

SAGLASNOST CONSENT

OBAVIJEST ZA KLIJENTE: DSHS (Department of Social and Health Services - Ministarstvo za socijalne i zdravstvene usluge) vam može bolje pomoći ako budemo u mogućnosti da radimo s drugim agencijama i stručnjacima koji poznaju vas i vašu obitelj. Potpisivanjem ovog obrasca dajete dozvolu DSHS-u, dolje navedenim agencijama i pojedincima da koriste i dijele vaše povjerljive podatke. DSHS vam ne može odbiti povlastice ako ne potpišete obrazac, osim ako saglasnost nije neophodna za utvrđivanje vaše podobnosti. Ako ne potpišete ovaj obrazac, DSHS ipak može dijeliti podatke o vama u obimu dopuštenim zakonom. Ukoliko imate bilo kakvih pitanja o tome kako DSHS dijeli povjerljive podatke o klijentu ili o svojim pravima na privatnost, pročitajte „DSHS Notice of Privacy Practices“ (Obavijest o pravilima privatnosti) ili objašnjenje zatražite od osobe koja vam je dala ovaj obrazac.

IDENTIFIKACIJA KLIJENTA:			
IME	DATUM ROĐENJA	IDENTIFIKACIJSKI BROJ	
ADRESA	GRAD	DRŽAVA	POŠTANSKI BROJ
BROJ TELEFONA (UPIŠITE I POZIVNI BROJ)	OSTALI PODACI		

SAGLASNOST:
Dajem saglasnost za korištenje povjerljivih podataka o meni u DSHS-u radi planiranja, obezbjeđivanja i koordiniranja usluga, liječenja, plaćanja i davanja povlastica za mene ili radi drugih svrha odobrenih zakonom. Dalje, garantiram dopuštenje DSHS-u i dolje navedenim agencijama, pružateljima usluga ili osobama za korištenje povjerljivih podataka o meni i objelodanjivanje istih drugima u navedene svrhe. Podaci mogu biti podijeljeni usmeno ili prijenosom podataka kompjuterom, poštom ili ličnom dostavom.
Označite sve dolje navedene stavke uključene u ovu saglasnost pored ministarstva DSHS i identificirajte ih imenom i adresom:
<input type="checkbox"/> Pružatelji usluga zdravstvene njege: _____ <input type="checkbox"/> Pružatelji usluga mentalne zdravstvene njege: _____ <input type="checkbox"/> Pružatelji usluga za ovisnike od hemijskih supstanci: _____ <input type="checkbox"/> Drugi DSHS-ovi pružatelji usluga po ugovoru: _____ <input type="checkbox"/> Programi stanovanja: _____ <input type="checkbox"/> Okružne škole ili koledži: _____ <input type="checkbox"/> Korektivne ustanove: _____ <input type="checkbox"/> Odjel za sigurnost zaposlenosti i njegovi partneri za zapošljavanje: _____ <input type="checkbox"/> Uprava za socijalnu zaštitu ili druga savezna agencija: _____ <input type="checkbox"/> Pogledajte priloženu listu <input type="checkbox"/> Drugo: _____

Dajem ovlaštenje i saglasnost za dijeljenje sljedećih evidencija i podataka (označite sve primjenjive stavke):									
<input type="checkbox"/> Svi klijentski podaci <input type="checkbox"/> Podaci s priložene liste <input type="checkbox"/> Samo sljedeći podaci <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Obitelj, socijalna historija i prethodna zaposlenja</td> <td><input type="checkbox"/> Podaci o zdravstvenom osiguranju</td> <td><input type="checkbox"/> Plan liječenja ili njege</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Evidencije plaćanja</td> <td><input type="checkbox"/> Individualne procjene</td> <td><input type="checkbox"/> Škola, obrazovanje i obučavanje</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Drugo (navesti): _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Obitelj, socijalna historija i prethodna zaposlenja	<input type="checkbox"/> Podaci o zdravstvenom osiguranju	<input type="checkbox"/> Plan liječenja ili njege	<input type="checkbox"/> Evidencije plaćanja	<input type="checkbox"/> Individualne procjene	<input type="checkbox"/> Škola, obrazovanje i obučavanje	<input type="checkbox"/> Drugo (navesti): _____		
<input type="checkbox"/> Obitelj, socijalna historija i prethodna zaposlenja	<input type="checkbox"/> Podaci o zdravstvenom osiguranju	<input type="checkbox"/> Plan liječenja ili njege							
<input type="checkbox"/> Evidencije plaćanja	<input type="checkbox"/> Individualne procjene	<input type="checkbox"/> Škola, obrazovanje i obučavanje							
<input type="checkbox"/> Drugo (navesti): _____									

MOLIMO OBRATITE PAŽNJU: Ako vaši klijentski podaci uključuju bilo koji od sljedećih podataka, moraćete popuniti i donji odjeljak kako bi se omogućilo obuhvatanje tih podataka.
Dajem saglasnost za objelodanjivanje sljedećih podataka (označite sve primjenjive stavke):
<input type="checkbox"/> Mentalno zdravlje <input type="checkbox"/> Rezultate testiranja na HIV/AIDS i na spolno prenosive bolesti, dijagnoze ili liječenje <input type="checkbox"/> Službe za pomoć ovisnicima od hemijskih supstanci

- Ova saglasnost ima važnost u roku od jedne godine sve dok su DSHS-u potrebni podaci ili do _____ (datum ili događaj).
 - Ja mogu opozvati ili povući ovu saglasnost u pisanom obliku, bilo kad, ali to neće uticati na bilo koji podatak koji je već podijeljen.
 - Razumijem da podaci podijeljeni na temelju ove saglasnosti možda više neće biti zaštićeni u skladu sa zakonima koji se primjenjuju na DSHS.
 - Primjerak ovog obrasca je važeći za davanje moje dozvole za dijeljenjem podataka.

POTPIS	DATUM	KONTAKT U AGENCIJI/POTPIS SVJEDOKA	DATUM
POTPIS RODITELJA ILI DRUGOG ZASTUPNIKA (AKO JE PRIMJENJIVO)	BROJ TELEFONA (UPIŠITE I POZIVNI BROJ)		DATUM

Ukoliko nisam ja predmet tih podataka, ja sam ovlašten/a potpisati jer sam ja: (priložiti dokaz o punomoći)
<input type="checkbox"/> Roditelj <input type="checkbox"/> Zakonski staratelj (priložiti sudski nalog) <input type="checkbox"/> Osobni predstavnik <input type="checkbox"/> Drugo: _____

NAPOMENA PRIMATELJIMA INFORMACIJA: Ako ove informacije sadrže podatke o HIV-u, spolno prenosivim bolestima ili AIDS-u, takve podatke ne možete dalje objavljivati bez klijentove specijalne dozvole. Ako ste dobili podatke vezane za zloupotrebu droga ili alkohola od strane klijenta, morate priložiti sljedeću izjavu prilikom daljeg objavljivanja podataka, u skladu sa propisom 42 CFR 2.32:

Ova informacija vam je stavljena na uvid iz evidentiranih podataka zaštićenih na temelju Saveznih propisa o povjerljivosti (42 CFR dio 2). Savezni propisi zabranjuju daljnje objavljivanje ovih informacija osim ako je daljnja objava izričito dopuštena uz pismenu saglasnost osobe na koju se one odnose ili je to dopušteno na drugi način na temelju 42 CFR dio 2. Opće ovlaštenje za objavljivanje medicinskih ili drugih informacija NIJE dovoljno za ovu svrhu. Savezni propisi ograničavaju bilo kakvo korištenje ovih informacija za krivične istrage ili podizanja optužbe protiv pacijenta radi zloupotrebe alkohola ili droge.

UPUTE ZA POPUNJAVANJE OBRASCA ZA SAGLASNOST

Svrha: Koristite ovaj obrazac kad vam je potrebna trajna saglasnost za korištenje povjerljivih podataka o klijentu DSHS-a ili za objelodanjivanje tih podataka drugim agencijama radi koordiniranja usluga ili radi liječenja, plaćanja ili aktivnosti agencije, ili radi drugih svrha priznatih zakonom. Klijenti su osobe koje dobijaju povlastice ili usluge od DSHS-a.

Korištenje: Ovaj obrazac popunite elektronički, ako je moguće, radi lakšeg čitanja. **Za svaku osobu mora se popuniti zaseban obrazac, uključujući i za djecu.** "Vi" u ovim uputama se odnosi na zaposlenika DSHS-a, a "vi" na obrascu se odnosi na klijenta. Dijeljenje evidentiranih podataka uključuje korištenje i objelodanjivanje povjerljivih podataka o klijentu.

Dijelovi obrasca:

IDENTIFIKACIJA:

- Ime: Na svakom obrascu navedite ima klijenta. Navedite sva prethodna imena koja je klijent možda koristio kad je primao usluge.
- Datum rođenja: Neophodno radi razlikovanja klijenta od osoba sa sličnim imenima.
- Identifikacijski broj: Navedite identifikacijski broj klijenta ili neki drugi identifikator kao što je broj socijalnog osiguranja (nije potreban) kako bi se pomoglo pri identifikiranju evidentiranih podataka i praćenja historije i primljenih usluga.
- Adresa i telefon: Dodatni podaci koji će pomoći u lociranju i identifikiranju ili kontaktiranju klijenta.
- Drugo: U ovo polje uključite sve dodatne podatke koji mogu pomoći u lociranju evidentiranih podataka koji mogu obuhvatati dijelove DSHS-a angažiranog sa uslugama, imena članova obitelji ili druge relevantne informacije.

SAGLASNOST (OVLAŠTENJE):

- Agencije ili osobe koje razmjenjuju evidentirane podatke: Klijentovim popunjavanjem ovog obrasca on daje dopuštenje za korištenje i dijeljenje povjerljivih podataka u okviru cijelog DSHS-a. DSHS će imati mogućnost za objelodanjivanje i dobijanje povjerljivih podataka od navedenih spoljnih agencija ili osoba. Navedite identifikirajuće podatke o agencijama ili pružateljima, uključujući ime, adresu ili lokaciju, ako je moguće. Možete i priložiti listu agencija kojima je dozvoljeno dijeljenje podataka, što klijent također mora da potpiše.
- Obuhvaćene informacije: Klijenti moraju označiti koje podatke pokriva saglasnost. Klijenti mogu sve podatke učiniti dostupnim ili ograničiti obuhvaćene podatke po datumu, vrsti ili izvoru podatka. Ako klijent ne potpiše saglasnost ili ne specificira određeni evidentirani podatak, dijeljenje tog podatka će i dalje biti dopušteno zakonom. Možete priložiti listu pokrivenih podataka koje klijent također mora potpisati. Ako bilo koji od podataka uključuje informacije o mentalnom zdravlju, (RCW 71.05.620), testiranju na HIV/AIDS ili spolno prenosive bolesti, liječenju (RCW 70.02.220) ili o uslugama za liječenje od droga i alkohola (42 CFR 2.31(a)(5)), klijent mora posebno označiti te oblasti kako bi dao dozvolu za dijeljenje tih podataka. Ovaj obrazac ne važi za uključivanje napomena o psihoterapiji na temelju 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) te se za stavljanje tih podataka mora popuniti zaseban obrazac.
- Trajanje: Obuhvata datum krajnjeg roka za saglasnost koja služi u svrhe vašeg programa ili kako je definirano zakonom.
- Razumijevanje: Uvjerite se da klijent razumije kakva dozvola je odobrena i kako i zašto će podaci biti dijeljeni. Ako je potrebno, koristite prevedeni obrazac i prevodioca ili obrazac pročitajte naglas. Ako su klijentu potrebne opširnije informacije, obezbijedite mu dodatni primjerak DSHS-ove Obavijesti o pravilima privatnosti (DSHS Notice of Privacy Practices) ili klijenta uputite službeniku za javno objelodanjivanje za vaš odjel.

POTPISI:

- Klijent: Neka klijent ili dijete starije od dobi potrebne za davanje saglasnosti (13 za mentalno zdravlje i službe za liječenje od droga i alkohola; 14 za HIV/AIDS i druge spolno prenosive bolesti; bilo koje starosne dobi za kontrolu rađanja i abortuse; 18 za zdravstvenu njegu i druge evidentirane podatke) potpiše ovo polje i unese datum potpisivanja. Klijent može staviti zamjensku oznaku u polju kojem ste svjedok.
- Kontakt u agenciji ili svjedok: Potpisaćete se u ovo polje ako ste vi osoba koja klijentu predstavlja i objašnjava obrazac. Molimo unesite svoj broj telefona. Ako će klijent potpisivati obrazac izvan radnih prostorija, uputite klijenta da treba imati potpis svjedoka u ovom polju te da unese broj telefona. Javni notar može biti svjedok za klijentov potpis.
- Roditelj ili drugi predstavnik: Ako je klijent dijete ispod dobne granice neophodne za saglasnost, potpisati mora roditelj ili staratelj. Ako dijete nema starosnu dob neophodnu za davanje saglasnosti za sve evidentirane podatke koji bi se dijelili, i dijete i roditelj moraju potpisati. Ako je klijent proglašen pravno nesposobnim, staratelj određen sudom mora potpisati i obezbijediti primjerak naloga za imenovanje. Ukoliko neko potpisuje u drugom svojstvu (uključujući osobu koja ima punomoć ili je imovinski predstavnik), označite "drug" i obezbijedite sebi primjerak zakonskog ovlaštenja za takvo djelovanje. Osoba koja potpisuje mora staviti datum potpisivanja i dati broj telefona ili podatke za kontaktiranje.