

Հաճախորդի նույնականացում		
ԱՆՈՒՆ	ԾՆՆԴՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎ	ՆՈՒՅՆԱԿԱՆԱՅՄԱՆ ՀԱՄԱՐ
ՀԱՍՑԵ	ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ
ՔԵՆՈՒՆՈՍԱԿԱՆԱՐ (ՆԵՐԱՌՅԱԼ ՏԱՐԱԾՔԱՅԻՆ ԿՈՂԸ)	ԱՅԼ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ	



Համաձայնություն Consent

Ծանուցում հաճախորդներին. Սոցիալական և Առողջապահության ծառայությունների վարչությունը (Department of Social and Health Services (DSHS)) կարող է Ձեզ ավելի լավ օգնել, եթե Դուք կարողանաք աշխատել այլ գործակալությունների և պրոֆեսիոնալ մասնագետների հետ, որոնք ճանաչում են Ձեզ և Ձեր ընտանիքը: Ստորագրելով այս ձևաթուղթը, Դուք Ձեր համաձայնությունն եք տալիս DSHS-ին և ստորև նշված գործակալություններին և անհատներին՝ օգտագործելու և կիսվելու Ձեր մասին գաղտնի տվյալներով: DSHS-ը չի կարող մերժել Ձեր նպատակները, եթե Դուք չստորագրեք այս ձևաթուղթը, եթե Ձեր իրավունակությունը որոշելու համար չի պահանջվում Ձեր համաձայնությունը: Եթե Դուք չեք ստորագրում այս ձևաթուղթը, DSHS-ը կարող է կիսել Ձեր մասին տեղեկատվությունը օրենքով թույլատրելի սահմանում: Եթե Դուք հարցեր ունեք այն մասին, թե ինչպես է DSHS-ը կիսում հաճախորդի գաղտնի տվյալները կամ Ձեր գաղտնիության իրավունքի վերաբերյալ, ապա խնդրում ենք ծանոթացեք DSHS-ի Գաղտնիության քաղաքականության ծանուցմանը (Notice of Privacy Practices) կամ հարցրեք այդ մասին այս ձևաթուղթը Ձեզ տրամադրող անձին:

Համաձայնություն

1. Ես համաձայնում եմ իմ մասին գաղտնի տեղեկատվության օգտագործմանը DSHS-ի շրջանակում՝ ինձ համար ծառայություններ, բուժում, վճարումներ և նպաստներ պլանավորելու, տրամադրելու և համակարգելու նպատակով, ինչպես նաև օրենքով սահմանված այլ նպատակներով: Ես նաև համաձայնություն եմ տալիս DSHS-ին և ստորև նշված գործակալություններին, մատակարարներին կամ անձանց՝ օգտագործելու իմ գաղտնի տեղեկատվությունը և դրանք հայտնելու միմյանց՝ այդ նպատակների համար: Տեղեկատվությունը կարող է փոխանցվել բանավոր կամ էլեկտրոնային եղանակով, փոստով կամ ձեռքով:

Քացահայտման պատճառը՝ Այս տեղեկատվությունը պահանջվում է՝ նախքան DSHS-ը կտրամադրի թմրամիջոցների և ալկոհոլի կամ մտավոր առողջության մասին տվյալներ: Եթե չլրացնեք այս դաշտը, DSHS-ը որպես քացահայտման պատճառ կնշի Ձեր խնդրանքը:

Խնդրում ենք ստորև նշել բոլոր կողմերին, որոնք նույնպես ներառված են համաձայնության մեջ, DSHS-ից բացի, և հստակեցնել նրանց անունները և հասցեները՝

- Առողջապահական խնամք տրամադրողներ՝ _____
- Մտավոր առողջապահական խնամք տրամադրողներ՝ _____
- Թմրանյութերի օգտագործման խանգարումների ծառայություններ տրամադրողներ՝ _____
- DSHS-ի հետ պայմանագիր կնքած այլ ծառայություններ տրամադրողներ՝ _____
- Բնակարանային ծրագրեր՝ _____
- Դպրոցական շրջաններ կամ քոլեջներ՝ _____
- Ուղղիչ աշխատանքային բաժիններ՝ _____
- Աշխատանքային անվտանգության բաժին և դրա աշխատանքային գործընկերներ՝ _____
- Սոցիալական ապահովության կառավարում և այլ դաշնային գործակալություն՝ _____
- Տես կից ցանկը
- Այլ՝ _____

2. Քացահայտման պատճառը՝ Խնամքի շարունակականություն Իրավական Անձնական Այլ.

3. Ես լիազորում եմ և համաձայնություն եմ տալիս փոխանցելու հետոյալ գրանցումները և տեղեկատվությունը (նշեք բոլոր կիրառելի տարբերակները)՝

- Իմ բոլոր գրառումները Կից ցանկով ներկայացված գրառումները
- Միայն հետևյալ գրառումները
 - Ընտանիքի, սոցիալական և աշխատանքի պատմություն
 - Բուժման կամ խնամքի պլաններ
 - Վճարման տվյալներ
 - Անհատական գնահատումներ
 - Դպրոց, կրթություն և ուսուցում
 - Մտավոր առողջապահական տեղեկություններ (նշեք)՝
 - Առողջապահական տեղեկություններ (նշեք)՝
 - Այլ (թվեք)՝ _____

Հաճախորդի նույնականացում		
ԱՆՈՒՆ	ԾՆՆԴՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎ	ՆՈՒՅՆԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ՀԱՄԱՐ
<p>Նկատի ունեցե՛ք. Եթե Ձեր հաճախորդի տվյալները ներառում են հետևյալ տեղեկություններից որևէ մեկը, Դուք պետք է նաև լրացնե՛ք այս բաժինը՝ այդ տվյալները ներառելու համար:</p> <p>Ես տալիս եմ իմ համաձայնությունը հետևյալ գրանցումները բացահայտելու համար (նշե՛ք բոլոր կիրառելի տարբերակները)՝</p> <p><input type="checkbox"/> Մտավոր առողջություն <input type="checkbox"/> ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ և ՍՃՓՀ (STD) թեստի արդյունքներ, ախտորոշում կամ բուժում</p> <p><input type="checkbox"/> Թմրանյութերի օգտագործման խանգարում</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Այս համաձայնությունը վավեր է մեկ տարի կամ <input type="checkbox"/> մինչև _____ (ամսաթիվ կամ իրադարձություն): • Ես կարող եմ ցանկացած պահին հետ կանչել կամ հրաժարվել այս համաձայնությունից գրավոր կերպով, սակայն դա չի անդադրառնա արդեն փոխանցված որևէ տվյալի: • Ես հասկանում եմ, որ սույն համաձայնության ներքո կիսված տվյալները չեն կարող այլևս պաշտպանված լինել DSHS-ի նկատմամբ կիրառվող օրենքներով: • Սույն ձևաթղթի կրկնօրինակը ուժի մեջ է՝ իմ տվյալները փոխանցելու վերաբերյալ իմ համաձայնությունը տալու համար: 		
ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ		ԱՄՍԱԹԻՎ
ԿԿԱՅԻ / ՆՈՏԱՐԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ, ԵԹԵ ԿԻՐԱՌԵԼԻ Է	ԿԿԱՅԻ / ՆՈՏԱՐԻ ՏՊԱԳԻՐ ԱՆՈՒՆ	ԱՄՍԱԹԻՎ
ԾՆՈՐԻ ԿԱՄ ԱՅԼ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ (ԵԹԵ ԿԻՐԱՌԵԼԻ Է)	ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐ (ՆԵՐԱՌՅԱԼ ՏԱՐԱԾԵՔՅԻՆ ԿՈՂԸ)	ԱՄՍԱԹԻՎ
<p>Եթե ես չեմ գրանցումների օբյեկտը, ես լիազորված եմ ստորագրելու քանի որ ես հանդիսանում եմ (Կցե՛ք լիազորությունը հավաստող փաստաթուղթ)</p> <p><input type="checkbox"/> Ծնող <input type="checkbox"/> իրավական խնամակալ (կցել դատարանի հրամանը) <input type="checkbox"/> Անձնական ներկայացուցիչ <input type="checkbox"/> Այլ՝</p>		

Ծանուցում տեղեկատվության ստացողներին՝ Եթե այս գրանցումները տեղեկատվություն են պարունակում **ՄԻԱՎ-ի, սեռավարակի միջոցով փոխանցվող հիվանդությունների կամ ՁԻԱՀ-ի մասին, ապա Դուք չեք կարող փոխանցել այդ տեղեկատվությունը՝ առանց հաճախորդի հատուկ համաձայնության:** Եթե Դուք տեղեկատվություն եք ստացել՝ **թմրանյութերի կամ ալկոհոլի չարաշահման մասին** հաճախորդի կողմից, ապա այդ տվյալները փոխանցելիս Դուք պետք է ներառեք հետևյալ հաստատումը՝ համաձայն 42 CFR 2.32 պահանջի՝

Այս տեղեկատվությունը բացահայտվել է Ձեզ Գաղտնիության Դաշնային կանոնների շրջանակում պաշտպանված գրանցումներից (42 CFR part 2): Դաշնային կանոնները արգելում են Ձեզ սույն տեղեկատվության որևէ հետագա բացահայտումը, բացառությամբ այն դեպքի, եթե նման բացահայտումը հստակ թույլատրվում է սույն տեղեկատվության սեփականատեր հանդիսացող անձի գրավոր թույլտվությամբ, կամ ինչպես այլապես նախատեսված է 42 CFR-ի 2-րդ մասով: Բժշկական կամ այլ տեղեկատվության բացահայտման համար տրված ընդհանուր լիազորությունը բավարար հիմք ՉԷ այս նպատակների համար: Դաշնային կանոնները սահմանափակում են տեղեկատվության որևէ տեսակի օգտագործումը՝ թմրանյութերի կամ ալկոհոլային չարաշահմամբ տառապող որևէ պացիենտին քրեական հետաքննության կամ հետապնդման ենթարկելու նպատակով:

Համաձայնության ձևաթղթերի լրացման հրահանգներ, DSHS 14-012

Կիրառում՝ Օգտագործեք այս ձևաթուղթը, երբ Ձեզ անհրաժեշտ է համաձայնություն՝ DSHS-ում որևէ հաճախորդի մասին շարունակական հիմունքներով գաղտնի տեղեկատվություն օգտագործելու համար, կամ փոխանցելու տվյալ տեղեկատվությունը այլ գործակալությունների՝ ծառայությունների համակարգման կամ բուժման, վճարման կամ գործակալության աշխատանքների կամ օրենքով նախատեսված այլ նպատակների համար:

Հնարավորության դեպքում, այս ձևաթուղթը լրացրեք էլեկտրոնային եղանակով: Դուք պետք է լրացնեք **առանձին ձևաթուղթ յուրաքանչյուր անձի, ներառյալ երեխաների համար:**

Ձևաթղթի մասերը՝
ՆՈՒՅՆԱԿԱՆԱՑՈՒՄ

- **Վնուն**՝ Յուրաքանչյուր ձևաթղթի վրա նշեք միայն մեկ հաճախորդի անուն: Ներառեք բոլոր անունները, որոնք հաճախորդը կարող էր օգտագործած լինել՝ ծառայություններ ստանալիս:
- **Ճնշյալ ամսաթիվ**՝ Անհրաժեշտ է նույնականացնել հաճախորդին նույն անունով այլ անձանցից:
- **Նույնականացման Համար**՝ Տրամադրել հաճախորդի նույնականացման համարը կամ որևէ այլ նույնականացման միջոց, օրինակ ինչպես սոցիալական ապահովության համար (պարտադիր չէ), ինչը կօգնի գտնելու գրանցումները, ինչպես նաև հետևելու պատմությանը և ստացված ծառայություններին:
- **Այլ**՝ Այս վանդակում տրամադրեք ցանկացած լրացուցիչ տեղեկություններ, որոնք կարող են օգնել գտնել գրանցումները, ինչպիսիք են՝ DSHS-ում ներառված ծառայությունները, ընտանիքի անդամների անունները կամ այլ համապատասխան տեղեկություններ:

ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅՈՒՆ (ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅՈՒՆ)

- **Բացահայտման պատճառը**՝ Այս տեղեկատվությունը պահանջվում է՝ նախքան DSHS-ը կտրամադրի թմրամիջոցների և ալկոհոլի կամ մտավոր առողջության մասին տվյալներ: Եթե չլրացնեք այս դաշտը, DSHS-ը որպես բացահայտման պատճառ կնշի Ձեր ինդրանքը:
- **Գրանցումները փոխանակող գործակալություններ կամ անհատներ**՝ Այս լրացված ձևաթուղթը թույլատրում է՝ (1) DSHS-ի ներսում և նշված գործակալությունների կամ անձանց հետ գաղտնի տեղեկատվության օգտագործումն ու բացահայտումը, և (2) DSHS-ին գաղտնի տեղեկատվության բացահայտումը նշված արտաքին գործակալությունների կամ անձանց կողմից: Դուք կարող եք նաև կցել այն գործակալությունների ցանկը, որոնց թույլատրվում է փոխանցել տեղեկատվությունը, և հաճախորդը պետք է նույնպես ստորագրի այն:
- **Ներառված տեղեկատվություն**՝ Հաճախորդները պետք է նշեն, թե որ գրանցումներն են ներառվելու համաձայնության մեջ: Հաճախորդը կարող է հասանելի դարձնել բոլոր գրանցումները կամ կարող է սահմանափակել տվյալները՝ գրանցման ամսաթիվով, տեսակով կամ գրանցման արջուրով: Եթե հաճախորդը չի ստորագրում համաձայնությունը կամ չի հստակեցնում որևէ հատուկ գրանցում, ապա տվյալ գրանցման բացահայտումը կարող է ամեն դեպքում թույլատրելի լինել, եթե նախատեսված է օրենքով: Դուք կարող եք կցել ներառված տվյալների ցանկը, որը հաճախորդը նույնպես պետք է ստորագրի: Եթե որևէ գրանցում տեղեկատվություն է պարունակում մտավոր առողջության (RCW 71.05.620), ՄԻԱՎ/ՁԻԱԶ կամ սեռավարակային հիվանդությունների զննության կամ բուժման (RCW 70.02.220), կամ թմրանյութերի կամ ալկոհոլի չարաշահման ծառայությունների (42 CFR 2.31(a)(5)) վերաբերյալ, ապա հաճախորդը պետք է առանձնահատուկ նշի այդ դաշտերը՝ այդ տվյալները օգտագործելու համար թույլտվություն տալու նպատակով: Այս ձևաթուղթը վավեր չէ հոգեբուժության գրառումներ ներառելու համար՝ համաձայն 45 CFR 164.508(b)(3)(ii)-ի: Այդ գրառումները ներառելու համար անհրաժեշտ է լրացնել առանձին ձևաթուղթ:
- **Տևողություն**՝ Ներառեք համաձայնության ժամկետի լրացման ամսաթիվը, եթե մեկ տարուց տարբերվող ժամկետ է: Համաձայնության ժամկետը կլրանա մեկ տարուց, եթե այլ ամսաթիվ չնշեք:
- **Հասկանալի**՝ Համոզված եղեք, որ հաճախորդը հասկանում է, թե ինչպիսի թույլտվություն է տալիս, և ինչպես և ինչու է տեղեկատվությունը փոխանցվելու: Անհրաժեշտության դեպքում, օգտագործեք թարգմանված ձևաթուղթ և բանավոր թարգմանչի ծառայություն, կամ բարձրաձայն կարդացեք ձևաթուղթը: Եթե հաճախորդը լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունի, տրամադրեք DSHS-ի Գաղտնիության գործելակերպերի մասին ծանուցման լրացուցիչ պատճենը կամ հաճախորդին ուղղորդեք դիմելու Ձեր բաժնի հանրային բացահայտման հարցերով աշխատակցին:

ՍՈՐՈՎԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

- **Հաճախորդ**՝ Ունեք հաճախորդ կամ երեխա համաձայնության տարիքից բարձր (13՝ մտավոր առողջության և թմրանյութերի և ալկոհոլային ծառայությունների դեպքում, 14՝ ՁԻԱԶ/ՄԻԱՎ և այլ սեռավարակներին դեպքում, ցանկացած տարիք՝ ծնելիության վերահսկման և վիժումների դեպքում, 18՝ առողջապահական խնամքի և այլ գրանցումների դեպքում) ստորագրեք այս դաշտում և մուտքագրեք ստորագրության ամսաթիվը: Հաճախորդը կարող է փոխարինել այս դաշտի նշանը, որը դուք վկայել եք:
- **Վկա կամ նոտար**՝ Հաճախորդի ինքնությունը հաստատելու համար կարող է պահանջվել վկա կամ նոտար, եթե հաճախորդն անձամբ չի ներկայացնում այս ձևաթուղթը կամ եթե ծրագրից պահանջում է հաստատում: Այս անձը պետք է ստորագրի և տպի իր անունը:
- **Ծնող կամ այլ ներկայացուցիչ**՝ Եթե հաճախորդը այս համաձայնության համար սահմանված տարիքից փոքր երեխա է, ապա ծնողը կամ խնամակալը պետք է ստորագրեն: Եթե երեխան չի համապատասխանում համաձայնության տարիքին՝ փոխանցելու ենթակա բոլոր գրանցումների համար, ապա պետք է ստորագրեն և՛ ծնողը, և՛ երեխան: Եթե հաճախորդը իրավականորեն ճանաչվել է անգործունակ, ապա պետք է ստորագրի դատարանի կողմից նշանակված խնամակալը և տրամադրի իր նշանակման վերաբերյալ որոշման կրկնօրինակը: Եթե որևէ մեկը ստորագրում է որպես մեկ ուրիշ լիազորված անձ (այդ թվում լիազորագրի ունեցող անձը կամ գույքի ներկայացուցիչը), նշեք “այլ” և ստացեք գործունեություն ծավալելու վերաբերյալ իրավական լիազորության կրկնօրինակը: Ստորագրող անձը պետք է նշի ամսաթիվը և հեռախոսահամարը կամ որևէ կոնտակտային տվյալ: