

الموافقة Consent

إشعار للعملاء: يمكن أن تساعدك إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) بشكل أفضل إذا تمكنا من العمل مع الوكالات والمتخصصين الآخرين الذين يعرفونك أنت وعائلتك. وبتوقيعك على هذا النموذج، فإنك تعطي إذنًا لإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية والوكالات والأفراد المدرجين أدناه لاستخدام المعلومات السرية الخاصة بك ومشاركتها. كما أنه لا يمكن لإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية رفض المزايا الخاصة بك إذا لم توقع على هذا النموذج ما لم توجد ضرورة لموافقتك لتحديد أهليتك. وإذا لم توقع على هذا النموذج، فقد تواصل إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية بمشاركة معلومات بشأنك في حدود ما يسمح به القانون. أما إذا كانت لديك استفسارات حول كيفية مشاركة إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية لمعلومات العميل السرية أو حقوق الخصوصية الخاصة بك، فيرجى الرجوع إلى إشعار ممارسات الخصوصية في إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية أو سؤال الشخص الذي يقدم لك هذا النموذج.

التعريف بالعميل		
الاسم	تاريخ الميلاد	رقم التعريف الشخصي
العنوان	المدينة	الولاية الرمز البريدي
رقم الهاتف (بما في ذلك رمز المنطقة)	معلومات أخرى	

الموافقة:
أوافق على استخدام المعلومات السرية الخاصة بي داخل إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية لتخطيط وتقديم وتنسيق الخدمات والعلاج والمدفوعات والمزايا بالنسبة لي أو لأغراض أخرى مصرح بها بموجب القانون. كما أمتنح الإذن لإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية والوكالات أو مقدمي الخدمات أو الأشخاص المدرجين في القائمة أدناه لاستخدام المعلومات السرية الخاصة بي والكشف عنها لبعضهم البعض لهذه الأغراض. ويمكن مشاركة المعلومات شفهيًا أو عن طريق نقل بيانات الحاسوب أو البريد أو تسليمها باليد.

يرجى التحقق من كل المدرجين في هذه الموافقة بالإضافة إلى إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية وتحديدكم بالاسم والعنوان:

موفرو الرعاية الصحية:

موفرو الرعاية الصحية العقلية:

موفرو خدمة علاج اضطرابات تعاطي مواد الإدمان:

مقدمو الخدمات المتعاقدون مع إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية:

برامج الإسكان:

مناطق المدارس أو الكليات:

إدارة الإصلاحات:

إدارة الأمن الوظيفي وشركائها في العمل:

إدارة التأمين الاجتماعي أو أي وكالة فيدرالية أخرى:

انظر القائمة المرفقة

غير ذلك:

أصرح وأوافق على مشاركة السجلات والمعلومات التالية (التحقق من كل ما ينطبق):

جميع سجلات العملاء السجلات في القائمة المرفقة

السجلات التالية فقط

تاريخ الأسرة والتاريخ الاجتماعي والتوظيف معلومات الرعاية الصحية خطط العلاج أو الرعاية

سجلات الدفع التقييمات الفردية المدرسة والتعليم والتدريب

(قائمة) أخرى:

يرجى ملاحظة: إذا كانت سجلات العميل الخاصة بك تتضمن أيًا من المعلومات التالية، فيجب عليك أيضًا استكمال هذا القسم لتضمين هذه السجلات.

أمتنح الإذن للكشف عن السجلات التالية (التحقق من كل ما ينطبق):

الصحة العقلي نتائج اختبار فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والأمراض المنقولة جنسيًا أو التشخيص أو العلاج خدمات علاج اضطرابات تعاطي مواد الإدمان

- هذه الموافقة صالحة لمدة عام واحد ما دام تحتاج مع إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية إلى السجلات، أو حتى _____ (التاريخ أو الحدث).

- يمكنني إلغاء أو سحب هذه الموافقة في أي وقت كتابةً، لكن هذا لن يؤثر على أي معلومات تمت مشاركتها بالفعل.

- أدرك أن السجلات المشتركة بموجب هذه الموافقة قد لا تكون محمية بموجب القوانين التي تنطبق على إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية.

- نسخة من هذا النموذج صالحة لأمتنح الإذن لمشاركة السجلات.

التوقيع	التاريخ	وكالة الاتصال / توقيع الشاهد	التاريخ
توقيع الوالد أو ممثل آخر (إن وجد)		رقم الهاتف (بما في ذلك رمز المنطقة)	التاريخ

إذا لم أكن ضمن موضوع السجلات، فاسمح لي بالتوقيع لأنني: (أرفق دليلًا على الاختصاص)

الوالد الوصي القانوني (أرفق أمر المحكمة) الممثل الشخصي غير ذلك:

إشعار إلى مستلمي المعلومات: إذا كانت هذه السجلات تحتوي على معلومات حول فيروس نقص المناعة البشرية أو الأمراض المنقولة جنسيًا أو الإيدز، فقد لا يمكن لك الكشف عن هذه المعلومات دون إذن خاص من العميل. وفي حالة استلامك معلومات تتعلق بتعاطي الكحول والمخدرات من قبل العميل، فيجب عليك تضمين العبارة التالية عند الكشف عن مزيد من المعلومات على النحو المطلوب القسم 2.32 من المجلد 42 من قوانين اللوائح الاتحادية:

تم الكشف عن هذه المعلومات لك من السجلات المحمية بموجب قواعد السرية الفيدرالية (القسم 2 من المجلد 42 من قوانين اللوائح الاتحادية). وتمنعك القواعد الفيدرالية من أي إفصاح إضافي لهذه المعلومات ما لم يُسمح بمزيد من الكشف بشكل صريح بموافقة خطية من الشخص الذي تتعلق به أو كما هو مسموح به بموجب القسم 2 من المجلد 42 من قوانين اللوائح الاتحادية. كما أنه لا يكفي الإذن العام لإصدار معلومات عادية أو غيرها لهذا الغرض. وتفيد القواعد الفيدرالية أي استخدام للمعلومات لتحقيق أو المقاضاة الجنائية لأي مريض يتعاطى الكحول أو المخدرات.

تعليمات لاستكمال نموذج الموافقة

الغرض: استخدم هذا النموذج عندما تحتاج إلى موافقة لاستخدام المعلومات السرية بشكل مستمر بشأن عميل ضمن إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية أو للكشف عن تلك المعلومات إلى وكالات أخرى لتتسبب الخدمات أو لتلقي العلاج أو عمليات الدفع أو الوكالة أو لأغراض أخرى معترف بها بموجب القانون. والعملاء هم الأشخاص الذين يحصلون على المزايا أو الخدمات المقدمة من إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية.

الاستخدام: املا هذا النموذج إلكترونياً إن أمكن بسهولة قراءته، ويجب استكمال النموذج المنفصل لكل شخص، بما في ذلك الأطفال. وتشير "أنت" في التعليمات إلى موظف إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية بينما تشير "أنت" في النموذج إلى العميل. كما تتضمن مشاركة السجلات استخدام المعلومات السرية الخاصة بالعميل والإفصاح عنها.

أجزاء النموذج:

التعريف الشخصي:

- الاسم: اكتب اسم عميل واحد فقط في كل نموذج. قم بتضمين أي أسماء سابقة قد يستخدمها العميل عند حصوله على الخدمات.
- تاريخ الميلاد: ضروري لتحديد العميل من الأشخاص الذين لهم أسماء مشابهة.
- رقم التعريف الشخصي: قَدِّم رقم تعريف العميل أو معرف آخر مثل رقم التأمين الاجتماعي (غير مطلوب) للمساعدة في تحديد السجلات وتتبع السجل والخدمات التي تم الحصول عليها.
- العنوان والهاتف: معلومات إضافية ستساعد في تحديد وتعريف هوية العميل أو الاتصال به.
- غير ذلك: أدرج في هذا المربع أي معلومات إضافية قد تساعد في تحديد موقع السجلات التي قد تتضمن أجزاء من إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية المعنية بالخدمات أو أسماء أفراد الأسرة أو غيرها من المعلومات ذات الصلة.

الموافقة (الإذن):

- الوكالات أو الأشخاص الذين يتبادلون السجلات: يسمح استكمال العميل هذا النموذج باستخدام المعلومات السرية ومشاركتها ضمن إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية. ستتمكن إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية من الكشف عن المعلومات السرية والحصول عليها من الوكالات الخارجية أو الأشخاص المدرجين في القائمة. قَدِّم المعلومات المحددة للهوية الشخصية بشأن الوكالات أو مقدمي الخدمات، بما في ذلك الاسم أو العنوان أو الموقع إن أمكن. يمكنك أيضاً إرفاق قائمة بالوكالات المسموح لها بمشاركة المعلومات التي يجب على العميل التوقيع عليها أيضاً.
- المعلومات المدرجة: يجب على العملاء الإشارة إلى السجلات المشمولة بالموافقة. ويمكن للعملاء إتاحة جميع السجلات أو تقييد السجلات المدرجة حسب التاريخ أو النوع أو مصدر السجل. كما أنه إذا لم يوقع العميل على الموافقة أو لم يحدد سجلاً معيناً، فسيظل مسموحاً بمشاركة هذا السجل إذا سمح القانون بذلك. ويمكنك إرفاق قائمة بالسجلات المشمولة التي يجب على العميل التوقيع عليها أيضاً. أما إذا تضمنت أي سجلات معلومات تتعلق بالصحة العقلية (قانون واشنطن المعدل 71.05.620) أو اختبار أو علاج فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز أو الأمراض المنقولة جنسياً (قانون واشنطن المعدل 70.02.220) أو خدمات المخدرات والكحول القسم (القسم 2.31 (أ) (5)) من المجلد 42 من قوانين اللوائح الاتحادية، ويجب وضع علامة على هذه المناطق خصيصاً لإعطاء الإذن لمشاركة هذه السجلات. وهذا النموذج غير صالح ليتضمن ملاحظات العلاج النفسي تحت القسم 164.508 (ب)(3) (ثانياً) من المجلد 45 من قوانين اللوائح الاتحادية ويجب استكمال النموذج المنفصل لتضمين هذه السجلات.
- المدة الزمنية: أدرج تاريخ انتهاء الصلاحية الخاص بالموافقة التي تخدم أغراض البرنامج أو وفقاً لما ينص عليه القانون.
- الفهم: تأكد أن العميل يفهم الإذن الممنوح وكيف ستتم مشاركة هذه المعلومات ولماذا. وإذا لزم الأمر، استخدم إحدى النسخ المترجمة ومترجمًا فورياً أو اقرأ النموذج بصوت عالٍ. كما أنه إذا كان العميل يحتاج إلى مزيد من المعلومات، فيرجى تقديم نسخة إضافية من إشعار ممارسات الخصوصية في إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية أو إحالة العميل إلى مسؤول الإفصاح العام عن الوحدة الخاصة بك.

التوقيعات:

- العميل: اطلب من العميل أو الطفل الذي يزيد عمره عن موافقة (13) للصحة العقلية وخدمات المخدرات والكحول؛ 14 لفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً الأخرى؛ أي عمر لتحديد النسل والإجهاض؛ 18 للرعاية الصحية والسجلات الأخرى) يرجى التوقيع داخل هذا المربع وكتابة تاريخ التوقيع. وقد يحل العميل محل العلامة الموجودة داخل هذا المربع التي تشاهدها.
- الشاهد أو كاتب العدل: قد يلزم وجود شاهد أو كاتب عدل للتحقق من هويتك إذا لم تقدم هذا النموذج شخصياً أو إذا طلب أحد البرامج التحقق. وأن يوقع هذا الشخص باسمه ويكتبه.
- الوالد أو ممثل آخر: إذا كان العميل طفلاً دون موافقة، فيجب على الوالد أو الوصي التوقيع. وفي حالة عدم استيفاء الطفل لعمر الموافقة على مشاركة جميع السجلات، فيجب أن يوقع كل من الطفل والوالد. أما إذا تم التصريح بعدم أهلية العميل من الناحية القانونية، فيجب على الوصي المعين من قبل المحكمة التوقيع وتقديم نسخة من طلب التعيين. كما أنه إذا قام شخص ما بتسجيل الدخول بصفة أخرى (بما في ذلك شخص لديه توكيل قانوني أو ممثل عن الممتلكات)، فضع علامة أمام "غير ذلك" واحصل على نسخة من السلطة القانونية للتصرف بموجبها. ويجب على الشخص الذي يوقع أن يكتب تاريخ التوقيع وتقديم رقم الهاتف أو معلومات الاتصال المتعلقة به.