

## موافقة CONSENT

**إشعار إلى العملاء:** بإمكان مصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية مساعدتك بطريقة أفضل إذا أمكن لنا العمل مع الوكالات والمختصين الذين يعرفونك ويعرفون عائلتك جيدا. بتوقيعك على هذه الاستمارة فإنك تسمح لمصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية والوكالات والأشخاص المذكورين أدناه باستخدام ومشاركة المعلومات الخاصة المتعلقة بك مع جهات أخرى. لا يحق لمصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية أن ترفض المساعدات التي تحصل عليها دون توقيعك على هذه الاستمارة إلا إذا كانت موافقتك ضرورية لتحديد أهليتك. إذا لم توقع على هذه الاستمارة، يبقى بإمكان مصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية أن تشارك الوكالات الأخرى في المعلومات المتعلقة بك إلى الحد الذي يسمح به القانون. إذا كانت لديك أسئلة حول الطرق التي تتوخاها مصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية لمشاركة المعلومات الخاصة بالعميل مع الوكالات الأخرى أو حول حقوقك في خصوصية المعلومات، الرجاء مراجعة وثيقة الإشعار بإجراءات الخصوصية لمصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية أو اسأل الشخص الذي أعطاك هذه الاستمارة.

تعريف هوية العميل:			
الاسم	تاريخ الولادة	رقم التعريف	
العنوان	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
رقم الهاتف (أذكر رمز المنطقة)	معلومات أخرى		

موافقة:	
أوافق على أن تستخدم مصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية المعلومات الخاصة بي قصد التخطيط ومدى بالخدمات وتنسيق الخدمات والعلاج والدفعات وتقديم المساعدات إلي أو لأي غرض آخر يسمح به القانون. بالإضافة، أسمح لمصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية والوكالات والمزودين بالخدمات والأشخاص المذكورين أدناه باستخدام معلوماتي الخاصة ومشاركتها مع جهات أخرى لهذه الأغراض. قد يتم تبادل هذه المعلومات شفهيًا أو بتحويل البيانات عن طريق الكمبيوتر أو البريد أو تسليمها شخصيًا.	
الرجاء أن تضع علامة في المربع المناسب أمام جميع المؤسسات والأشخاص الذين تمنحهم موافقتك بالإضافة إلى مصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية، وأذكر أسمائهم وعناوينهم:	
<input type="checkbox"/>	المزودون بخدمات العناية الصحية:
<input type="checkbox"/>	المزودون بخدمات العناية العقلية:
<input type="checkbox"/>	مقدمو الخدمات ضد الإدمان على المواد الكيميائية:
<input type="checkbox"/>	المزودون بخدمات أخرى تحت عقد مع مصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية:
<input type="checkbox"/>	برامج السكن:
<input type="checkbox"/>	إدارات المدارس أو المعاهد المحلية:
<input type="checkbox"/>	إدارة السجون:
<input type="checkbox"/>	إدارة الضمان الوظيفي وشركاء الإدارة في التوظيف:
<input type="checkbox"/>	إدارة الضمان الاجتماعي أو وكالة فدرالية أخرى:
<input type="checkbox"/>	راجع القائمة المرفقة
<input type="checkbox"/>	غير ذلك:

أسمح وأوافق على تبادل السجلات والمعلومات الآتية (ضع علامة في المربع المناسب):	
<input type="checkbox"/>	جميع سجلات عميلي
<input type="checkbox"/>	السجلات المذكورة في القائمة المرفقة
<input type="checkbox"/>	السجلات الآتية فقط
<input type="checkbox"/>	المعلومات العائلية والاجتماعية والتوظيف
<input type="checkbox"/>	سجل الدفعات
<input type="checkbox"/>	غير ذلك (اشرح):
<input type="checkbox"/>	المعلومات الصحية
<input type="checkbox"/>	التقييمات الفردية
<input type="checkbox"/>	العلاج الطبي أو البرامج الصحية
<input type="checkbox"/>	المدرسة والتعليم والتدريب

<b>ملاحظة:</b> إذا كانت سجلات عميلك تتضمن أيًا من المعلومات التالية فعليك أن تملأ هذا القسم وتذكر هذه المعلومات.	
<input type="checkbox"/>	الحالة العقلية
<input type="checkbox"/>	نتائج التحاليل أو تشخيص أو علاج ضد الإيدز والأمراض التناسلية
<input type="checkbox"/>	خدمات بسبب الإدمان على المواد الكيميائية

<input type="checkbox"/>	هذه الموافقة صالحة لمدة سنة واحدة
<input type="checkbox"/>	طالما تحتاج مصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية إلى هذه المعلومات، إلى _____ (التاريخ أو الحدث).
<input type="checkbox"/>	قد ألغيت أو أسحبت هذه الموافقة في أي وقت كتابيا لكن ذلك القرار لن يؤثر على أي تبادل للمعلومات سبق أن حصل.
<input type="checkbox"/>	أدرك أن المعلومات المتبادلة والمدلى بها إلى جهات أخرى وفقا لهذه الموافقة قد لا تخضع لقانون حماية المعلومات المطبق في مصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية.
<input type="checkbox"/>	تعتبر نسخة من هذه الاستمارة كافية حتى أسمح بتبادل ومشاركة المعلومات مع جهات أخرى.

التوقيع	التاريخ	مصدر الاتصال في الوكالة/توقيع الشاهد	التاريخ
توقيع الولي أو ممثل آخر (إذا انطبق ذلك)	رقم الهاتف (أذكر رمز المنطقة)	التاريخ	

<input type="checkbox"/>	أنا لست صاحب السجلات لكنني مرخص لي بالتوقيع لأنني: (أرفق شهادة على المسؤولية)
<input type="checkbox"/>	الولي
<input type="checkbox"/>	الوصي القانوني
<input type="checkbox"/>	ممثل الشخص
<input type="checkbox"/>	غير ذلك

**إشعار إلى متسلمي المعلومات:** إذا كانت هذه البيانات تتضمن معلومات حول الأمراض التناسلية أو الإيدز فلا يمكنكم تبادل هذه المعلومات وإفشافها إلى الغير بدون موافقة العميل الصريحة. إذا حصلتم على معلومات تتعلق بالإدمان على الخمر أو المخدرات من طرف العميل، يجب أن تضمنوا التصريح التالي عند تبادل المعلومات أو الإدلاء بها إلى جهات أخرى وفقا للقانون 42 CFR 2.32.

لقد تم مدمك بهذه المعلومات المضمنة في سجل محمي بموجب قوانين سرية المعلومات الفيدرالي (2 CFR part 42). تمنعكم القوانين الفيدرالية من إفشاء هذه المعلومات إلا إذا تم الحصول على موافقة صريحة وكتابية من طرف الشخص صاحب المعلومات أو وفقا للحدود التي يسمح بها القانون 42 CFR part 2. لا يكفي ترخيص عام لمشاركة المعلومات الطبية أو معلومات أخرى لهذا الغرض مع جهات أخرى. تحدد القوانين الفيدرالية استخدام المعلومات للتحقيق في أو لمتابعة أي شخص مدمن على الخمر أو على المخدرات قانونياً.

## تعليمات لملا استمارة الموافقة

**الهدف:** استخدم هذه الاستمارة لما تحتاج إلى الموافقة على استخدام المعلومات الخصوصية لأحد عملاء مصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية بصفة مستمرة أو عند تبادل هذه المعلومات وإفشافها لوكالات أخرى قصد تنسيق الخدمات أو قصد العلاج أو الدفع أو الإجراءات الوكالة أو لأغراض أخرى يسمح بها القانون. العملاء هم الأشخاص الذين يحصلون على مساعدات أو خدمات من طرف مصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية.

**الاستخدام:** إملا هذه الاستمارة إلكترونياً (على الكمبيوتر) إذا أمكن ذلك حتى تسهل قراءتها. يجب ملا استمارة لكل شخص بما في ذلك الأطفال. يُشير الضمير "أنت" أو "انتم" في القسم الخاص بالتعليمات إلى موظف مصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية ويُشير الضمير "انت" أو "انتم" في الاستمارة إلى العميل. يتضمن تبادل وإفشاء المعلومات استخدام وإفشاء المعلومات الخصوصية للعميل.

### أقسام الاستمارة:

#### التعريف بالهوية:

- الاسم: أكتب اسم عميل واحد فقط في كل استمارة. أذكر جميع الأسماء السابقة التي استخدمها العميل عند الحصول على الخدمات.
- تاريخ الولادة: ضروري لتحديد هوية العميل إذا كان شخص آخر يحمل نفس الأسماء.
- رقم التعريف: أكتب رقم التعريف الخاص بالعميل أو أي رقم آخر يعرف بهوية العميل مثل رقم الضمان الاجتماعي (غير ضروري) للمساعدة على تحديد السجلات وتعقب الخدمات والمساعدات التي حصل عليها العميل.
- العنوان والهاتف: معلومات إضافية تساعد على تحديد موقع العميل أو هويته أو الاتصال به.
- غير ذلك: أذكر في هذا الحقل أي معلومات إضافية قد تساعد على تحديد موقع السجلات أو المعلومات التي قد تتضمن أقساماً من مصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية التي تتعلق بالخدمات أو أسماء أفراد العائلة أو معلومات أخرى مهمة.

#### الموافقة (الترخيص):

- الوكالات أو الأشخاص الذين يتبادلون المعلومات: يعطي ملا العميل لهذه الاستمارة الصلاحية لجميع أقسام مصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية لاستخدام وتبادل المعلومات الخصوصية. يمكن ذلك مصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية من تلقي وإرسال المعلومات الخصوصية من وإلى الوكالات الخارجية والأشخاص الواردة أسماؤهم في القائمة. أذكر المعلومات التي تُعرف بالوكالات أو بمزودي الخدمات بما في ذلك الاسم والعنوان والموقع إذا أمكن ذلك. بإمكانك أيضاً إلحاق قائمة بأسماء الوكالات المرخص لها تبادل المعلومات والتي يوقع عليها العميل.
- المعلومات المضمنة: على العملاء تحديد المعلومات المضمنة في الموافقة. بإمكان العملاء أن يوافقوا على إفشاء جميع المعلومات أو تحديد المعلومات المضمنة وفقاً للتاريخ أو نوع المعلومات أو مصدرها. إذا لم يوقع العميل على استمارة الموافقة أو لم يذكر معلومات محددة فسيبقى تبادل المعلومات ممكناً إلى الحد الذي يسمح به القانون. بإمكانك إلحاق قائمة بالمعلومات والوثائق التي يجب على العميل أن يوقع عليها. إذا كانت السجلات تتضمن معلومات حول مرض عقلي (RCW 71.05.620) أو تحاليل أو علاج ضد مرض الإيدز أو الأمراض التناسلية (RCW 70.02.220) أو خدمات تتعلق بالمخدرات أو الكحول (42 CFR 2.31(a)(5)) فعندها يجب على العميل أن يُعلم خصيصاً هذه الحقول حتى يسمح بتبادل هذه المعلومات وإفشافها. لا يمكن لهذه الاستمارة أن تتضمن ملاحظات العلاج النفسي وفقاً للقانون 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) ويجب ملا استمارة منفصلة تتضمن تلك المعلومات.
- المدة: أذكر تاريخ انتهاء الموافقة التي تستجيب لأغراض برنامجك أو كما نص عليه القانون.
- الفهم: تأكد من أن العميل مدرك لنوع الترخيص الذي يقدمه وطريقة وأهداف تبادل المعلومات. استخدم استمارة مترجمة أو مترجماً أو اقرأ الاستمارة بصوت عالٍ إذا اقتضت الحاجة. إذا احتاج العميل إلى المزيد من المعلومات، أعطه نسخة إضافية لوثيقة الإشعار بإجراءات الخصوصية أو قم بإحالة العميل على الموظف المشرف على إفشاء المعلومات في قسمك.

#### التوقيع:

- العميل: أطلب من العميل أو طفل سنة فوق سن الموافقة (13 بالنسبة للأمراض العقلية وخدمات الإدمان على الكحول والمخدرات و 14 بالنسبة لمرض الإيدز والأمراض التناسلية الأخرى وأي سن بالنسبة لمنع الحمل والإجهاض و 18 بالنسبة للمعلومات الطبية وأي معلومات أخرى) أن يوقع على هذا المربع ويكتب تاريخ التوقيع. قد يضع العميل علامة بديلة في هذا المربع ويجب أن تتم العملية أمامك.
- جهة الاتصال بالوكالة أو الشاهد: ستوقع في هذا المربع إذا كنت أنت الشخص الذي سيقدم الاستمارة والتفسير للعميل. الرجاء أن تذكر رقم هاتفك. في حال قيام العميل بالتوقيع على الاستمارة في مكان ثاني غير مكان العمل، أطلب من العميل حمل شاهد على التوقيع في هذا الحقل وكتابة رقم هاتفه. بإمكان كاتب عدل أن يشهد على توقيع العميل.
- الولي أو ممثل آخر: إذا كان العميل طفلاً لا تسمح له سنه بالموافقة فيجب على الولي أو الوصي التوقيع. إذا كانت سن الطفل لا تسمح له بالموافقة على أي من المعلومات التي سيتم تبادلها، يجب أن يوقع كل من الطفل والولي على الوثيقة. إذا ثبت قانونياً عدم أهلية العميل، يقوم الوصي القانوني الذي عينته المحكمة بالتوقيع مع الإدلاء بنسخة من قرار التعيين الصادر من المحكمة. إذا قام شخص ثانٍ بالتوقيع نيابة عن شخص آخر (بما في ذلك شخص موكل أو ممثل الملكية) ضع علامة في مربع "غير ذلك" وأطلب نسخة من التوكيل أو الوثيقة القانونية التي تسمح له القيام بذلك. على الشخص الذي يوقع أن يكتب التاريخ ورقم هاتفه أو معلومات الاتصال الخاصة به.