

PËLQIM CONSENT

SHËNIM PËR KLIENTËT: Ne në Departamentin e Shërbimeve Sociale dhe Shëndetësore (DSHS) mund t'ju ndihmojmë më mirë nëse bashkëpunojmë me agjenci dhe ekspertë tjerë të cilët kanë njohuri për ju dhe familjen tuaj. Duke nënshkruar këtë formular, i lejoni DSHS-së, agjencive dhe personave tjerë të shënuar në vazhdim t'i shfrytëzojnë dhe shkëmbejnë të dhënat tuaja të besueshme. DSHS nuk ka të drejtë t'ju refuzojë ndihmat nëse nuk e nënshkruani këtë formular, përveç nëse ky pëlqim është i domosdoshëm për ta përcaktuar të drejtën tuaj për marrjen e ndihmave. Nëse nuk e nënshkruani këtë formular, DSHS megjithatë ka të drejtë t'i shkëmbejë të dhënat tuaja për aq sa këtë e lejon ligji. Nëse ju intereson ndonjëgjë lidhur me mënyrën e shkëmbimit të të dhënave të besueshme të klientëve nga ana e DSHS-së ose lidhur me të drejtat tuaja të ruajtjes së fshehtësisë, ju lutemi lexojeni Njoftimin e DSHS-së mbi praktikën e fshehtësisë ose pyetni personin që jua ka dhënë këtë formular.

IDENTIFIKIMI I KLIENTIT:			
EMRI	DATA E LINDJES	NUMRI IDENTIFIKUES	
ADRESA	QYTETI	SHTETI	KODI POSTAR
NUMRI I TELEFONIT (PËRFSHIRË NUMRIN HYRËS)	TË DHËNA TJERA		

PËLQIMI:

Pajtohem me shfrytëzimin e të dhënave të mia të besueshme brenda DSHS-së me qëllim të planifikimit, furnizimit me shërbime dhe koordinimit të tyre, mjekimeve, pagesave dhe beneficioneve të mia ose për qëllime tjera të lejuara me ligj. Gjithashtu i lejoj DSHS-së, agjencive, ofruesëve të shërbimeve ose personave tjerë të shënuar më poshtë t'i shfrytëzojnë të dhënat e mia të besueshme dhe t'i shkëmbejnë ato në mes vete për këto qëllime. Të dhënat mund të shkëmbehen gojarisht, nëpërmjet transferimit kompjuterik të të dhënave, nëpërmjet postës ose dërgesës në dorë. Ju lutemi t'i kontrolloni të gjitha shënimet e poshtëshënuara që përfshihen, përveç DSHS-së, në këtë pëlqim dhe identifikojini ato me emër dhe me adresë:

Ofruesit e përkujdesjes shëndetësore: _____

Ofruesit e përkujdesjes së shëndetit mendor: _____

Ofruesit e shërbimeve për rastet e varshmërive nga lëndët kimike: _____

Ofruesit tjerë të lidhur me kontratë me DSHS: _____

Programet banesore: _____

Distriktet shkollore ose kolegjet: _____

Departamenti i Përmirësimit: _____

Departamenti i Sigurimit të Punësimit dhe partnerët e tij të punësimit: _____

Administrimi i Sigurimit Social ose agjencitë tjera federale: _____

Shiko listën e bashkangjitur

Autorizoj dhe jap pëlqimin tim për shkëmbimin e shënimeve dhe të dhënave të poshtëshënuara (zgjedhni ato që dëshironi):

Të gjitha të dhënat e mia si klient

Shënimet në listën e bashkangjitur

Vetëm shënimet në vijim:

Historia familjare, sociale dhe e punësimit Të dhënat për përkujdesjen shëndetësore Programet e shërimit ose të përkujdesjes

Shënimet mbi pagesën Vlerësimet individuale Shkolla, arsimi dhe aftësi

JU LUTEMI VINI RE: Nëse shënimet e klientëve tuaj përmbajnë ndonjërin nga të dhënat vijuese dhe nëse dëshironi t'i përfshini edhe ato, është e domosdoshme ta plotësoni edhe pjesën vijuese.

Pajtohem që të shkëmbehen shënimet vijuese (zgjedhni ato që dëshironi):

Shëndeti mendor Rezultatet, diagnozat dhe mjekimi i virusit HIV/AIDS ose i sëmundjeve tjera ngjitëse seksuale

Shërbimet për rastet e varshmërive nga lëndët kimike

- Ky pëlqim vlen për një vit, derisa këto të dhëna t'i nevojiten DSHS-së, ose deri _____ (data ose afati).
- Këtë pëlqim mund ta anuloj ose tërheq me shkrim në çdo kohë, por kjo nuk do të ndikojë në të dhënat e shkëmbyera deri në atë moment.
- Jam në dijeni që shënimet e shkëmbyera në bazë të këtij pëlqimi nuk do të mbrohen sipas ligjeve që vlejné për DSHS.
- Për të dhënë pajtimin tim për shkëmbimin e shënimeve, mjafton një kopje e këtij formulari.

NËNSHKRIMI	DATA	NËNSHKRIMI I PËRFAQËSUESIT TË AGJENCISË/DËSHMITARIT	DATA
NËNSHKRIMI I PRINDIT OSE I PËRFAQËSUESIT (NËSE KA NEVOJË)	NUMRI I TELEFONIT (PËRFSHIRË NUMRIN HYRËS)	DATA	

Nëse në shënime nuk bëhet fjalë për mua, unë jam i autorizuar të nënshkruaj meqë jam: (të bashkangjiten dëshmitë e autorizimit)

Prindi Kujdestari ligjor (të bashkangjitet vendimi i gjyqit) Përfaqësuesi personal Tjetër:

SHËNIM PËR MARRËSIT E TË DHËNAVE: Nëse këto shënime përmbajnë të dhëna lidhur me HIV apo AIDS, ose lidhur me sëmundje tjera ngjitëse seksuale (STD), këto të dhëna nuk keni të drejtë t'i shkëmbeni pa leje të posaçme të klientit. Nëse keni marrë të dhëna lidhur me keqpërdorimin e drogave apo të alkoolit nga ana e klientit, para përhapjes së mëtejme të tyre, sipas 42 CFR 2.32 jeni të obliguar ta përfshini edhe deklaratën vijuese:

Këto të dhëna janë nxjerrë për ju nga shënime të mbrojtura me Rregullat federale për fshehtësi (42 CFR pjesa 2). Rregullat federale jua ndalojnë përhapjen e mëtejme të këtyre të dhënave përveç nëse një përhapje e tillë është lejuar në mënyrë të qartë me anë të pëlqimit me

shkrim të personit për të cilin bëhet fjalë aty, ose në ndonjë mënyrë tjetër për aq sa e lejon 42 CFR pjesa 2. Autorizimi i zakonshëm për shkëmbimin e të dhënave mjekësore ose të dhënave tjera NUK mjafton për këtë qëllim. Rregullat federale kufizojnë çfarëdo shfrytëzimi të tyre për hetime ose ndjekje penale të pacientëve që kanë keqpëdorur alkoolin ose drogat.

UDHËZIME PËR PLOTËSIMIN E FORMULARIT TË PËLQIMIT

Qëllimi: Përdoren këtu formular nëse ju nevojitet pëlqimi për të shfrytëzuar në plan afatgjatë të dhëna të besueshme për klientët brenda DSHS-së ose për t'i shkëmbyer këto të dhëna me agjencitë tjera, me qëllim të koordinimit të shërbimeve ose mjekimeve, pagesave ose veprimeve të agjencive, ose për qëllime tjera të njohura me ligj. Klientët janë personat që marrin beneficione ose shërbime nga DSHS-ja.

Shfrytëzimi: Nëse është e mundur, formulari duhet plotësuar me mjete kompjuterike në mënyrë që të jetë më i lexueshëm. **Për çdo person, përfshirë këtu edhe fëmijët, duhet plotësuar nga një formular i veçantë.** Brenda udhëzimeve, me "Ju" është menduar nëpunësi i DSHS-së, ndërsa brenda formularit me "ju" është menduar klienti. Shkëmbimi i shënimeve përfshin shfrytëzimin dhe shkëmbimin e të dhënave të besueshme të klientit.

Pjesët e formularit:

IDENTIFIKIMI:

- **Emri:** Në çdo formular të shënohet emri i vetëm një klienti. Të përfshihen të gjithë emrat e mëparshëm të cilët klienti mund t'i ketë patur gjatë marrjes së shërbimeve.
- **Data e lindjes:** Kjo nevojitet për ta dalluar klientin nga personat me emra të ngjashëm.
- **Numri identifikues:** Shënojeni numrin identifikues të klientit ose ndonjë numër tjetër siç është numri i sigurimit social (nuk është i domosdoshëm) për të lehtësuar identifikimin e shënimeve, ndjekjen e historisë dhe shërbimet e marra.
- **Adresa dhe telefoni:** Të dhëna plotësuese për të lehtësuar përcaktimin, gjegjësisht identifikimin dhe kontaktimin me klientin.
- **Të tjera:** Në këtë hapësirë të përfshihen të gjitha të dhënat plotësuese të cilat mund ta lehtësojnë gjetjen e shënimeve të cilat mund të përfshijnë pjesët e DSHS-ja të kyçur në dhënien e shërbimeve, emrat e anëtarëve të familjes ose të dhëna tjera të ngjashme.

PËLQIMI (AUTORIZIMI):

- **Agjencitë ose personat të cilat i shkëmbejnë shënimet:** Plotësimi i këtij formulari nga ana e klientit mundëson shfrytëzimin e të dhënave të besueshme kudo brenda DSHS-së. DSHS do të mund të japë ose të marrë të dhëna të besueshme nga agjencitë e jashtme ose nga personat e shënuar në listë. Të shënohen të dhënat identifikuese për agjencitë ose ofruesit e shërbimeve, duke përfshirë, sipas mundësisë, emrin, adresën dhe qendrën e tyre. Gjithashtu, këtu mund ta bashkangjiti listën e agjencive të cilave u lejohet t'i shkëmbejnë të dhënat. Kjo listë poashtu duhet të nënshkruhet nga klienti.
- **Të dhënat e përfshira:** Klientët duhet të cekin se cilat shënime janë të përfshira në këtë pëlqim. Klienti mund ta lejojë shfrytëzimin e të gjitha shënimeve ose mund ta kufizojë atë sipas datës, llojit ose burimit të shënimeve. Nëse klienti nuk e nënshkruan pëlqimin ose nuk i saktëson shënimet përkatëse, shkëmbimi i këtyre shënimeve përsëri do të jetë mundshëm nëse një gjë e tillë lejohet me ligj. Gjithashtu mund ta bashkangjiti edhe listën e shënimeve të përfshira në këtë pëlqim, mirëpo edhe kjo duhet të jetë e nënshkruar nga klienti. Nëse ndonjëra nga shënimet përfshin të dhëna lidhur me shëndetin mendor (RCW 71.05.620), teste apo shërime të HIV/AIDS ose të sëmundjeve ngjitëse seksuale (STD) (RCW 70.02.220), ose shërbime të lidhura me droga ose alkool (42 CFR 2.31(a)(5)), për ta lejuar shkëmbimin e këtyre, klienti duhet t'i shënojë këto lëmi në mënyrë të veçantë. Ky formular nuk është i mjaftueshëm për përfshirjen e shënimeve të psikoterapisë sipas 45 CFR 164.508(b)(3)(ii), meqë për të përfshirë këto shënime duhet të plotësohet formulari i posaçëm për këtë gjë.
- **Kohëzgjatja:** Shënojeni datën e skadimit të pëlqimit e cila i përshtatet programit tuaj ose që është e paraparë me ligj.
- **Kuptimi:** Përkujdesuni që klienti të kuptojë se çfarë është duke lejuar e poashtu si dhe për çfarë arsyesh do të shkëmbehen të dhënat. Nëse është e nevojshme, shfrytëzoni formularët e përkthyer ose lexojini ato me zë. Nëse klienti ka nevojë për më tepër informata, jepjani një kopje të Njofimit të DSHS-së mbi praktikën e fshehtësisë ose drejtojeni atë tek nëpunësi publik i njësisë suaj për shkëmbim të shënimeve.

NËNSHKRIMET:

- **Klienti:** Klienti ose fëmija që e tejkalon moshën e pëlqimit (13-vjeç për shërbimet e shëndetit mendor, për droga dhe alkool; 14 për HIV/AIDS dhe për sëmundjet tjera ngjitëse seksuale; çfarëdo moshe për kontroll të lindjes dhe për abortim; 18 për përkujdesjen shëndetësore dhe për shënimet tjera) duhet të nënshkruajë në këtë hapësirë dhe të shënojë datën e nënshkrimit të vet. Klienti mund ta vendosë një shenjë në kuti nëse ju jeni dëshmitar.
- **Përfaqësuesi i agjencisë ose dëshmitari:** Në këtë kuti nënshkruan personi që ia ka prezentuar dhe shpjeguar klientit këtë formular. Ju lutemi shënojeni edhe numrin tuaj të telefonit. Nëse klienti e nënshkruan këtë formular jashtë hapësirave të organizatës, udhëzojeni atë që të sigurojë një dëshmitar të nënshkruajë në këtë hapësirë dhe të shënojë edhe numrin e telefonit. Si dëshmitar i nënshkrimit të klientit mund të shërbejë edhe notari publik.
- **Prindërit ose përfaqësuesit tjerë:** Nëse klienti është fëmijë nën moshën e pëlqimit, formulari duhet të nënshkruhet nga ana e prindit ose përkujdesësit. Nëse fëmija nuk e ka arritur moshën e pëlqimit për të gjitha shënimet që do të shkëmbehen, këtu duhet të nënshkruajnë si fëmija ashtu edhe prindi. Nëse klienti është shpallur me ligj si i paaftë, formulari duhet të nënshkruhet nga ana e përkujdesësit të caktuar nga gjyqi, ndërsa gjithashtu duhet bashkangjitur edhe një kopje e vendimit gjyqësor të caktimit si përkujdesës. Nëse dikush nënshkruan në cilësi tjetër (përfshirë personat me autorizim të përfaqëimit ligjor ose përfaqësuesit të gjendjes civile), zgjedheni "Tjetër" dhe sigurojeni një kopje të autorizimit ligjor për të vepruar në atë cilësi. Personat që nënshkruajnë duhet të shënojë datën e nënshkrimit dhe

CONSENT

të japin një numër telefoni ose një mënyrë tjetër për t'i kontaktuar.