسخه از حکم دادگاه یا سایر اسنادی که این اجازه قانونی را به شما می دهد، ارائه کنید. کودکان نیز اگر به سن قانونی رضایت رسیده باشند، باید برای ارائه اطلاعات محرمانه خود اجاره صادر کنند (13 برای سوابق سلامت روان و خدمات سوء مصرف مشروبات الکلی و مواد مخدر)؛ 14 برای اطلاعات مربوط به HIV/AIDS یا بیماری های مقاربتی؛ هر سنی برای جلوگیری از بارداری و برای سقط جنین؛ 18 برای سوابق بهداشتی یا سایر سوابق).
- شاهد یا سردفتر اسناد رسمی: اگر این فرم را شخصاً تحویل ندهید یا اگر برنامه ای مستلزم تایید هویت باشد، یک شاهد یا سردفتر اسناد رسمی برای تایید هویت شما مورد نیاز است. این فرد نیز باید فرم را امضا کند و نام خود را بنویسد.

تذکر برای DSHS: اگر این سوابق دارای اطلاعاتی درباره HIV یا بیماری های مقاربتی باشند، DSHS باید به دریافت کنندگان این سوابق اطلاع دهد که این اطلاعات محرمانه هستند و آنها بدون کسب اجازه خاص مطابق با RCW 70.24.105(5) دیگر اجازه ارائه بعدی آنها را نخواهند داشت. اگرDSHS نسخه هایی از سوابق در زمینه خدمات سوء مصرف مواد مخدر یا یا مشروبات الکلی را ارسال کند، DSHS باید اظهارنامه زیر را مطابق با 42 CFR 2.32 به همراه اطلاعات ارسال نماید:

این اطلاعات از میان سوابق محافظت شده توسط قانون محرمانگی فدرال (42 CFR بخش 2) با شما به اشتراک گذاشته شده است. قوانین فدرال شما را منع می کند که بدون کسب اجازه اختصاصی و کتبی از سوی فردی که اطلاعات متعلق به اوست، این اطلاعات را مجدداً ارائه کنید مگر اینکه مطابق با قانون 42 CFR بخش 2، این ارائه قانونی و مجاز باشد. اجازه عمومی برای ارائه اطلاعات پزشکی یا سایر اطلاعات، برای این کار کافی **نیست**. قوانین فدرال هرگونه استفاده از اطلاعات به منظور انجام بررسی های قضایی درباره بیمار سوء مصرف مشروبات الکلی یا مواد مخدر یا برای تحت پیگرد قانونی قرار دادن وی را ممنوع می کند.