

Identifikimi i klientit			
EMRI	DATËLINDJA	NUMRI I IDENTIFIKIMIT	
ADRESA	QYTETI	SHTETI	KODI POSTAL
NUMRI I TELEFONIT (PERFSHIRE KODIN E ZONËS)	INFORMACION TJETËR		



Pëlqimi Consent

Njoftim për klientët: Departamenti i Shërbimeve Sociale dhe Shëndetësore (DSHS) mund t'ju ndihmojë më mirë nëse jemi në gjendje të punojmë me agjenci dhe profesionistë të tjerë që ju njohin juve dhe familjen tuaj. Duke nënshkruar këtë formular, jeni duke dhënë leje për DSHS dhe agjencitë e individët e renditur më poshtë që të përdorin dhe të japin informacion konfidencial rreth jush. DSHS nuk mund t'ju refuzojë përfitime nëse nuk e nënshkruani këtë formular përveç nëse pëlqimi juaj është i nevojshëm për të përcaktuar kualifikimin tuaj. Nëse nuk e nënshkruani këtë formular, DSHS ende mund të japë informacion rreth juaj në masën e lejuar nga ligji. Nëse keni pyetje se si DSHS ndan informacionin konfidencial të klientit ose të drejtat tuaja të privatësisë, ju lutemi këshillohuni me Njoftimin e Praktikave të Privatësisë të DSHS-së ose pyesni personin që ju jep këtë formular.

Pëlqimi

- Jap pëlqimin për përdorimin e informacionit konfidencial rreth meje brenda DSHS-së për të planifikuar, siguruar dhe bashkërenduar shërbimet, trajtimin, pagesat e përfitimet për mua apo për qëllime të tjera të autorizuara nga ligji. Gjithashtu u jap leje DSHS-së dhe agjencive, ofruesve të shërbimit ose personave të renditur më poshtë që të përdorin informacion tim konfidencial dhe t'ia japin atë njëri-tjetrit për këto qëllime. Informacioni mund të shpërndalet me gojë ose në mënyrë elektronike, përmes postës ose dorëzimit me dorë.

Arsyeja për zbulim: Ky informacion kërkohet përpara se DSHS të mund të ndajë të dhënat për drogë dhe alkool ose shëndet mendor. Nëse nuk e plotësoni këtë fushë, DSHS do të vërejë se arsyeja e zbulimit është me kërkesën tuaj.

Ju lutemi shënoni më poshtë të gjithë që janë përfshirë në këtë pëlqim përveç DSHS-së dhe identifikojini me emër dhe adresë:

- Ofruesit e kujdesit shëndetësor: _____
- Ofruesit e kujdesit shëndetësor mendor: _____
- Ofruesit e shërbimeve për çrregullim të përdorimit të substancave: _____
- Ofruesit e tjerë të kontraktuar nga DSHS: _____
- Programet e strehimit: _____
- Qarqet ose kolegjet shkollore: rrethi: _____
- Departamenti i korrigjimeve: _____
- Departamenti i sigurimit të punësimit dhe partnerët e tij të punësimit: _____
- Administrata e sigurimit social ose agjenci tjetër federale: _____
- Shiko listën e bashkëngjitur
- Tjetër: _____

- Arsyeja për zbulim: Vazhdimi i kujdesit Legale Personale Tjetër:

- Autorizoj dhe jap pëlqimin për dhënien e regjistrave dhe informacionit të mëposhtëm (vendosni një shenjë pranë të gjithave që zbatohen):

- Të gjitha regjistrat e klientit tim Regjistrat në listën e bashkëngjitur
- Vetëm regjistrat e mëposhtëm
 - Historia familjare, sociale dhe e punësimit
 - Planet e trajtimit ose kujdesit
 - Të dhënat për pagesat
 - Vlerësimet individuale
 - Shkolla, arsimit dhe trajnimit
 - Informacioni për kujdesin e shëndetit mendor (specifikoni):
 - Informacioni për kujdesin shëndetësor (specifikoni):
 - Tjetër (shëno):

Identifikimi i klientit		
EMRI	DATËLINDJA	NUMRI I IDENTIFIKIMIT
<p>Ju lutemi vini re: Nëse të dhënat e klientit tuaj përfshijnë ndonjë nga informacionet e mëposhtme, duhet të plotësoni gjithashtu këtë seksion për të përfshirë këto të dhëna.</p> <p>Jap lejen time për të zbuluar regjistrat e mëposhtëm (vendosni një shenjë pranë të gjithave që zbatohen):</p> <p><input type="checkbox"/> Shëndeti mendor <input type="checkbox"/> Rezultatet e testit, diagnozës ose trajtimit për HIV/SIDA dhe STD</p> <p><input type="checkbox"/> Çrregullim i përdorimit të substancave</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ky pëlqim është i vlefshëm për një vit ose <input type="checkbox"/> deri më _____ (datë ose ngjarje). • Mund të revokoj ose të tërheq këtë pëlqim në çdo kohë me shkrim, por kjo nuk do të ndikojë mbi ndonjë informacion të dhënë tashmë. • E kuptoj se regjistrat e dhënë sipas këtij pëlqimi mund të mos mbrohen më sipas ligjeve që zbatohen për DSHS. • Një kopje e këtij formulari është e vlefshme për të dhënë lejen time për të dhënë regjistrat. 		
FIRMA		DATA
DËSHMITAR / FIRMA E NOTERIT, NËSE ËSHTË E ZBATUESHME	DËSHMITAR / EMRI ME SHKRONJA SHTYPI I NOTERIT	DATA
FIRMA E PRINDIT OSE PËRFAQËSUESIT TJETËR (NËSE ËSHTË E ZBATUESHME)	NUMRI I TELEFONIT (PËRFSHIRE KODIN E ZONËS)	DATA
<p>Nëse nuk jam subjekt i të dhënave, jam i autorizuar të nënshkruaj sepse jam: (bashkëngjit provë të autoritetit)</p> <p><input type="checkbox"/> Prind <input type="checkbox"/> Kujdestar ligjor (bashkëngjitni urdhrin e gjykatës) <input type="checkbox"/> Përfaqësues personal <input type="checkbox"/> Tjetër:</p>		

Njoftim për marrësit e informacionit: Nëse këto regjistra përmbajnë informacion për HIV, STD-të ose SIDA-n, nuk mund t'a jepni më tej atë informacion pa lejen e posaçme të klientit. Nëse keni marrë informacion lidhur me abuzimin e drogës ose alkoholit nga klienti, duhet të përfshini deklaratën e mëposhtme kur jepni informacionin më tej siç kërkohet nga 42 CFR 2.32:

Ky informacion u është dhënë nga regjistra të mbrojtura nga rregulla federale të konfidencialitetit (42 CFR pjesa 2). Rregullat federale ju ndalojnë nga ndonjë dhënie e mëtejshme e këtij informacioni përveç nëse dhënia e mëtejshme lejohet shprehimisht nga pëlqimi me shkrim i personit të cilit i përket ose përndryshe lejohet nga 42 CFR pjesa 2. Një autorizim i përgjithshëm për dhënien e informacionit mjekësor ose informacionit tjetër NUK është i mjaftueshëm për këtë qëllim. Rregullat federale kufizojnë çdo përdorim të informacionit për të hetuar ose ndjekur penalisht ndonjë pacient të abuzimit me alkoholin ose drogën.

Udhëzime për plotësimin e formularëve të pëlqimit, DSHS 14-012

Përdorimi: Përdorni këtë formular nëse keni nevojë për pëlqim për të përdorur ose shpërndarë informacion konfidencial mbi një klient vazhdimisht brenda DSHS-së ose për t'ia dhënë atë informacion agjencive të tjera për të bashkërenduar shërbimet ose për trajtim, pagesë ose funksione të agjencië ose për qëllime të tjera të njohura me ligj.

Plotësojeni këtë formular në mënyrë elektronike nëse është e mundur. Duhet të plotësoni **një formular të vecantë për çdo person, përfshirë fëmijë.**

Pjesët e formularit:

IDENTIFIKIMI:

- **Emri:** Jepni emrin e vetëm një klienti në secilin formular. Përfshini çdo emër të mëparshëm që klienti mund të ketë përdorur kur merrte shërbimet.
- **Datëlindja:** Duhet për të identifikuar klientin nga persona me emra të ngjashëm.
- **Numri i identifikimit:** Jepni një numër të identifikimit të klientit ose identifikues të tjerë si një numër i sigurimeve sociale (jo i domosdoshëm) për të ndihmuar në identifikimin e regjistrave dhe gjurmimin e të kaluarës dhe të shërbimeve të marra.
- **Tjetër:** Përfshini në këtë kuti cdo informacion shtesë që mund të ndihmojë për të gjetur regjistrat, si DSHS e përfshirë me shërbimet, emrat e anëtarëve të familjes ose informacion tjetër përkatës.

PËLQIMI (AUTORIZIM):

- **Arsyeja për zbulim:** Ky informacion kërkohet përpara se DSHS të mund të ndajë të dhënat për drogë dhe alkool ose shëndet mendor. Nëse nuk e plotësoni këtë fushë, DSHS do të vërejë se arsyeja e zbulimit është me kërkesën tuaj.
- **Agjencitë ose personat që shkëmbejnë regjistrat:** Ky formular i plotësuar lejon: (1) përdorimin dhe dhënien e informacionit konfidencial brenda DSHS-së dhe me agjencitë ose personat e renditur; dhe (2) dhënia e informacion konfidencial DSHS-së nga agjenci ose persona të jashtëm të renditur. Gjithashtu mund të bashkëngjisni një listë të agjencive të lejuara për të dhënë informacionin që klienti gjithashtu duhet të firmosë.
- **Informacioni i përfshirë:** Klientët duhet të tregojnë se cilat regjistra mbulohen nga pëlqimi. Klientët mund të vendosin të gjitha regjistrat në dispozicion ose mund të kufizojnë regjistrat e përfshirë sipas datës, llojit ose burimit të regjistrat. Nëse një klient nuk nënshkruan një pëlqim ose nuk përcakton një regjistër të caktuar, dhënia e atij regjistri ende do të lejohet nëse lejohet nga ligji. Mund të bashkëngjisni një listë të regjistrave të përfshirë që klienti gjithashtu duhet të firmosë. Nëse ndonjë prej regjistrave përfshin informacion lidhur me shëndetin mendor (RCW 71.05.620), ose testimin ose trajtimin për HIV/SIDA ose STD (RCW 70.02.220), ose shërbime për drogën dhe alkoholin (42 CFR 2.31(a)(5)), klienti duhet t'i shënojë këto fusha posaçërisht për të dhënë leje për dhënien e këtyre regjistrave. Ky formular nuk është i vlefshëm për të përfshirë shënime e psikoterapisë nën 45 CFR 164.508(b)(3)(ii); duhet të plotësohet një formular i veçantë për të përfshirë ato shënime.
- **Kohëzgjatja:** Përfshini një datë të skadimit për pëlqimin, nëse është i ndryshëm nga një vit. Pëlqimi do të skadojë brenda një viti përveç nëse identifikoni një datë të ndryshme.
- **Kuptimi:** Sigurohuni se klienti e kupton se çfarë leje po jepet dhe sesi e pse do të jepet informacioni. Nëse nevojitet, përdorni një formular të përkthyer dhe përkthyes ose lexojeni formularin me zë. Nëse klienti ka nevojë për më shumë informacion, jepni një kopje shtesë të njoftimit për praktikatat e privatësisë të DSHS ose referojeni klientin te zyrtari i zbulimit publik për njësinë tuaj.

FIRMAT:

- **Klienti:** Klienti ose një fëmijë më i madh sesa moshën e pëlqimit (13 vjeç për shëndetin mendor dhe shërbimet për drogën dhe alkoholin; 14 vjeç për HIV/SIDA-n dhe STD të tjera; çdo moshë për kontrollin e lindjes dhe aborte; 18 vjeç për kujdesin shëndetësor dhe regjistrat e tjera) duhet të firmosë në këtë kuti dhe të vendosë datën e firmës. Klienti mund të zëvendësojë një shenjë në këtë kuti që ju e keni parë.
- **Dëshmitari ose noter:** Një dëshmitar ose noter mund të nevojitet për të verifikuar identitetin e klientit nëse klienti nuk e dorëzon personalisht këtë formular ose nëse një program kërkon verifikim. Ky person duhet të firmosë dhe të shkruajë emrin e tij ose të saj.
- **Prindi ose përfaqësuesi tjetër:** Nëse klienti është një fëmijë nën moshën e pëlqimit, duhet të firmosë një prind ose kujdestar. Nëse fëmija nuk përmbush moshën e pëlqimit që të jepen të gjithë regjistrat, të dy, fëmija dhe prindi, duhet të firmosin. Nëse klienti është shpallur i paafte ligjërisht, kujdestari i emëruar nga gjykata duhet të firmosë dhe të japë një kopje të urdhërit të emërimit. Nëse dikush është duke firmosur me një funksion tjetër (përfshirë një person me pushtetin e avokatit ose një përfaqësues i familjes), shënoni "tjetër" dhe merrni një kopje të autoritetit ligjor për të vepruar. Personi që firmos duhet të vendosë datën e firmës dhe të japë një numër telefoni ose informacion të kontaktit.