

Identificatie van de cliënt			
NAAM	GEBOORTEDATUM	IDENTIFICATIENUMMER	
ADRES	STAD	STAAT	POSTCODE
TELEFOONNUMMER (INCLUSIEF NETNUMMER)	OVERIGE INFORMATIE		



Toestemming Consent

Mededeling aan klanten: Het Department of Social and Health Services (DSHS) kan u beter van dienst zijn als we kunnen samenwerken met andere instanties en professionals die u en uw familie kennen. Door dit formulier te ondertekenen geeft u toestemming aan DSHS en de hieronder vermelde instanties en personen om vertrouwelijke informatie over u te gebruiken en te delen. DSHS kan u geen uitkering weigeren als u dit formulier niet ondertekent, tenzij uw toestemming nodig is om te bepalen of u in aanmerking komt. Als u dit formulier niet tekent, kan DSHS nog steeds informatie over u delen voor zover de wet dat toestaat. Als u vragen heeft over hoe DSHS vertrouwelijke informatie over klanten deelt of over uw privacy rechten, raadpleeg dan de DSHS Notice of Privacy Practices of vraag het aan de persoon die u dit formulier geeft.

Toestemming

1. Ik geef toestemming voor het gebruik van vertrouwelijke informatie over mij binnen DSHS voor het plannen, verstrekken en coördineren van diensten, behandeling, betalingen en uitkeringen voor mij of voor andere door de wet toegestane doeleinden. Ik geef ook toestemming aan DSHS en de hieronder genoemde instanties, aanbieders of personen om mijn vertrouwelijke informatie te gebruiken en aan elkaar door te geven voor deze doeleinden. De informatie kan mondeling of elektronisch, per post of persoonlijk worden verstrekt.

Reden voor openbaarmaking: Deze informatie is vereist voordat DSHS dossiers over drugs en alcohol of geestelijke gezondheid kan delen. Als u dit veld niet invult, zal DSHS de reden voor openbaarmaking noteren als op uw verzoek.

Vink hieronder alle personen aan die naast DSHS bij deze toestemming betrokken zijn en vermeld hun naam en adres:

- Zorgverleners: _____
- Aanbieders van geestelijke gezondheidszorg: _____
- Dienstverleners op het gebied van drugsgebruik: _____
- Andere DSHS gecontracteerde aanbieders: _____
- Huisvestingsprogramma's: _____
- Schooldistricten of hogescholen: _____
- Departement van Justitie: _____
- Dienst Werkgelegenheid en zijn partners voor werkgelegenheid: _____
- Social Security Administration of andere federale instantie: _____
- Zie bijgevoegde lijst
- Andere: _____

2. Reden voor openbaarmaking: Continuïteit van zorg Legaal Persoonlijk Anders:

3. Ik geef toestemming voor het openbaar maken van de volgende dossiers en informatie (kruis aan wat van toepassing is):

- Al mijn cliëntendossiers Dossiers op bijgevoegde lijst
- Alleen de volgende dossiers
 - Familie-, sociale en arbeidsgeschiedenis
 - Behandelings- of zorgplannen
 - Betalingsgegevens
 - Individuele beoordelingen
 - School, onderwijs en opleiding
 - Informatie over geestelijke gezondheidszorg (specificeer):
 - Informatie over gezondheidszorg (specificeer):
 - Andere (lijst):

Identificatie van de cliënt		
NAAM	GEBOORTEDATUM	IDENTIFICATIENUMMER
<p>Let op: Als uw cliëntendossiers een van de volgende gegevens bevatten, moet u ook deze rubriek invullen om deze dossiers op te nemen.</p> <p>Ik geef toestemming om de volgende gegevens openbaar te maken (kruis aan wat van toepassing is):</p> <p><input type="checkbox"/> Geestelijke gezondheid <input type="checkbox"/> HIV/AIDS en SOA testresultaten, diagnose of behandeling <input type="checkbox"/> Stoornissen in drugsgebruik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deze toestemming is geldig gedurende één jaar of <input type="checkbox"/> tot _____ (datum of gebeurtenis). • Ik kan deze toestemming te allen tijde schriftelijk herroepen of intrekken, maar dat heeft geen gevolgen voor reeds gedeelde informatie. • Ik begrijp dat gegevens die in het kader van deze toestemming worden gedeeld niet langer beschermd zijn onder de wetten die van toepassing zijn op DSHS. • Een kopie van dit formulier is geldig om mijn toestemming te geven voor het delen van gegevens. 		
HANDTEKENING		DATUM
GETUIGE / NOTARIS HANDTEKENING, INDIEN VAN TOEPASSING	GETUIGE / NOTARIS GEDRUKTE NAAM	DATUM
HANDTEKENING VAN DE OUDER OF ANDERE VERTEGENWOORDIGER (INDIEN VAN TOEPASSING)	TELEFOONNUMMER (INCLUSIEF NETNUMMER)	DATUM
<p>Indien ik niet de persoon in kwestie ben, ben ik gemachtigd om te tekenen omdat ik de: (bewijs van bevoegdheid bijvoegen)</p> <p><input type="checkbox"/> Ouder <input type="checkbox"/> Wettelijke voogd (gerechtelijk bevel bijvoegen) <input type="checkbox"/> Persoonlijk vertegenwoordiger <input type="checkbox"/> Andere:</p>		

Kennisgeving aan ontvangers van informatie: Indien deze dossiers informatie bevatten over HIV, SOA's of AIDS, mag u deze informatie niet verder bekendmaken zonder de specifieke toestemming van de cliënt. Indien u informatie hebt ontvangen met betrekking tot **drugs- of alcoholmisbruik** door de cliënt, moet u de volgende verklaring opnemen bij het verder bekendmaken van informatie zoals vereist door 42 CFR 2.32:

Deze informatie is aan u bekendgemaakt uit dossiers die beschermd worden door de federale geheimhoudingsregels (42 CFR deel 2). De federale regels verbieden u deze informatie verder openbaar te maken, tenzij verdere openbaarmaking uitdrukkelijk is toegestaan door de schriftelijke toestemming van de persoon op wie de informatie betrekking heeft of zoals anderszins is toegestaan volgens 42 CFR deel 2. Een algemene toestemming voor het vrijgeven van medische of andere informatie is voor dit doel NIET voldoende. De nationale regels beperken elk gebruik van de informatie voor strafrechtelijk onderzoek of vervolging van een patiënt met alcohol- of drugsmisbruik.

Instructies voor het invullen van de toestemmingsformulieren, DSHS 14-012

Gebruik: Gebruik dit formulier wanneer u toestemming nodig heeft om vertrouwelijke informatie over een cliënt permanent te gebruiken of te delen binnen DSHS of om die informatie door te geven aan andere instanties om diensten te coördineren of voor behandeling, betaling of werkzaamheden van de instantie of voor andere door de wet erkende doeleinden.

Vul dit formulier indien mogelijk elektronisch in. U moet een **apart formulier invullen voor elke persoon, inclusief kinderen.**

Onderdelen van het formulier:

IDENTIFICATIE:

- **Naam:** Vermeld op elk formulier de naam van slechts één cliënt. Vermeld eventuele vroegere namen die de cliënt heeft gebruikt toen hij diensten ontving.
- **Geboortedatum:** Nodig om cliënt te identificeren van personen met vergelijkbare namen.
- **Identificatienummer:** Geef een cliëntidentificatienummer of een andere identificatiecode zoals een sofinummer (niet verplicht) om te helpen bij het identificeren van dossiers en het volgen van de geschiedenis en de ontvangen diensten.
- **Overige:** Vermeld in dit vak alle aanvullende informatie die kan helpen bij het opsporen van dossiers, zoals DSHS die betrokken is bij de diensten, namen van familieleden of andere relevante informatie.

TOESTEMMING (AUTORISATIE):

- **Reden voor openbaarmaking:** Deze informatie is vereist voordat DSHS dossiers over drugs en alcohol of geestelijke gezondheid kan delen. Als u dit veld niet invult, zal DSHS de reden voor openbaarmaking noteren als op uw verzoek.
- **Instanties of personen die gegevens uitwisselen:** Dit ingevulde formulier staat het volgende toe: (1) het gebruik en de bekendmaking van vertrouwelijke informatie binnen de DSHS en met de genoemde instanties of personen; en (2) de bekendmaking van vertrouwelijke informatie aan de DSHS door de genoemde externe instanties of personen. U kunt ook een lijst van instanties die informatie mogen delen bijsluiten, die de cliënt ook moet ondertekenen.
- **Opgenomen informatie:** Cliënten moeten aangeven welke gegevens onder de toestemming vallen. Cliënten kunnen alle dossiers beschikbaar stellen of de opgenomen dossiers beperken op datum, type of bron van het dossier. Als een cliënt geen toestemming ondertekent of een bepaald dossier niet specificeert, mag dat dossier toch worden gedeeld als de wet dat toestaat. U kunt een lijst bijvoegen van dossiers die onder de toestemming vallen en die de cliënt ook moet ondertekenen. Als een dossier informatie bevat over geestelijke gezondheid (RCW 71.05.620), HIV/AIDS of SOA-tests of -behandeling (RCW 70.02.220), of drugs- en alcoholgebruik (42 CFR 2.31(a)(5)), moet de cliënt deze gebieden specifiek aankruisen om toestemming te geven voor het delen van deze dossiers. Dit formulier is niet geldig voor aantekeningen over psychotherapie volgens 45 CFR 164.508(b)(3)(ii); daarvoor moet een apart formulier worden ingevuld.
- **Duur:** Vermeld een vervaldatum voor de toestemming, indien deze anders is dan één jaar. De toestemming verstrijkt na één jaar, tenzij u een andere datum opgeeft.
- **Begrip:** Zorg ervoor dat de cliënt begrijpt welke toestemming wordt gegeven en hoe en waarom informatie wordt gedeeld. Gebruik zo nodig een vertaald formulier en een tolk of lees het formulier hardop voor. Als de cliënt meer informatie nodig heeft, geef dan een extra exemplaar van de DSHS Notice of Privacy Practices of verwijst de cliënt door naar de openbaarmakingsfunctionaris van uw afdeling.

HANDTEKENINGEN:

- **Cliënt:** Laat cliënt of een kind dat ouder is dan de toestemmingsleeftijd (13 voor geestelijke gezondheidszorg en drugs- en alcoholdiensten; 14 voor HIV/AIDS en andere SOA's; elke leeftijd voor geboorteregeling en abortussen; 18 voor gezondheidszorg en andere dossiers) dit vakje ondertekenen en de datum van de ondertekening invullen. De cliënt kan in dit vak een handtekening plaatsen waarvan u getuige bent.
- **Getuige of notaris:** Een getuige of notaris kan nodig zijn om de identiteit van de cliënt te verifiëren als de cliënt dit formulier niet persoonlijk indient of als een programma om verificatie vraagt. Deze persoon moet zijn of haar naam ondertekenen en afdrukken.
- **Ouder of andere vertegenwoordiger:** Als de cliënt een kind is dat nog niet meerderjarig is, moet een ouder of voogd tekenen. Als het kind niet de leeftijd heeft waarop alle gegevens mogen worden gedeeld, moeten zowel het kind als de ouder tekenen. Als de cliënt wettelijk wilsbekwaam is verklaard, moet de door de rechtbank benoemde voogd tekenen en een kopie van het aanstellingsbesluit overleggen. Als iemand in een andere capaciteit tekent (inclusief een persoon met een volmacht of een erfgenaam), markeer dan "andere" en zorg voor een kopie van de wettelijke bevoegdheid om te handelen. De ondertekenaar moet de handtekening dateren en een telefoonnummer of contactgegevens vermelden.