

Pëlqimi Consent

NJOFTIMI 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 mbi atë sesi DSHS jep informacion 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.

IDENTIFIKIMI I KLIENTIT:

| | | | |
|---|--------------------|-----------------------|-------------|
| EMRI | DATËLINDJA | NUMRI I IDENTIFIKIMIT | |
| ADRESA | QYTETI | SHTETI | KODI POSTAR |
| NUMRI I TELEFONIT (PËRFSHIRE KODIN E ZONËS) | INFORMACION TJETËR | | |

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 dhe për qëllime të tjera të autorizuara nga ligji. Më tej i jap leje DSHS-së dhe agjencive, siguruesve të shërbimit ose personave të renditur më poshtë që të përdorin informacionin tim konfidencial dhe t'ia japin njëri-tjetrit për këto qëllime. Informacioni mund të jepet me gojë ose përmes transferimit të të dhënave kompjuterike, postës ose dërgimit me dorë.

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

- Ofrues të shërbimit të kujdesit shëndetësor: _____
- Ofrues të shërbimit të kujdesit mendor: _____
- Ofrues të shërbimit të çrregullimeve të përdorimit të substancave: _____
- Ofrues të tjerë të shërbimit të kontraktuar nga DSHS: _____
- Programe të strehimit: _____
- Qarqe të shkollës ose kolegje: _____
- Departamenti i Korrektimit: _____
- Departamenti i Sigurisë së Punësimit dhe partnerët e tij të punësimit: _____
- Administrata e Sigurimeve Sociale ose agjencia tjetër federale: _____
- Shihni listën e bashkëngjitur
- Tjetër: _____

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

- Të gjitha rregjistrat e mia të klientit Rregjistrat në listën e bashkëngjitur
- Vetëm rregjistrat e mëposhtëm
- E kaluara e familjes, sociale dhe e punësimit Informacion mbi kujdesin shëndetësor Planet e trajtimit ose të kujdesit
- Rregjistrat e pagesës Vlerësimet individuale Shkolla, arsimit dhe trainimi
- (Lista) tjetër: _____

JU LUTEMI VINI RE: Nëse rregjistrat tuaj të klientit përfshijnë ndonjë nga informacioni i mëposhtëm, duhet të plotësoni gjithashtu këtë pjesë për të përfshirë këto rregjistra.

Jap lejen time për të dhënë rregjistrat e mëposhtëm (vendosni një shenjë pranë të gjithave që zbatohen):

- Rezultatet e analizave të shëndetit mendor HIV/SIDA-s, diagnozën ose trajtimin Çrregullimi i Përdorimit të Substancës

- Ky pëlqim është i vlefshëm për një vit për sa kohë që DSHS ka nevojë për rregjistrat, ose deri në _____ (data ose ngjarja).
- Mund të revokoj ose të tërheq këtë pëlqim në çdo kohë me shkrim, por ajo nuk do të ndikojë mbi ndonjë informacion të dhënë tashmë.
- E kuptoj se rregjistrat 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 rregjistrat.

| | | | |
|--|------|--|------|
| FIRMA | DATA | DËSHMITARI / NOTERI (FIRMOSNI DHE SHKRUANI EMRIN, NËSE ËSHTË E ZBATUESHME) | DATA |
| FIRMA E PRINDIT OSE PËRFAQËSUESIT TJETËR (NËSE ËSHTË E ZBATUESHME) | | NUMRI I TELEFONIT (PËRFSHIRE KODIN E ZONËS) | DATA |

Nëse nuk jam subjekt i rregjistrimeve, jam i autorizuar të nënshkruaj sepse jam: (bashkëngjijt provë të autoritetit)

- Prind Kujdestar ligjor (bashkëngjijt urdhërin e gjykatës) Përfaqësues personal Tjetër: _____

NJOTIM PËR MARRËSIT E INFORMACIONIT: Nëse këto rregjistra 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 rregjistrat 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 FORMULARIT TË PËLQIMIT

Qëllimi: Përdoreni këtë formular kur keni nevojën e pëlqimit për të përdorur informacion konfidencial vazhdimisht rreth një klienti brenda DSHS-së ose për t'ia dhënë atë informacion agjencive të tjera për të bashkërenduar shërbimet ose për trajtim, pagesa, ose operacione të agjencive ose për qëllime të tjera të njohura nga ligji. Klientët janë personat që marrin përfitime ose shërbime nga DSHS.

Përdorimi: Plotësojeni këtë formular në mënyrë elektronike nëse është e mundur për t'u lexuar lehtësisht, **Një formular i veçantë duhet të plotësohet për secilin person, përfshirë fëmijët.** "Ju" në udhëzime i referohet punonjësit të DSHS-së dhe "ju" në formular i referohet klientit. Dhënia e regjistrave përfshin përdorimin dhe dhënien e informacionit konfidencial rreth një klienti.

Pjesët e formularit:

IDENTIFIKIMI:

- **Emri:** Jepni emrin e vetëm në klienti në secilin formular. Përfshini çdo emër të mëparshëm që klienti mund të ketë përdorur kur merre 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.
- **Adresa dhe telefoni:** Informacion shtesë që do të ndihmojë në gjetjen dhe identifikimin ose kontaktimin e klientit.
- **Tjetër:** Përfshini në këtë kuti çdo informacion shtesë që mund të ndihmojë për të gjetur regjistrat që mund të përfshijë pjesë të DSHS-së të përfshira me shërbimet, emra të anëtarëve të familjes ose informacion tjetër të rëndësishëm.

PËLQIMI (AUTORIZIM):

- **Agjencitë ose personat që shkëmbejnë regjistrat:** Plotësimi nga klienti i këtij formulari lejon përdorimin dhe dhënien e informacionit konfidencial brenda të gjithë DSHS-së. DSHS do të jetë në gjendje të japë dhe të marrë informacion konfidencial nga agjencitë e jashtme ose personat e renditur. Të japë informacion identifikues rreth agjencive ose siguruesve të shërbimit, përfshirë emrin, adresën ose vendndodhjen nëse është e mundur. 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 dokumenta të psikoterapisë sipas 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) dhe duhet të plotësohet një formular i veçantë për të përfshirë ato regjistra.
- **Kohëzgjatja:** Përfshini një datë të skadimit të pëlqimit që i shërben qëllimeve të programit tuaj ose siç parashikohet nga ligji.
- **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 përkthejeni ose lexojeni formularin me zë. Nëse klienti ka nevojë për më shumë informacion, jepni një kopje shtesë të Njoftimit të Praktikave të Privatësisë ose referojeni klientin tek punonjësi i dhënies publike për njësinë tuaj

FIRMAT:

- **Klienti:** Klienti ose një fëmijë më i madh sesa moshja 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 noteri:** Një dëshmitar ose noter mund të nevojitet për të verifikuar identitetin tuaj nëse nuk e dorëzoni këtë formular personalisht 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 paaftë 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.