

تعريف العميل		
الاسم	تاريخ الميلاد	رقم التعريف
العنوان	المدينة	الولاية الرمز البريدي
رقم الهاتف (أدرج الرمز الهاتفي للمنطقة)	معلومات أخرى	

## الموافقة Consent



**إشعار للعملاء:** يمكن لوزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) مساعدتك بشكل أفضل إذا كان بإمكاننا العمل مع وكالات واختصاصيين آخرين ممن لديهم معرفة بك وبعائلتك. وبالتوقيع على هذا النموذج، فإنك تمنح كلاً من DSHS والوكالات والأفراد المدرجين أدناه الإذن لاستخدام المعلومات السرية الخاصة بك ومشاركتها. لا يمكن أن تقوم DSHS بحرماتك من الحصول على مزايا معينة حال عدم توقيعك على هذا النموذج ما لم تكن موافقتك مطلوبة لتحديد أهليتك. إذا لم توقع على هذا النموذج، فلا يزال بإمكان DSHS مشاركة معلومات عنك إلى الحد المسموح به بموجب القانون. إذا كانت لديك أسئلة حول كيفية قيام DSHS بمشاركة معلومات العميل السرية أو حقوق الخصوصية الخاصة بك، فيرجى الرجوع إلى إشعار ممارسات الخصوصية لدى DSHS أو سؤال الشخص الذي يمنحك هذا النموذج.

### الموافقة

1. أوافق على استخدام المعلومات السرية الخاصة بي داخل DSHS لتخطيط وتوفير وتنسيق الخدمات والعلاج والمدفوعات والمزايا الخاصة بي أو غير ذلك من الأغراض المسموح بها بموجب القانون. كما أمتنع DSHS والوكالات أو مقدمي الخدمات أو الأشخاص المدرجين أدناه إذن استخدام المعلومات السرية الخاصة بي والإفصاح عنها لبعضهم لهذه الأغراض. يمكن مشاركة المعلومات شفهيًا أو إلكترونيًا أو عبر البريد أو التسليم باليد.

سبب الإفصاح: يتعين تقديم هذه المعلومات حتى تتمكن DSHS من مشاركة السجلات المتعلقة بتعاطي المخدرات والكحول أو سجلات الصحة النفسية. إذا لم تقم بملء هذا الحقل، فستدرج DSHS ملاحظة تفيد بأن سبب الإفصاح يتم بناءً على طلبك.

يرجى تحديد كل من يتم تضمينه في هذه الموافقة إضافة إلى DSHS أدناه وتعريفهم باستخدام الاسم والعنوان:

- مقدمو الرعاية الصحية:
- مقدمو الرعاية الصحية العقلية:
- مقدمو خدمة اضطرابات تعاطي المخدرات:
- مقدمون آخرون متعاقدون مع DSHS:
- برامج الإسكان:
- مناطق تعليمية أو كليات:
- إدارة الإصلاحات:
- إدارة الأمن الوظيفي وشركاء التوظيف التابعين لها:
- إدارة الضمان الاجتماعي أو وكالة فيدرالية أخرى:
- انظر القائمة المرفقة
- غير ذلك:

2. سبب الإفصاح:  استمرارية الرعاية  قانوني  شخصي  غير ذلك:

3. أصرح وأوافق على مشاركة السجلات والمعلومات الآتية (حدد كل ما ينطبق):

- كل سجلات عملائي
- السجلات الموجودة في القائمة المرفقة
- السجلات الآتية فقط
- تاريخ العائلة والتاريخ الاجتماعي والوظيفي
- خطط العلاج أو الرعاية
- سجلات المدفوعات
- التقييمات الفردية
- المدرسة والتعليم والتدريب
- معلومات الرعاية الصحية العقلية (حدد):
- معلومات الرعاية الصحية (حدد):
- غير ذلك (أدرج):

تعريف العميل		
الاسم	تاريخ الميلاد	رقم التعريف
يرجى ملاحظة الآتي: إذا كانت سجلات العملاء الخاصة بك تتضمن أيًا من المعلومات الآتية، فيجب عليك أيضًا إكمال هذا القسم لتضمين هذه السجلات. أعطي الإذن للإفصاح عن السجلات الآتية (حدّد كل ما ينطبق): <input type="checkbox"/> الصحة العقلية <input type="checkbox"/> نتائج اختبارات فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (HIV/AIDS) والأمراض المنقولة جنسيًا (STD) أو التشخيص أو العلاج <input type="checkbox"/> اضطراب تعاطي المخدرات		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• هذه الموافقة صالحة لمدة عام واحد أو <input type="checkbox"/> حتى _____ (تاريخ أو حدث).</li> <li>• يمكنني إلغاء هذه الموافقة أو سحبها كتابيًا في أي وقت، لكن لن يؤثر ذلك في أي معلومات تمت مشاركتها بالفعل.</li> <li>• أفهم أن السجلات التي تمت مشاركتها بموجب هذه الموافقة قد لا تظل محمية بموجب القوانين السارية على DSHS.</li> <li>• تصبح نسخة من هذا النموذج صالحة لمنح الإذن لمشاركة السجلات.</li> </ul>		
التوقيع	التاريخ	
توقيع الشاهد/كاتب العدل، حسب الاقتضاء	اسم الشاهد/كاتب العدل بخط واضح	التاريخ
توقيع ولي الأمر أو ممثل آخر (إذا أمكن)	رقم الهاتف (أدرج الرمز الهاتفي للمنطقة)	التاريخ
<p>إذا لم أكن الشخص صاحب السجلات، فأنا مفوض للتوقيع نظرًا إلى أنني: (أرفق إثبات التفويض)</p> <input type="checkbox"/> ولي الأمر <input type="checkbox"/> الوصي القانوني (أرفق قرار المحكمة) <input type="checkbox"/> ممثل شخصي <input type="checkbox"/> غير ذلك:		

إشعار إلى مستلمي المعلومات: إذا كانت هذه السجلات تحتوي على معلومات حول HIV أو STD أو AIDS، فلا يمكنك الإفصاح عن تلك المعلومات دون الحصول على إذن محدد من العميل. إذا حصلت على معلومات متعلقة بتعاطي المخدرات أو الكحول بواسطة العميل، فيجب عليك تضمين العبارة الآتية في أثناء الإفصاح عن المعلومات وفقًا لما تقتضيه المادة 42 من دستور القواعد الفيدرالية CFR 2.32:

تم الإفصاح عن هذه المعلومات لكم من السجلات المحمية بقواعد السرية الفيدرالية (CFR 42 القسم 2). تحظر عليك القواعد الفيدرالية إجراء أي إفصاح إضافي عن هذه المعلومات ما لم يتم السماح صراحةً بمزيد من الإفصاح بموجب الموافقة الكتابية من الشخص الذي تخصه هذه المعلومات أو على النحو الذي يسمح به CFR 42 الجزء 2. لا يُعد التفويض العام للإفصاح عن المعلومات الطبية أو غيرها كافيًا لهذا الغرض. تقيد القواعد الفيدرالية أي استخدام للمعلومات من أجل التحقيق الجنائي أو مقاضاة أي مريض يتعاطى الكحول أو المخدرات.

## إرشادات إكمال نماذج الموافقة، DSHS، 14-012

الاستخدام: استخدم هذا النموذج عندما تحتاج إلى موافقة لاستخدام معلومات سرية خاصة بأحد العملاء أو مشاركتها بشكل مستمر داخل DSHS أو للإفصاح عن تلك المعلومات إلى وكالات أخرى لتنسيق الخدمات أو للعلاج أو الدفع أو العمليات الخاصة بالوكالة أو لأغراض أخرى يعترف بها القانون.

املا هذا النموذج إلكترونياً إذا أمكن. يجب عليك إكمال نموذج منفصل لكل شخص، بما في ذلك الأطفال.

### أقسام النموذج:

#### التعريف:

- **الإسم:** اكتب اسم عميل واحد فقط في كل نموذج. يجب تضمين أي أسماء سابقة قد يكون العميل استخدمها عند تلقي الخدمات.
- **تاريخ الميلاد:** يلزم تمييز العميل عن الأشخاص الذين لهم الاسم نفسه.
- **رقم التعريف:** اكتب رقم تعريف العميل أو أي معرف آخر مثل رقم الضمان الاجتماعي (غير مطلوب) للمساعدة على تحديد السجلات وتتبع التاريخ والخدمات التي تم الحصول عليها.
- **غير ذلك:** في هذا المربع، يجب عليك تضمين أي معلومات إضافية من شأنها المساعدة على تحديد موقع السجلات، مثل خدمات DSHS ذات الصلة أو أسماء أفراد العائلة أو غير ذلك من المعلومات ذات الصلة.

#### الموافقة (التفويض):

- **سبب الإفصاح:** يتعين تقديم هذه المعلومات حتى تتمكن DSHS من مشاركة السجلات المتعلقة بتعاطي المخدرات والكحول أو سجلات الصحة النفسية. إذا لم تقم بملاء هذا الحقل، فستدرج DSHS ملاحظة تفيد بأن سبب الإفصاح يتم بناءً على طلبك.
- **الوكالات أو الأشخاص الذين يقومون بتبادل السجلات:** يتيح هذا النموذج المكتمل الآتي: (1) استخدام المعلومات السرية والإفصاح عنها داخل DSHS ومع الوكالات أو الأشخاص المدرجين؛ و(2) الإفصاح عن المعلومات السرية إلى DSHS بواسطة الوكالات أو الأشخاص الخارجيين المدرجين. يمكنك أيضاً إرفاق قائمة بالوكالات المسموح لها بمشاركة المعلومات، والتي يجب على العميل توقيعها أيضاً.
- **المعلومات المضمنة:** يجب أن يشير العملاء إلى السجلات التي تغطيها الموافقة. يجوز أن يقوم العملاء بإتاحة كافة السجلات أو تقييد السجلات المضمنة حسب التاريخ أو النوع أو مصدر السجل. إذا لم يتم العميل بالتوقيع على الموافقة أو تحديد سجل معين، فسوف يظل من المسموح مشاركة ذلك السجل إذا كان القانون يسمح بذلك. يمكنك إرفاق قائمة بالسجلات المضمنة التي يجب على العميل توقيعها أيضاً. إذا كان أي من السجلات يشتمل على معلومات متعلقة بالصحة العقلية (مدونة واشنطن المنقحة (RCW)71.05.620) أو اختبارات HIV/AIDS أو STD أو العلاج (RCW 70.02.220) أو الخدمات الخاصة بتعاطي المخدرات والكحول (42 CFR 2.31(A)(5))، فيجب على العميل تحديد هذه المجالات بالتحديد لإعطاء إذن لمشاركة هذه السجلات. هذا النموذج غير صالح لإضافة ملاحظات العلاج النفسي بموجب 45 CFR 164.508(b)(3)(ii)؛ يجب إكمال نموذج منفصل لتضمين تلك السجلات.
- **المدة:** يجب تضمين تاريخ انتهاء الموافقة، إذا لم تكن مدتها عاماً واحداً. ستنتهي مدة سريان الموافقة خلال عام واحد، ما لم تحدد تاريخاً مختلفاً.
- **الفهم:** تأكد من فهم العميل الإذن الذي يتم منحه وسبب وطريقة مشاركة المعلومات. عند الحاجة، استخدم نموذجاً مترجماً ومترجماً فورياً أو اقرأ النموذج بصوت مرتفع. إذا كان العميل بحاجة إلى مزيد من المعلومات، فقم بتوفير نسخة إضافية من إشعار ممارسات الخصوصية لدى DSHS أو إحالة العميل إلى مسؤول الإفصاح العلني في الوحدة لديك.

#### التوقيعات:

- **العميل:** اطلب من عميل أو طفل سنه يتجاوز سن الرشد (13 سنة لخدمات الصحة العقلية وتعاطي المخدرات والكحول؛ 14 سنة لاختبارات HIV/AIDS وأمراض STD الأخرى؛ أي سن لخدمات تنظيم النسل والإجهاض؛ 18 سنة للرعاية الصحية والسجلات الأخرى) توقيع هذا المربع وأدرج تاريخ التوقيع. قد يُبدل العميل ذلك بعلامة في هذا المربع تشير إلى أنك شاهد.
- **الشاهد أو كاتب العدل:** قد تكون هناك حاجة إلى وجود شاهد أو كاتب عدل للتحقق من هوية العميل إذا لم يقدم العميل هذا النموذج شخصياً أو إذا طلب أحد البرامج التحقق من الهوية. يجب على هذا الشخص أن يُوقع ويكتب اسمه بخط واضح.
- **ولي الأمر أو ممثل آخر:** إذا كان العميل طفلاً أصغر من سن الرشد، فيجب على ولي الأمر أو الوصي القيام بالتوقيع. إذا لم يكن الطفل يفي بمتطلبات سن الرشد لمشاركة كل السجلات، فيجب على كل من الطفل وولي الأمر القيام بالتوقيع. إذا تم الإقرار بأن العميل فاقده للأهلية بموجب القانون، فيجب على الوصي المعين بواسطة المحكمة التوقيع وتوقيع نسخة من أمر التعيين. في حال توقيع شخص آخر بصفة أخرى (بما في ذلك الشخص المفوض رسمياً أو ممثل عن الإرث)، قم بوضع علامة على "غير ذلك" والحصول على نسخة من التفويض القانوني للتصرف. يجب على الشخص الموقع كتابة تاريخ التوقيع ورقم الهاتف أو معلومات الاتصال.