

Identifikacija klijenta			
IME I PREZIME	DATUM ROĐENJA	IDENTIFIKACIONI BROJ	
ADRESA	GRAD	DRŽAVA	POŠTANSKI BROJ
BROJ TELEFONA (NAVESTI POZIVNI BROJ)	OSTALE INFORMACIJE		



Pristanak Consent

Napomena za klijente: Department of Social and Health Services - DSHS (Ministarstvo za socijalne i zdravstvene usluge) može vam bolje pomoći ako budemo mogli raditi s drugim agencijama i stručnjacima koji poznaju vas i vašu porodicu. Potpisivanjem ovog obrasca, vi dajete dozvolu DSHS-u, agencijama i pojedincima navedenim u nastavku da koriste i dijele povjerljive informacije o vama. DSHS vam ne može odbiti primanje beneficija u slučaju da ne potpišete ovaj obrazac, osim ako je vaš pristanak potreban za utvrđivanje vaše podobnosti, odnosno prava na beneficije. Ako ne potpišete ovaj obrazac, DSHS i dalje može dijeliti informacije o vama, u mjeri dopuštene zakonom. Ako imate pitanja o načinu na koji DSHS dijeli povjerljive informacije klijenta ili imate pitanja o pravima na privatnost, molimo da pročitate DSHS-ovu Notice of Privacy Practices (Obavijest o postupcima zaštite privatnosti) ili da o tome pitate osobu koja vam daje ovaj obrazac.

Pristanak

1. Pristajem na korištenje povjerljivih podataka o meni unutar DSHS-a radi planiranja, pružanja i koordinacije usluga, liječenja, plaćanja i beneficija za mene ili u druge svrhe dopuštene zakonom. Takođe dajem dopuštenje DSHS-u i dolje navedenim agencijama, pružateljima usluga ili osobama da koriste moje povjerljive podatke i da ih jedni drugima otkrivaju u te svrhe. Informacije se mogu dijeliti usmeno ili elektronski, poštom ili ličnom dostavom.

Razlog otkrivanja informacija: Ova informacija je potrebna prije nego što DSHS bude mogao da podijeli evidencije o drogama i alkoholu ili o mentalnom zdravlju. Ako ne popunite ovo polje DSHS će zabilježiti da je razlog otkrivanja informacija na vaš zahtjev.

Molimo označite ispod sve one koji su uključeni u ovaj pristanak, pored DSHS-a, i identificirajte ih imenom i adresom.

- Pružatelji zdravstvenih usluga: _____
- Pružatelji usluga za mentalno zdravlje: _____
- Pružatelji usluga za borbu protiv poremećaja zbog korištenja supstanci: _____
- Drugi pružatelji usluga pod ugovorom s DSHS: _____
- Programi stanovanja: _____
- Školski okruzi ili koledži: _____
- Kazneno-popravni odjel: _____
- Odjel za sigurnost zaposlenja i njegovi partneri za zapošljavanje: _____
- Uprava socijalne zaštite ili druga savezna agencija: _____
- Pogledati priloženi spisak
- Drugo:

2. Razlog otkrivanja informacija: Nastavak njege Pravni Lični Drugo:

3. Dajem ovlaštenje i pristanak za dijeljenje sljedećih evidencija i informacija (označite sve što je primjenjivo):

- Sve moje evidencije kao klijenta Evidencije u priloženoj listi
- Samo sljedeće evidencije
 - Porodična, socijalna i historija zaposlenja
 - Planovi liječenja ili njege
 - Evidencije plaćanja
 - Individualne procjene
 - Škola, obrazovanje i obuka
 - Informacije o mentalnom zdravlju (navesti):
 - Informacije o zdravstvenom stanju (navesti):
 - Drugo (navesti):

Identifikacija klijenta		
IME I PREZIME	DATUM ROĐENJA	IDENTIFIKACIONI BROJ
<p>Napominjemo: Ako evidencije vašeg klijenta uključuju bilo koju od sljedećih informacija, moraćete da popunite i ovaj dio kako biste ga uključili u te evidencije.</p> <p>Dajem ovlaštenje da se objelodane sljedeće evidencije (označite sve na koje se to odnosi):</p> <p><input type="checkbox"/> Mentalno zdravlje <input type="checkbox"/> Rezultati testa, dijagnoze ili liječenje HIV/AIDS-a i polno prenosivih bolesti</p> <p><input type="checkbox"/> Poremećaj zbog korištenja supstanci</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Ovaj pristanak važi jednu godinu ili <input type="checkbox"/> do _____ (datum ili događaj). • Mogu opozvati ili povući ovaj pristanak u bilo kojem trenutku pisanim putem, ali to neće uticati na već podijeljene informacije. • Razumijem da evidencije podijeljene na osnovu ovog pristanka možda više neće biti zaštićene zakonima koji se primjenjuju na DSHS. • Primjerak ovog obrasca je punovažan za davanje mog dopuštenja za dijeljenje evidencija. 		
POTPIS		DATUM
POTPIS SVJEDOKA / NOTARA, AKO JE PRIMJENJIVO	ŠAMPANO IME I PREZIME SVJEDOKA / NOTARA	DATUM
POTPIS RODITELJA ILI DRUGOG ZASTUPNIKA (AKO JE PRIMJENJIVO)	BROJ TELEFONA (NAVESTI POZIVNI BROJ)	DATUM
<p>Ako nisam ja predmet tih evidencija, ja imam ovlaštenje za potpis zato što sam ja: (priložiti dokaz o ovlaštenju)</p> <p><input type="checkbox"/> Roditelj <input type="checkbox"/> Zakonski staratelj (priložiti sudski nalog) <input type="checkbox"/> Lični zastupnik <input type="checkbox"/> Drugo:</p>		

Napomena primateljima informacija: Ako evidencije sadrže informacije o bolestima HIV, polno prenosivim bolestima ili AIDS-u, te informacije ne možete dalje objelodanjivati bez konkretne dozvole klijenta. Ako ste primili informacije vezane za **zloupotrebu droga ili alkohola**, sljedeću izjavu morate uključiti kada budete dalje objelodanjivali te informacije, kako nalaže 42 CFR 2.32:

Ove informacije su vam otkrivene iz evidencija zaštićenih saveznim pravilnikom o povjerljivosti (42 CFR dio 2). Savezna pravila vam zabranjuju bilo kakvo daljnje otkrivanje ovih informacija osim ako daljnje objelodanjivanje nije izričito dopušteno pisanim pristankom osobe na koju se odnosi ili na drugi način dopušta prema 42 CFR dio 2. Opšte ovlaštenje za objelodanjivanje medicinskih ili drugih informacija NIJE dovoljno za ovu svrhu. Savezna pravila ograničavaju svako korištenje ovih informacija za kaznenu istragu ili kazneno gonjenje bilo kojeg pacijenta koji je zavisao od alkohola ili droga.

Uputstva za popunjavanje Obrazaca za pristanak, DSHS 14-012

Upotreba: Upotrijebite ovaj obrazac kada vam je potreban pristanak za kontinuirano korištenje ili dijeljenje povjerljivih informacija unutar DSHS-a ili za objelodanjivanje tih informacija drugim agencijama za koordinaciju usluga ili za liječenje, plaćanje ili poslovanje agencije ili za druge svrhe priznate zakonom.

Ako je moguće, ovaj obrazac popunite elektronski. Morate popuniti **zaseban obrazac za svaku osobu, uključujući djecu.**

Dijelovi Obrasca:

IDENTIFIKACIJA:

- Ime i prezime: Navedite ime i prezime samo jednog klijenta na svakom obrascu. Unesite sva bivša imena koja je klijent mogao koristiti kada je primao usluge.
- Datum rođenja: Potrebno da bi se klijent identifikovao, a ne zamijenio s osobama sa sličnim imenima.
- Identifikacioni broj: Navedite identifikacioni broj klijenta ili druge načine identifikacije kao što je broj socijalnog osiguranja (nije obavezan) kako bi se pomoglo pri identifikaciji evidencija i historiji praćenja, te primljenim uslugama.
- Drugo: U ovom okviru navedite sve dodatne informacije koje bi mogle pomoći da se lociraju evidencije, kao što je DSHS uključen u usluge, imena i prezimena članova porodice ili druge relevantne informacije.

PRISTANAK (OVLAŠTENJE):

- Razlog otkrivanja informacija: Ova informacija je potrebna prije nego što DSHS bude mogao da podijeli evidencije o drogama i alkoholu ili o mentalnom zdravlju. Ako ne popunite ovo polje DSHS će zabilježiti da je razlog otkrivanja informacija na vaš zahtjev.
- Agencije ili osobe koje razmjenjuju evidencije: Ovaj popunjeni obrazac omogućuje: (1) korištenje i objelodanjivanje povjerljivih informacija unutar DSHS-a i s navedenim agencijama ili osobama; i (2) objelodanjivanje povjerljivih informacija DSHS-u od strane navedenih vanjskih agencija ili osoba. Takođe, možete priložiti listu agencija kojima je dozvoljeno da dijele informacije, koju klijent takođe mora potpisati.
- Uključene informacije: Klijenti moraju naznačiti koje evidencije su pokrivene ovim pristankom. Klijenti mogu sve evidencije staviti na raspolaganje ili mogu da prema datumu, vrsti ili izvoru evidencije ograniče uključene informacije. Ako klijent ne potpiše pristanak ili ne navede konkretnu evidenciju, dijeljenje te evidencije će i dalje biti dozvoljeno, ako tako dopušta zakon. Možete priložiti listu pokrivenih evidencija koje klijent takođe mora potpisati. Ako bilo koja evidencija uključuje informacije vezane za mentalno zdravlje (RCW 71.05.620), testiranje ili liječenje HIV/AIDS-a ili polno prenosive bolesti (RCW 70.02.220), ili usluge za liječenje zbog upotreba droga ili alkohola (42 CFR 2.31(a)(5)), klijent mora posebno označiti ova područja kako bi dao dopuštenje za dijeljenje ovih evidencija. Ovaj obrazac nije važeći u smislu da bi se uključile zabilješke iz psihoterapije prema 45 CFR 164.508(b)(3)(ii); da bi se uključile te evidencije mora se popuniti zaseban obrazac.
- Trajanje: Navedite datum isteka važenja pristanka, ako je drugačiji od jedne godine. Pristanak će isteći za godinu dana, osim ako ne navedete drugi datum.
- Razumijevanje: Budite sigurni da klijent razumije koja dopuštenja su data, te kako i zašto će informacije biti dijeljene. Ako je potrebno, koristite prevedeni obrazac i prevodioca ili obrazac čitajte naglas. Ako je klijentu potrebno više informacija, obezbijedite dodatni primjerak DSHS-ove Obavijesti o postupcima zaštite privatnosti ili klijenta uputite na službenika za javno objelodanjivanje za vaš odjel.

POTPISI:

- Klijent: Neka klijent ili dijete starije od uzrasta kada može dati pristanak (13 za usluge mentalnog zdravlja i droga i alkohola; 14 za HIV/AIDS i druge polno prenosive bolesti; bilo koji uzrast za kontrolu rađanja i pobačaje; 18 za zdravstvenu negu i druge evidencije) potpiše ovaj okvir i unese datum potpisa. Klijent može umjesto potpisa u ovaj okvir stavi oznaku, čemu vi morate svjedočiti.
- Svjedok ili notar: Svjedok ili notar mogu biti potrebni da bi potvrdili identitet klijenta, ako klijent ne predaje ovaj obrazac lično ili ako program zahtijeva potvrdu. Ova osoba treba da potpiše i upiše štampanim slovima svoje ime i prezime.
- Roditelj ili drugi zastupnik: Ako je klijent dijete koje je mlađe od granice dozvoljene za davanje pristanka, potpisati mora roditelj ili staratelj. Ako dijete nije starosti u kojoj može dati pristanak za dijeljenje svih evidencija, potpisati moraju i dijete i roditelj. Ako je klijent proglašen pravno nesposobnim, staratelj koji mu je odredio sud mora potpisati i dostaviti kopiju naloga o imenovanju. Ako neko potpisuje u drugom svojstvu (uključujući osobu sa punomoćjem ili zastupnika imovine), označite „drugo“ i nabavite kopiju zakonskog ovlaštenja za postupanje. Osoba koja potpisuje mora datirati potpis i navesti broj telefona ili podatke za kontakt.