

Saglasnost

NAPOMENA KLIJENTIMA: The Department of Social and Health Services (DSHS) (Odjeljenje za socijalne i zdravstvene usluge) vam može bolje pomoći ako budemo u mogućnosti raditi s drugim agencijama i profesionalcima koji poznaju vas i vašu porodicu. Potpisivanjem ovog obrasca dajete dozvolu DSHS-u te agencijama i pojedincima navedenim u nastavku da koriste i dijele povjerljive podatke o vama. DSHS vam ne može odbiti beneficije ako ne potpišete ovaj obrazac osim ako vaša saglasnost nije potrebna da bi se utvrdila vaša podobnost. Ako ne potpišete ovaj obrazac, DSHS će ipak moći dijeliti informacije o vama u mjeri koja je zakonom dopuštena. Ako imate pitanja o načinu na koji DSHS dijeli povjerljive podatke o klijentu ili svojim pravima na privatnost, pogledajte DSHS Obavještenje o postupku zaštite ličnih podataka ili pitajte osobu koja vam da ovaj obrazac.

PODACI O KLIJENTU:

IME I PREZIME		DATUM ROĐENJA	MATIČNI BROJ
ADRESA		GRAD	DRŽAVA POŠTANSKI BROJ
BROJ TELEFONA (NAVESTI POZIVNI BROJ)		DRUGE INFORMACIJE	

SAGLASNOST:

Dajem saglasnost za upotrebu povjerljivih podataka o meni u DSHS-u radi planiranja, pružanja i koordiniranja usluga, liječenja, plaćanja i pogodnosti za mene, kao i u druge svrhe koje su zakonom dopuštene. Dalje, dajem dozvolu DSHS-u i dolje navedenim agencijama, pružiocima usluga ili osobama da koriste povjerljive podatke o meni i da ih međusobno otkrivaju u te svrhe. Informacije se mogu dijeliti usmeno ili prijenosom podataka putem računara, e-pošte ili ručnom isporukom.

Provjerite sve dolje navedene strane koje su, pored DSHS-a, obuhvaćene ovom saglasnosti i navedite njihova imena i adrese:

- Zdravstvene ustanove: _____
- Ustanove za mentalno zdravlje: _____
- Ustanove za poremećaj korištenja psihoaktivnih supstanci: _____
- Ostali DSHS-ovi ugovoreni pružaoci usluga: _____
- Programi stanovanja: _____
- Školske četvrti ili koledži: _____
- Department of Corrections (Odjeljenje za korektivni rad): _____
- Employment Security Department (Odjeljenje za sigurnost zapošljavanja) i partneri za zapošljavanje: _____
- Social Security Administration (Uprava za socijalno osiguranje) ili druga federalna agencija: _____
- Pogledajte priloženi spisak
- Ostalo: _____

Dajem ovlaštenje i saglasnost za dijeljenje sljedećih spisa i informacija (označiti sve što je primjenjivo):

- Svi zapisi o mom klijentu Zapisi na priloženom spisku
- Samo sljedeći zapisi
 - Porodična, socijalna i historija zapošljavanja Podaci o zdravstvenoj zaštiti Planovi liječenja ili njege
 - Evidencija plaćanja Individualne procjene Škola, obrazovanje i obuka
 - Ostalo (spisak): _____

IMAJTE U VIDU: Ako zapisi vašeg klijenta sadrže bilo koji od sljedećih podataka, morate također ispuniti ovaj odjeljak da biste uključili te zapise.

Dajem dozvolu za otkrivanje sljedećih zapisa (označiti sve što je primjenjivo):

- Mentalno zdravlje Rezultati testiranja, dijagnostika ili liječenje HIV/AIDS-a i STD-a Poremećaj korištenja psihoaktivnih supstanci

- Ova saglasnost vrijedi jednu godinu sve dok DSHS-u trebaju zapise ili do _____ (datum ili događaj).
- Ja mogu u bilo kojem trenutku pisanim putem opozvati ili povući ovu saglasnost, ali to neće uticati na informacije koje su već podijeljene.
- Razumijem da zapisi koji se dijele prema ovoj saglasnosti više ne mogu biti zaštićeni zakonima koji se primjenjuju na DSHS.
- Kopija ovog obrasca je važeća za davanje moje dozvole za dijeljenje zapisa.

POTPIS	DATUM	SVJEDOK / NOTAR (POTPIS I IME ŠTAMPANIM SLOVIMA, AKO JE PRIMJENJIVO)	DATUM
POTPIS RODITELJA ILI DRUGOG ZASTUPNIKA (AKO JE PRIMJENJIVO)		BROJ TELEFONA (NAVESTI POZIVNI BROJ)	DATUM

Ako nisam obuhvaćen/a zapisima, imam ovlaštenje da potpišem jer sam: (priložite dokaz o ovlaštenju)

- Roditelj Zakonski staratelj (priložite sudsko rješenje) Lični zastupnik Ostalo: _____

NAPOMENA PRIMAOCIMA PODATAKA: Ako ovi zapisi sadrže podatke o HIV-u, STD-u ili AIDS-u, ne možete dalje otkrivati te informacije bez posebnog odobrenja klijenta. Ako ste dobili informacije u vezi s klijentovom zloupotrebom psihoaktivnih supstanci ili alkohola, morate uključiti sljedeću izjavu prilikom daljnjeg otkrivanja podataka kako to propisuje 42 CFR 2.32:

Ove informacije su vam otkrivene iz zapisa zaštićenih saveznim propisima o povjerljivosti (42 CFR, part 2). Savezni propisi vam zabranjuju daljnje otkrivanje ovih podataka, osim ako je daljnje otkrivanje izričito dopušteno pisanom saglasnosti osobe na koju se odnose ili ako na drugi način dopušta propis 42 CFR, part 2. Generalno odobrenje za objavljivanje medicinskih ili drugih podataka NIJE dovoljno za ovu svrhu. Savezni propisi ograničavaju svaku upotrebu tih informacija za krivičnu istragu i obradu bilo kojeg pacijenta protiv zloupotrebe alkohola ili psihoaktivnih supstanci.

UPUTSTVA ZA ISPUNJAVANJE OBRASCA ZA DAVANJE SAGLASNOSTI

Svrha: Upotrijebite ovaj obrazac kada vam je potrebna saglasnost za kontinuirano korištenje povjerljivih podataka o klijentu unutar DSHS-a ili za otkrivanje tih podataka drugim agencijama radi koordinacije usluge ili za liječenje, plaćanje ili rad agencija ili u druge svrhe koje su zakonom priznate. Klijenti su osobe koje primaju pogodnosti ili usluge od DSHS-a.

Upotreba: Ispunite ovaj obrazac elektronskim putem ako je moguće, radi lakšeg čitanja, **Za svaku osobu, uključujući djecu, mora se popuniti poseban obrazac.** „Vi“ u uputstvima se odnosi na zaposlenika DSHS-a, a „vi“ na obrascu odnosi se na klijenta. Dijeljenje zapisa uključuje upotrebu i otkrivanje povjerljivih podataka o klijentu.

Dijelovi obrasca:

IDENTIFIKACIJA:

- Ime i prezime: Na svakom obrascu navedite ime i prezime jednog klijenta. Navedite sva bivša imena i prezimena koja je klijent možda koristio prilikom primanja usluga.
- Datum rođenja: Potrebno je za razlikovanje klijenta od osoba sa sličnim imenima.
- Matični broj: Navedite matični broj klijenta ili drugi identifikator, poput broja socijalnog osiguranja (nije obavezno) radi lakšeg identificiranja zapisa i praćenja historije i primljenih usluga.
- Adresa i broj telefona: Dodatne informacije koje će vam pomoći u pronalaženju i identifikaciji ili kontaktiranju klijenta.
- Drugo: Navedite u ovaj okvir sve dodatne informacije koje mogu pomoći u pronalaženju zapisa koji mogu uključivati dijelove DSHS-a koji su uključeni u usluge, imena članova porodice ili druge relevantne informacije.

SAGLASNOST (OVLAŠTENJE):

- Agencije ili osobe koje razmjenjuju zapise: Popunjavanjem ovog obrasca, klijent dozvoljava korištenje i dijeljenje povjerljivih informacija unutar cijelog DSHS-a. DSHS će moći otkrivati i primati povjerljive informacije od navedenih vanjskih agencija ili osoba. Navedite identifikacijske informacije o agencijama ili pružateljima usluga, uključujući naziv ili ime, adresu ili lokaciju ako je moguće. Također možete priložiti spisak agencija kojima je dozvoljeno dijeljenje informacija koje klijent također mora potpisati.
- Uključene informacije: Klijenti moraju navesti koji su zapisi obuhvaćeni ovom saglasnosti. Klijenti mogu ustupiti sve zapise ili mogu ograničiti uključene zapise prema datumu, vrsti ili izvoru zapisa. Ako klijent ne potpiše saglasnost ili ne navede određeni zapis, dijeljenje tog zapisa će i dalje biti dopušteno ako je to zakonom dopušteno. Možete priložiti spisak obuhvaćenih zapisa koje klijent također mora potpisati. Ako bilo koja evidencija uključuje informacije koje se odnose na mentalno zdravlje (RCW 71.05.620), testiranje ili liječenje HIV-a/AIDS-a ili SPD-a (RCW 70.02.220) ili usluge u vezi sa zloupotrebom psihoaktivnih supstanci i alkohola (42 CFR 2.31(a)(5)), klijent mora posebno označiti ta područja kako bi im se omogućilo odobrenje za dijeljenje ovih zapisa. Ovaj obrazac nije valjan ako sadrži bilješke o psihoterapiji u skladu s propisom 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) i mora se popuniti poseban obrazac koji uključuje te zapise.
- Trajanje: Uključite datum isteka saglasnosti koji služi vašim ciljevima programa ili kako je predviđeno zakonom.
- Razumijevanje: Vodite računa da klijent razumije za šta daje dozvolu te na koji način i zbog čega će se informacije dijeliti. Ako je potrebno, koristite prevedeni obrazac i tumača ili čitajte obrazac naglas. Ako je klijentu potrebno više informacija, dodajte dodatnu kopiju DSHS Obavještenje o postupku zaštite ličnih podataka ili uputite klijenta referentu za javno otkrivanje za vašu jedinicu

POTPISI:

- Klijent: Klijent ili dijete starije od minimalne dobi potrebne za davanje saglasnosti (13 za službe za mentalno zdravlje i zloupotrebu psihoaktivnih supstanci i alkohola; 14 za HIV/AIDS i druge STD-e; bilo koja starosna dob za kontrolu rađanja i pobačaje; 18 za zdravstvenu zaštitu i druge evidencije) moraju potpisati ovaj okvir i unijeti datum potpisivanja. Klijent umjesto potpisa može staviti oznaku u ovo polje u vašem prisustvu.
- Svjedok ili notar: Za potvrdu vašeg identiteta možda će biti potrebna izjava svjedoka ili notarska ovjera ako lično ne predate ovaj obrazac ili ako program zahtijeva verifikaciju. Ova osoba treba potpisati i štampanim slovima napisati svoje ime i prezime.
- Roditelj ili drugi predstavnik: Ako je klijent dijete uzrasta koji nije dovoljan za davanje saglasnosti, roditelj ili staratelj moraju potpisati. Ako dijete nije uzrasta dovoljnog za davanje saglasnosti za sve zapise koji bi se trebali dijeliti, i dijete i roditelj se moraju potpisati. Ako je klijent proglašen pravno nesposobnim, staratelj kojeg je imenovao sud mora potpisati i dostaviti kopiju rješenja o imenovanju. Ako se neko potpisuje u drugom svojstvu (uključujući osobu koja ima punomoć ili zastupnika za nekretnine), označite „drugo“ i pribavite kopiju zakonskog ovlaštenja za postupanje. Osoba koja se potpisuje mora navesti datum uz potpis i navesti broj telefona ili podatke za kontakt.