Washington State Department of Social & Health Services

Autorisation
Authorization

AUTORISATION DE DIVULGATION DES DOSSIERS DU DSHS DE :

NOM	PRÉNOM	DEUXIÈME PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE

Les renseignements suivants peuvent aider à trouver les dossiers :	ANCIENS NOMS

NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU CLIENT	AUTRE NUMÉRO D'IDENTIFICATION	DATES DE SERVICE	LIEU DE SERVICE

DIVULGUER À :

NOM	PRÉNOM	DEUXIÈME PRÉNOM	TITRE

NOM DE L'ORGANISATION OU DE L'ENTREPRISE, LE CAS ÉCHÉANT

ADRESSE	VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (INDIQUER L'INDICATIF)	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR (INDIQUER L'INDICATIF)	ADRESSE ÉLECTRONIQUE

RAISON DE LA DIVULGATION

AUTORISATION :

SOURCES : J'autorise les programmes du DSHS suivants à divulguer ou à donner accès aux renseignements confidentiels me concernant de la manière décrite ci-dessous. Les renseignements peuvent être fournis verbalement ou par transfert de données informatiques, courriel, télécopieur ou livraison en personne.

☐ Les programmes suivants seulement (cochez tous les choix qui s'appliquent) :

- ☐ Santé comportementale et rétablissement (Behavioral Health and Recovery) (DBHR)
- ☐ Administration des enfants (Children's Administration) (CA)
- ☐ Pensions alimentaires (Child Support) (DCS)
- ☐ Services communautaires (Community Services) (CSD – public assistance)
- ☐ Troubles développementaux (Developmental Disabilities) (DDD)
- ☐ Services au foyer et communautaires (Home and Community Services) (HCS)
- ☐ Administration de la réhabilitation juvénile (Juvenile Rehabilitation Administration) (JRA)
- ☐ Services de soins résidentiels (Residential Care Services) (RCS)
- ☐ Réhabilitation professionnelle (Vocational Rehabilitation) (DVR)
- ☐ Institutions de santé mentale d'État (State Mental Health Institutions) (ESH, WSH, CSTC, SCC)
- ☐ Autre : _____

☐ Toutes les parties du Département des services sociaux et de santé (Department of Social and Health Services) (DSHS)

DOSSIERS : J'autorise la divulgation des dossiers du DSHS suivants :

- ☐ Dossiers de clients conservés par des parties du DSHS indiquées ci-dessus
- ☐ Dossiers de tous mes clients
- ☐ Autres dossiers confidentiels conservés par des parties du DSHS indiquées ci-dessus
- ☐ Dossiers sur la liste jointe
- ☐ Les dossiers suivants seulement :

Je veux limiter les dossiers qui seront divulgués de manière suivante, etc.) :

VEUILLEZ NOTER : Si vos dossiers de client ou confidentiels incluent n'importe quels des renseignements suivants, vous devez également remplir la section ci-dessous en vue d'assurer la divulgation desdits dossiers.

DOSSIERS SPÉCIAUX : J'autorise la divulgation des dossiers du DSHS suivants (cochez tous les choix qui s'appliquent) :

- ☐ Résultats de tests, diagnostics et dossiers de traitement touchant au VIH/SIDA et à d'autres MTS
- ☐ Dossiers de santé mentale (RCW 71.05.630), dont :
- ☐ Dossiers de chimiodépendance (CD) (CFR 42, partie 2), dont :

- Cette permission est valide pour 180 jours ou ☐ jusqu'au/jusqu'à _____ (date ou événement).
- Je peux révoquer ou retirer ma permission par écrit en tout temps, mais ceci n'aura aucun effet sur les renseignements déjà divulgués.
- Je comprends qu'il est possible que mes dossiers ne soient plus protégés par les lois qui s'appliquent au DSHS après cette divulgation.
- Une copie de ce formulaire en vue d'autoriser la divulgation des dossiers. Le DSHS peut exiger des frais pour fournir des copies de ses dossiers.

AUTORISÉ PAR (SIGNATURE)	DATE DE LA SIGNATURE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (INDIQUER L'INDICATIF)

NOM EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE	TÉMOIN/NOTAIRE (SIGNATURE ET NOM EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE, LE CAS ÉCHÉANT)

Je ne suis pas la personne sur qui portent ces dossiers, mais suis autorisé(e) parce que je suis : (joindre une preuve d'autorité)

☐ Parent d'un mineur ☐ Tuteur(rice) légal(e) ☐ Représentant(e) personnel(le) ☐ Autre :

Avis aux personnes recevant les renseignements : Si ces dossiers contiennent des renseignements sur le VIH, des MTS ou des abus de drogue ou d'alcool, vous n'avez le droit de divulguer ces derniers plus avant dans le cadre de la loi fédérale et d'État sans la permission du sujet et sans répondre à certaines exigences légales.

DIRECTIVES DU FORMULAIRE D'AUTORISATION

Objectif : Vous devriez utiliser ce formulaire si vous voulez que le DSHS puisse divulguer des renseignements confidentiels sur vous à une autre personne (y compris un avocat, un législateur ou un parent). Vous pouvez donner au DSHS la permission de divulguer tous les dossiers confidentiels qu'il détient sur vous ou pouvez limiter votre permission à des dossiers spécifiques ou à certaines parties de l'agence. Ce formulaire permettra également au DSHS de discuter verbalement de votre situation avec la personne que vous avez autorisée.

Avis aux clients : La plupart des renseignements sur les clients que possède le DSHS sont confidentiels et ne seront pas divulgués à autrui à moins que vous ne le permettiez ou si la divulgation en est permise par la loi. Sachez qu'après que le DSHS divulgue vos renseignements personnels, il est possible que le destinataire ne protège pas vos dossiers selon les mêmes lois qui s'appliquent au DSHS. Le DSHS ne peut vous refuser des prestations si vous ne signez pas ce formulaire pour ainsi autoriser la divulgation de renseignements au DSHS, à moins que votre autorisation ne soit requise en vue de déterminer l'admissibilité. Pour en savoir plus sur la façon dont le DSHS partage les renseignements confidentiels des clients et sur vos droits en matière de confidentialité, veuillez consulter l'Avis sur les pratiques de confidentialité ou demandez à la personne qui vous a donné ce formulaire. Vous pouvez obtenir une copie de ce formulaire.

Utilisation : Vous pouvez remplir ce formulaire à la main ou de manière électronique. Utilisez la touche tabulation sur un ordinateur pour passer d'un champ à l'autre. **Un formulaire à part doit être rempli pour chaque personne dont on demande les dossiers, y compris les enfants.** « Vous » renvoie au sujet des dossiers.

Parties du formulaire :

IDENTIFICATION DU SUJET DES DOSSIERS :

- Nom : Indiquez votre nom complet ou le nom complet de la personne dont les dossiers sont demandés si vous agissez au nom de quelqu'un d'autre.
- Date de naissance : Veuillez inclure les renseignements requis pour vous distinguer des personnes portant le même nom que vous.

RENSEIGNEMENTS OPTIONNELS en vue d'aider à trouver des dossiers :

- Anciens noms : Incluez tout autre nom ayant été utilisé pour recevoir des prestations ou des services.
- Numéro d'identification du client : Indiquez tout numéro que le DSHS vous a attribué.
- Autre numéro d'identification : Indiquez un numéro de sécurité sociale ou un autre identifiant qui pourrait aider à trouver les dossiers du DSHS sur votre personne.
- Date et lieu d'octroi des services : Indiquez ces renseignements en vue d'aider le DSHS à vous identifier et à trouver les dossiers que vous souhaitez divulguer.

PERSONNE RECEVANT LES DOSSIERS :

- Identification : Veuillez remplir cette section dans toute la mesure possible afin que nous puissions communiquer avec la personne ou l'organisation qui aura accès à vos renseignements confidentiels.
- Raison de la divulgation : Ces renseignements sont requis avant que le DSHS puisse partager des dossiers en lien à la consommation de drogue et d'alcool et à la santé mentale. Si vous ne remplissez pas ce champ, le DSHS indiquera que les renseignements sont divulgués à votre demande.

AUTORISATION :

- Parties du DSHS : Veuillez indiquer les parties du DSHS dont vous souhaitez divulguer les dossiers ou cochez la case au bas de cette section si vous souhaitez autoriser l'accès aux dossiers que le DSHS détient sur vous. Écrivez le nom du programme dans la section « Autre » s'il n'est pas dans la liste.
- Renseignements divulgués : Indiquez les dossiers que vous souhaitez divulguer. Vous pouvez permettre la divulgation de tous ou d'une partie des dossiers de client que le DSHS a sur vous. Vous pouvez également limiter la divulgation aux dossiers de client que ne possèdent que les parties de l'agence indiquées dans la section ci-dessus, ou aux dossiers spécifiques indiqués sur ce formulaire ou sur une pièce jointe portant votre signature. Si vous souhaitez limiter les dossiers à divulguer, veuillez indiquer précisément les dossiers touchés ou décrire les limites en question, par exemple selon la date d'octroi des services ou le type de dossier.
- Dossiers restreints : Si n'importe quels des dossiers peuvent inclure des renseignements sur des tests de VIH/SIDA ou de MTS ou sur le traitement de ces maladies, sur le traitement de maladies mentales ou sur des services touchant à la consommation de drogues ou d'alcool, vous devez cocher chacun des éléments afin d'ainsi permettre au DSHS de divulguer ces dossiers. Vous devez remplir un formulaire spécial à part pour autoriser la divulgation de notes de psychothérapie (CFR 45 164.508(b) (3) (ii)).
- Validité : Ce formulaire donne accès aux renseignements actuellement en possession du DSHS. Votre permission expire 180 jours après votre signature ou à n'importe quelle autre date que vous indiquée. Vous pouvez en tout temps révoquer par écrit la permission de divulguer vos dossiers, mais il se peut qu'il soit trop tard pour ce qui est des renseignements déjà divulgués.
- Coût : La loi sur les dossiers publics du RCW 42.56.120 et du WAC 388-01-080 permet au DSHS d'exiger des frais pour les copies de dossiers et leur envoi postal. Les hôpitaux d'État et les installations de soins de santé peuvent imposer des frais plus élevés pour les dossiers de patient dans le cadre du chapitre 70.02 du RCW.

SIGNATURES :

- Si vous êtes le sujet des dossiers, signez votre nom et écrivez-le en caractères d'imprimerie ou tapez-le ci-dessous. Indiquez la date à laquelle vous avez signé ainsi que votre numéro de téléphone ou celui d'un contact.
- Si vous signez pour quelqu'un d'autre, indiquez-en la raison sur la dernière ligne et joignez une copie de l'ordonnance de tribunal ou de tout autre document vous conférant une autorisation légale. Les enfants doivent également signer en vue d'autoriser la divulgation de leurs propres dossiers confidentiels s'ils ont passé l'âge du consentement (13 ans pour les services touchant à la maladie mentale et à la consommation de drogues et d'alcool; 14 ans pour ceux touchant au VIH/SIDA ou autres MTS; n'importe quel âge pour le contrôle des naissances et les avortements; 18 ans pour les dossiers de santé ou autres).
- Témoin ou notaire : Un témoin ou un notaire peut être requis en vue de vérifier votre identité si vous ne soumettez pas ce formulaire en personne ou si un programme exige une vérification. Cette personne devrait signer son nom et l'écrire en caractères d'imprimerie.

AVIS AU DSHS : Si ces dossiers contiennent des renseignements touchant au VIH ou à des MTS, le DSHS doit avertir les destinataires que de tels renseignements sont confidentiels et qu'ils ne peuvent divulguer les dossiers plus avant sans une autorisation spécifique comme requis par le RCW 70.24.105(5). Si le DSHS envoie des copies de dossiers touchant à des services en lien à la consommation d'alcool ou de drogue avec cette autorisation, il doit inclure la déclaration suivante au moment de divulguer les renseignements comme requis par CFR 42 2.32 :

> Ces renseignements vous ont été divulgués à partir de dossiers protégés par les règles fédérales sur la confidentialité (CFR 42 partie 2). Les règles fédérales vous interdisent de divulguer plus avant ces renseignements à moins que cela ne soit expressément permis par le consentement écrit de la personne à qui ils se rapportent ou par le CFR 42 partie 2. Une autorisation générale de divulgation de renseignements médicaux ou autres n'est PAS suffisante à cette fin. Les règles fédérales restreignent toute utilisation de ces renseignements à des fins d'une enquête criminelle ou de poursuite en justice de tout patient souffrant d'abus de drogue ou d'alcool.