

موافقت CONSENT

یادداشت به مؤکلین: دبیرتمنت خدمات صحتی و اجتماعی (DSHS) میتواند در صورتیکه ما قادر به کار همراهِ نهادها و متخصصین دیگر که شما و خانواده شما را بشناسند کمک نماییم. با امضای این فورمه، شما به دبیرتمنت خدمات صحتی و اجتماعی و نهادها و اشخاصی که ذیلاً فهرست گردیده اجازه میدهید تا معلومات محرمانه در باره شما را استفاده و به اشتراک بگذارند. در صورتیکه شما این فورمه را امضا ننمائید، دبیرتمنت خدمات صحتی و اجتماعی الی زمانیکه موافقت شما ضرورت باشد تا معیارهای و اجد شرایط بودن شما را تعیین کند نمیتواند مزایای شما را انکار نماید. اگر شما این فورمه را امضا ننمائید، دبیرتمنت خدمات صحتی و اجتماعی میتواند تا حدی که قانون اجازه داده است معلومات را درباره شما به اشتراک بگذارد. اگر شما در رابطه به اینکه دبیرتمنت خدمات صحتی و اجتماعی چگونه معلومات محرمانه یا حقوق خصوصی مؤکل را به اشتراک میگذارد، لطفاً با یادداشت شیوه های خصوصی دبیرتمنت خدمات صحتی و اجتماعی یا با شخصی که این فورمه را به شما میدهد مشاورت نمائید.

مشخصات مؤکل:	
نام	تاریخ تولد
آدرس	شماره شناسنامه
شماره تلفون (همراه با کد ساحه)	شهر
معلومات دیگر	ایالت
	کد پستی

موافقت:

من در رابطه به استفاده از معلومات محرمانه درباره خود در دبیرتمنت خدمات صحتی و اجتماعی بخاطر برنامه، تهیه، و هماهنگ سازی خدمات، معالجه، پرداخت ها، و مزایای برای من یا به مقاصد دیگری که از طرف قانون اجازه داده شده است موافقت مینمایم. همچنان به دبیرتمنت خدمات صحتی و اجتماعی و نهادها، مراقب، یا اشخاص فهرست شده در ذیل بخاطر استفاده از معلومات محرمانه و افشا سازی آن به یکدیگر بخاطر این مقاصد اجازه میدهیم. معلومات مذکور شاید بگونه شفاهی یا توسط انتقال اطلاعات کمپیوتری، ایمیل، یا بگونه دستی اشتراک گذاری گردد.

لطفاً تمام کسان را که ذیلاً در این موافقت شامل هستند بر علاوه دبیرتمنت خدمات صحتی و اجتماعی، بررسی نمود و آنها را با نام و آدرس شناسائی نمائید:

مراقب مراقبت صحتی: _____

مراقب مراقبت صحت روانی: _____

مراقب خدمات وابستگی شیمیایی: _____

مراقب دیگر قرارداد دبیرتمنت خدمات صحتی و اجتماعی: _____

برنامه های مسکن: _____

مکتب یا کالج و لیسوالی: _____

دبیرتمنت اصلاحات: _____

دبیرتمنت امنیتی استخدام و شرکای استخدام آن: _____

اداره امنیت اجتماعی یا اداره فدرال: _____

به فهرست ضمیمه مراجعه شود

دیگر: _____

من بخاطر به اشتراک گذاری اسناد ذیل و معلومات اجازه داده و موافق میباشم (آنچه قابل اجرا میباشد را نشانی کنید):

تمام اسناد های مؤکل من

اسناد ها در فهرست ضمیمه شده

صرفاً اسناد های ذیل

سابقه خانواده، اجتماعی و اشتغال

اسناد پرداخت

ارزیابی های فردی

سابقه یا برنامه های مراقبتی

مکتب، تعلیم، و آموزش

دیگر (فهرست نمائید): _____

لطفاً بخاطر داشته باشید: در صورتیکه اسناد مؤکل شما شامل هر یک از معلومات ذیل باشد، شما نیز باید این بخش را بخاطر شامل سازی این اسناد ها تکمیل نمائید.

من بخاطر افشا سازی اسناد های ذیل اجازه میدهیم (آنچه قابل اجرا میباشد را نشانی کنید):

صحت روانی

نتایج آزمایش، تشخیص، یا معالجه اچ آی وی/ایدس و اس تی دی

خدمات وابستگی شیمیایی

- این موافقت برای یک سال تا زمانیکه دبیرتمنت خدمات صحتی و اجتماعی به اسناد ها ضرورت دارد، یا الی _____ (تاریخ یا واقعه) مدار اعتبار میباشد.

- من میتوانم این موافقت را در هر زمان بگونه تحریری لغو یا از آن صرفنظر نمایم، مگر اینکه هیچگونه معلوماتی را که قبلاً به اشتراک گذاشته شده متأثر نمیسازد.

- من میدانم که اسناد های که تحت این موافقت به اشتراک گذاشته شده ازین پس تحت قوانین مرعی الاجرا توسط دبیرتمنت خدمات صحتی و اجتماعی محافظت نمیگردد.

- یک کاپی این فورمه بخاطر اجازه دادن بخاطر به اشتراک گذاری اسناد ها مدار اعتبار میباشد.

امضا	تاریخ	تماس نهاد/امضای شاهد	تاریخ
امضای والید یا اقارب دیگر (در صورتی که قابل اجرا باشد)		شماره تماس (بشمول کد ساحه)	تاریخ

در صورتیکه من موضوع اسناد نباشم، من اختیار امضا کردن را دارم، چون من (مدرک اختیارات را ضمیمه نمائید) هستم

والیدین سرپرست قانونی (حکم محکمه ضمیمه گردد) نماینده شخصی دیگر:

یادداشت برای دریافت کننده گان معلومات: در صورتیکه اسناد حاوی معلومات در باره آچ آی وی، اس تی دی، یا ایدس باشد، شما نباید معلومات مذکور را بدون اجازه خاص از جانب موکل افشا سازید. در صورتیکه شما معلوماتی مرتبط با سوء استفاده از مخدر یا الکل را توسط موکل دریافت نمودید، باید موضوع ذیل را هرگاه معلومات افشاسازی بیشتر توسط CFR 42 لازم شود شامل بسازید:

این معلومات از اسناد های محافظت شده توسط قوانین محرمانه فدرال (CFR 42 بخش 2) برای شما افشا گردیده است. قوانین فدرال شما را از افشاسازی بیشتر این معلومات ممنوع میسازد الی زمانیکه افشاسازی بیشتر بگونه رضایت تحریری شخص مرتبط با هم توسط CFR 42 بخش 2 اجازه داده شود. مجوز عمومی جهت نشر معلومات طبیی یا معلومات دیگر به این مقصد کافی نمیباشد. قوانین فدرال هرگونه استفاده معلومات را بخاطر تحقیق جرمی یا تعقیب عنلی سوء استفاده از الکل یا مواد مخدر بیمار ممنوع قرار میدهد.

راهنمایی بخاطر تکمیل نمودن فورمه رضایت

مقصد: هرگاه ضرورت به رضایت جهت استفاده از معلومات محرمانه بصورت دوامدار درباره یک مؤکل در دیپارتمنت خدمات صحتی و اجتماعی یا بخاطر افشاسازی معلومات مذکور به نهاد های دیگر جهت هماهنگی خدمات یا معالجه، پرداخت یا فعالیت های نهاد یا به مقاصد شناخته شده توسط قانون داشته باشید از این فورمه استفاده نمائید. مؤکل به اشخاصی گفته میشود که مزایای خدمات را از دیپارتمنت خدمات صحتی و اجتماعی دریافت مینمایند.

استفاده: جهت سهولت بخاطر خواندن این فورمه را به شکل الکترونیکی خانه پری نمائید، برای هر شخص، بشمول اطفال یک فورمه جداگانه باید تکمیل گردد. "شما" در راهنمایی ها راجع میشود به کارمند دیپارتمنت خدمات صحتی و اجتماعی و "شما" در فورمه راجع میشود به مؤکل. به اشتراک گذاری اسناد شامل استفاده و افشاسازی معلومات محرمانه در باره یک مؤکل میباشد.

بخش های فورمه:

مشخصات:

- **نام:** در هر فورمه صرفاً نام یک مؤکل را تهیه نمائید. هر نام قبلی که مؤکل هنگام دریافت خدمات استفاده نموده را شامل سازید.
- **تاریخ تولد:** بخاطر شناسایی مؤکل از اشخاص دیگر به نامهای مشابه ضرورت میباشد.
- **شماره شناسنامه:** یک شماره شناسنامه یا مشخص دیگر مؤکل را مانند شماره امنیت اجتماعی (لازم نمیشود) را بخاطر کمک در شناسایی اسناد و پیگیری سابقه و خدماتی را که دریافت نموده است تهیه نمائید.
- **آدرس و شماره تلفون:** معلومات اضافی که بخاطر موقعیت یابی و تشخیص یا تمام با مؤکل کمک خواهد نمود.
- **دیگر:** هر معلومات دیگری را بخاطر تعیین اسناد که شامل بخش های دیپارتمنت خدمات صحتی و اجتماعی بشمول خدمات، نامهای اعضای خانواده، یا معلومات مرتبط دیگر در این جا شامل سازید.

موافقت (اختیار):

- **نهاد ها یا اشخاصی که تبادل اسناد میکنند:** با تکمیل نمودن این فورمه مؤکل استفاده و به اشتراک گذاری معلومات محرمانه را در تمام دیپارتمنت خدمات صحتی و اجتماعی اجازه میدهد. دیپارتمنت خدمات صحتی و اجتماعی قادر به افشاسازی به و دریافت معلومات محرمانه از نهاد های بیرونی یا اشخاص فهرست شده میباشد. در صورت امکان، معلومات مشخصه را درباره نهاد ها یا مراقب، بشمول نام، آدرس یا موقعیت تهیه نمائید. شما میتوانید یک لست نهاد های را که بخاطر به اشتراک گذاری معلوماتی که مؤکل نیز باید آنرا امضا نماید ضمیمه سازید.
- **معلومات شامل شده:** مؤکلین باید نشان دهند که کدام اسناد تحت رضایت وی پوشش یافته است. مؤکلین میتوانند تمام اسناد را در دسترس قرار دهند یا آنرا با تاریخ، نوع یا منبع اسناد محدود سازند. اگر یک مؤکل یک رضایت نامه را امضا نموده یا یک سند را مشخص ننماید، به اشتراک گذاری سند مذکور در صورتیکه توسط قانون اجازه داده شده باشد مجاز میباشد. شما یک سندی را که مؤکل امضا نموده باشد میتوانید ضمیمه سازید. اگر هر اسناد شامل معلومات مرتبط به آزمایش یا معالجه صحت روانی (RCW 71.05.620)، اچ آی وی/ایدس یا اس تی دی (RCW 70.02.220)، یا خدمات مواد مخدر و الکول ((5)(a) CFR 42) باشد، مؤکل باید این ساحات را مشخصاً نشانی نموده تا بخاطر به اشتراک گذاری این اسناد اجازه دهد. این فورمه بخاطر یادداشته های روان درمانی تحت CFR 45 (ii)(3)(b) 164.508 دارای اعتبار نبوده و یک فورمه جداگانه باید بخاطر شامل سازی اینگونه اسناد تکمیل گردد.
- **مدت اعتبار:** یک تاریخ انتها را برای رضایت مضمون مقاصد برنامه شما یا آنچه توسط قانون تهیه گردیده شامل سازید.
- **فهمیدن:** از اینکه مؤکل آنچه را اجازت داده است و چطور و چرا معلومات مذکور به اشتراک گذاشته میشود دانسته است خود را مطمئن سازید. در صورت لزوم، از فورمه ترجمه شده یا ترجمان استفاده نموده یا فورمه را با آواز بلند به خوانش بگیریید. در صورتیکه مؤکل به معلومات بیشتر نیاز داشته باشد، یک کاپی اضافی از یادداشت شیوه های خصوصی دیپارتمنت خدمات صحتی و اجتماعی را تهیه نموده یا مؤکل را به آمر افشاسازی عامه در بخش خود معرفی نمائید.

امضاء:

- **مؤکل:** از مؤکل یا طفل بیشتر از سن رضایت (13 ساله برای صحت روانی یا خدمات مواد مخدر و الکول; 14 ساله برای اچ آی وی/ایدس و اس تی دی دیگر; هر سن برای کنترل تولد و سقط جنین; 18 ساله برای مراقبت صحتی و اسناد دیگر) بخواهید تا این جا را امضا نموده و تاریخ امضا را شامل سازید. مؤکل میتواند یک نشانی را در این جا که شما شاهد آن باشید بگذارند.
- **تماس نهاد یا شاهد:** در صورتیکه شما فورمه را به مؤکل پیشکش یا توضیح میدهید این بخش را امضا نمائید. لطفاً شماره تلفون خود را شامل سازید. در صورتیکه مؤکل فورمه را خارج از بخش ساحه کاری امضا مینماید، مؤکل را راهنمایی کنید تا یک شاهد داشته باشد تا درینجا امضا نموده و شماره تلفون خود را ذکر نماید. یک دفتر اسناد میتواند منحصی شاهد از جانب مؤکل امضا نماید.
- **والدین یا اقارب دیگر:** در صورتیکه مؤکل یک طفل زیر سن قابل رضایت باشد، والدین یا سرپرست میتواند امضا کند. در صورتیکه طفل واجد سن رضایت برای تمام اسنادی که باید به اشتراک گذاشته شود باشد، هر دو، طفل و والدین باید امضا نمایند. در صورتیکه مؤکل فاقد صلاحیت قانونی باشد، سرپرست تعیین شده از جانب محکم باید امضا نموده و یک کاپی سفارش انتصاب را تهیه نماید. اگر کسی دیگری با ظرفیت دیگری (بشمول یک شخص با وکالت نامه یا یک نماینده)

امضا نماید، با "دیگر" نشانی گردیده و یک کپی از اختیارات قانونی بخاطر عملکرد را بدست بیاورید. شخص امضا کننده باید امضای خود را با تاریخ درج نموده و شماره تلفون یا معلومات تماس خود را درج نماید.