

رضایت نامه (CONSENT)

قابل توجه موکلین: در صورتیکه ما به عنوان بخش خدمات اجتماعی و بهداشتی (DSHS) قادر باشیم با ارگان ها و متخصصینی که شما و خانواده تان را بخوبی می شناسند، همکاری کنیم بهتر می توانیم به شما کمک کنیم. با امضای این فرم، به DSHS و سازمان ها و افراد فهرست شده در پایین اجازه می دهید اطلاعات محرمانه مربوط به شما را استفاده کرده و به اشتراک بگذارند. چنانچه این فرم را امضا نکنید، DSHS نمی تواند شما را از کمک ها و حقوق تان محروم کند مگر اینکه جهت تعیین واجد صلاحیت بودن شما، نیاز به رضایت نامه شما باشد. در صورتیکه این فرم را امضا نکنید، DSHS کماکان این حق را برای خود قائل می شود که اطلاعات مربوط به شما را تا اندازه ای که قانون مجاز می داند، به اشتراک بگذارد. چنانچه سؤالی درباره نحوه به اشتراک گذاری اطلاعات محرمانه موکلین توسط DSHS یا احقاق حقوق شخصی خود دارید، لطفا درباره اطلاعیه ملاحظاتی رازداری DSHS (DSHS Notice of Privacy Practices) مشورت کنید یا از فردی که این فرم را از وی دریافت می کنید، سوال نمایید.

تشخیص هویت موکل:		
نام	تاریخ تولد	شماره شناسایی
آدرس	شهر	استان (ایالت) کد پستی
شماره تلفن (شامل کد منطقه)	سایر اطلاعات	

رضایت نامه:

من موافقت خود را با اینکه اطلاعات محرمانه مربوط به خود در DSHS جهت برنامه ریزی، ارائه و هماهنگی خدمات، درمان، پرداخت ها و کمک هزینه هایی که به من تعلق می گیرد، یا سایر اهدافی که مشروعیات قانونی دارند، مورد استفاده قرار گیرند، اعلام می دارم. علاوه بر این، من به DSHS و سازمان ها، ارائه دهندگان خدمات یا افراد فهرست شده در پایین اجازه می دهم با هر نیت دیگری که در اینجا ذکر نشده است، اطلاعات محرمانه من را استفاده کرده یا افشا نمایند. اطلاعات ممکن است به صورت شفاهی یا انتقال الکترونیکی، ایمیل یا بطور دستی به اشتراک گذاشته شوند.

لطفا از میان فهرست زیر، مواردی که علاوه بر DSHS جزء این رضایت نامه محسوب می شوند، را علامت زده و نام و آدرس آنها را مشخص نمایید:

ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی: _____

ارائه دهندگان خدمات بهداشت روانی: _____

ارائه دهندگان خدمات وابستگی دارویی: _____

سایر ارائه دهندگان طرف قرارداد DSHS: _____

برنامه های تامین مسکن: _____

شعبات مدارس یا کالج ها: _____

بخش اصلاحات: _____

بخش امنیت شغلی و شرکای شغلی آن: _____

مدیریت امنیت اجتماعی یا یک سازمان فدرال دیگر: _____

فهرست پیوست شده را مشاهده کنید

سایر موارد: _____

من اجازه و رضایت خود جهت به اشتراک گذاری اطلاعات و گزارشات زیر را ابراز می دارم (مواردی که منظر دارید را علامت بزنید):

تمامی گزارشات موکلی من

گزارشات ذکر شده در فهرست پیوست شده

تنها گزارشات زیر

سوابق ختوادگی، اجتماعی و کاری

گزارشات پرداخت ها

سایر موارد (فهرست کنید): _____

اطلاعات بهداشتی درمانی

درمان ها یا طرح های درمانی

ارزیابی های فردی

مدرسه، تحصیل و آموزش

لطفا توجه داشته باشید: چنانچه گزارشات موکلی شما در بر دارنده هر کدام از اطلاعات ذیل باشند، لازم است این بخش را نیز تکمیل نمایید.

من اجازه افشای اطلاعات ذیل (مواردی که منظر دارید را علامت بزنید) را می دهم:

بهداشت روانی

نتایج تست، تشخیص یا درمان HIV/AIDS و STD

خدمات وابستگی دارویی

- این رضایت نامه به مدت یکسال تا زمانیکه DSHS به گزارشات نیاز دارد، یا تا (تاریخ یا رویداد) اعتبار خواهد داشت.
- من می توانم در هر زمانی با ارائه درخواست کتبی، این رضایت نامه را لغو کرده یا پس بگیرم، اما چنین اقدامی بر اطلاعات به اشتراک گذاشته شده قبلی بی تاثیر خواهد بود.
- من کاملا به این موضوع واقف هستم که ممکن است اطلاعاتی که بر مبنای این رضایت نامه به اشتراک گذاشته می شوند، دیگر مشمول قوانینی که در مورد DSHS صدق می کنند، نشوند.
- کپی این فرم نیز جهت اجازه به اشتراک گذاری اطلاعات من اعتبار خواهد داشت.

امضاء	تاریخ	شماره تماس سازمان/امضای شاهد	تاریخ
امضای والد یا هر نماینده دیگر (در صورت وجود)	تاریخ	شماره تلفن (شامل کد منطقه)	تاریخ

این گزارشات متعلق به من نیستند، من اجازه امضا دارم زیرا من: (مدرکی دال بر چنین اجازه ای را پیوست نمایید)

والد موکل هستم قیم قانونی موکل هستم (حکم دادگاه را پیوست کنید) نماینده شخصی موکل هستم سایر موارد:

قابل توجه دریافت کنندگان اطلاعات: چنانچه این گزارشات در بر دارنده اطلاعاتی درباره HIV، بیماری های مقاربتی یا ایزد باشند، اجازه نخواهید داشت بدون کسب مجوز مخصوص از موکل این اطلاعات را افشا نمایید. چنانچه اطلاعاتی درباره سوء مصرف الکل یا مواد مخدر توسط مشتری دریافت کردید، در صورت نیاز به افشای اطلاعات باید مطابق با CFR 2.32 42 اظهار نامه زیر را نیز ضمیمه کنید:

این اطلاعات از گزارشات تحت حمایت قوانین رازداری فدرال (Federal confidentiality rules) (CFR 42 بخش 2) در اختیار شما قرار گرفته است. قوانین فدرال، افشای این اطلاعات را برای

شما ممنوع می‌دارند، مگر اینکه موکل، مجوز کتبی افشای بیشتر اطلاعات مربوطه را داده باشد یا جزء آن سری اطلاعاتی باشند که مطابق با بخش CFR 42 2، افشای آنها منع قانونی نداشته باشد. یک مجوز عمومی برای افشای اطلاعات پزشکی یا سایر اطلاعات، برای افشای این گونه اطلاعات کفایت نخواهد کرد. قوانین فدرال هر گونه استفاده از این اطلاعات به منظور تحقیقات جنایی یا تعقیب بیماران دارای اعتیاد الکلی یا مواد مخدر را ممنوع می‌دانند.

دستورالعمل هایی برای تکمیل فرم رضایت نامه

هدف: هنگامی از این فرم استفاده کنید که لازم است اطلاعات محرمانه مربوط به یکی از موکلین DSHS را بطور مداوم مورد استفاده قرار دهید یا چنین اطلاعاتی را بمنظور انجام هماهنگی بمنظور دریافت خدمات یا درمان، پرداخت ها یا عملیات سازمانی یا هر منظور دیگری که مشروعیت قانونی داشته باشد، در اختیار سایر سازمان ها قرار دهید. موکلین به افرادی اطلاق می شود که کمک هزینه ها یا خدماتی را از DSHS دریافت می کنند.

مورد استفاده: در صورت امکان بمنظور بررسی راحت تر فرم، آن را بصورت الکترونیکی تکمیل نمایید، لازم است برای هر شخص، حتی کودکان، یک فرم جداگانه تکمیل گردد. وازه "شما" در بخش دستورالعمل ها به کارمند DSHS و در فرم به موکل مربوط می شود. به اشتراک گذاری اطلاعات به معنای استفاده و افشای اطلاعات محرمانه مربوط به موکل می باشد.

بخش های مختلف فرم:

تعیین هویت:

- نام: در هر فرم تنها نام یک موکل ذکر شود. اسامی قبلی که ممکن است موکل هنگام دریافت خدمات استفاده کرده باشد نیز ذکر شود.
 - تاریخ تولد: بمنظور تشخیص موکل از سایر موکلین همنام استفاده می شود.
 - شماره شناسایی: شماره شناسایی موکل یا سایر شماره های هویتی مانند کد امنیتی ملی (الزانی نیست) به منظور کمک به شناسایی گزارشات و رهگیری سوابق و خدمات دریافتی ارائه شود.
 - آدرس و شماره تلفن: اطلاعات تکمیلی که پیدا کردن و شناسایی یا تماس با موکلین را ممکن می سازند.
 - سایر موارد: در این کادر، هر نوع اطلاعات تکمیلی که در یافتن گزارشات مربوط به دریافت خدمات DSHS کمک کنند، شامل نام اعضای خانواده یا سایر اطلاعات مرتبط را ذکر نمایید.
- رضایت نامه (مجوز):**

- سازمان ها یا افراد مبادله کننده گزارشات: تکمیل این فرم توسط موکل، به معنای اجازه استفاده و به اشتراک گذاری اطلاعات محرمانه ای است که DSHS در اختیار دارد. DSHS قادر خواهد بود اطلاعات محرمانه را افشا کرده یا از سایر سازمان ها یا افراد فهرست شده دریافت نماید. در صورت امکان، اطلاعات شناسایی مربوط به سازمان ها یا افراد، شامل نام، آدرس یا موقعیت آنها را ارائه دهید. شما می توانید فهرستی از سازمان هایی که بواسطه امضای مشتری اجازه به اشتراک گذاری اطلاعات را کسب می کنند، را نیز پیوست نمایید.
- اطلاعات ارائه شده: موکلین باید مشخص کنند که رضایت نامه ارائه شده چه نوع اطلاعاتی را در بر می گیرد. موکلین می توانند اجازه دسترسی به تمام اطلاعات را بدهند یا بر اساس تاریخ، نوع یا منبع اطلاعات، محدودیت هایی قائل شوند. چنانچه موکلی رضایت نامه را امضا نکند یا نوع خاصی از اطلاعات را مشخص ننماید، در مواردی که قانون مجاز می داند، به اشتراک گذاری اطلاعات کماکان صورت خواهد گرفت. شما می توانید فهرستی از اطلاعاتی که لازم است موکل با امضای خود اجازه افشای آنها را بدهد، را نیز پیوست نمایید. چنانچه گزارشات در بر دارنده اطلاعاتی درباره بهداشت روانی (RCW 71.05.620)، تست یا درمان HIV/AIDS یا بیماری های مقاربتی (RCW 70.02.220) یا خدمات ترک اعتیاد الکل و مواد مخدر (42 CFR 2.31(a)) باشند، موکل باید این موارد را به وضوح مشخص نماید که اجازه به اشتراک گذاری این گزارشات را می دهد. مطابق با 45 CFR (ii)(3)(b) 164.508 این فرم جهت ارائه اجازه افشای اطلاعات روان درمانی معتبر نمی باشد و در رابطه با این قبیل گزارشات باید فرم مخصوص جداگانه تکمیل شود.
- بازه زمانی: یک تاریخ انقضای اعتبار بنحوی که با اهداف برنامه ریزی شما مطابقت داشته باشد یا توسط قانون معین شده باشد، برای رضایت نامه تعیین کنید.
- ترک: اطمینان حاصل کنید که موکل دلیل ارائه رضایت نامه و دلیل و چگونگی به اشتراک گذاری اطلاعات مربوط به خود را بخوبی درک می کند. در صورت نیاز، از یک فرم ترجمه شده یا مترجم استفاده کنید یا این فرم را با صدای بلند بخوانید. چنانچه موکل به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشد، یک نسخه از اطلاعات ملاحظاتی رازداری DSHS در اختیار وی بگذارید یا او را به مأمور افشای عمومی اطلاعات در واحد خود ارجاع دهید.

امضاها:

- موکل: از موکل یا کودکی بالاتر از سن مجاز (13 سال برای سلامت روانی یا خدمات ترک اعتیاد، 14 سال برای HIV/AIDS یا سایر بیماری های مقاربتی، هر سنی برای کنترل زایمان یا سقط، 18 سال برای خدمات بهداشتی درمانی یا سایر خدمات) بخواهید این کادر را امضاء کرده و تاریخ امضاء را ذکر نماید. موکل می تواند با علامت زدن این کادر مشخص کند که شما شاهد امضای وی بوده اید.
- تماس با سازمان یا شاهد: چنانچه این فرم را در اختیار موکل قرار دهید یا نحوه تکمیل آن را برایش توضیح دهید، باید این کادر را امضاء نمایید. لطفا شماره تلفن خود را ذکر نمایید. چنانچه موکل قصد دارد این فرم را بیرون از دفتر شما تکمیل کند، از او بخواهید امضاء و شماره تماس یک شاهد را نیز ارائه دهد. یک دفتر ثبت اسناد رسمی می تواند به عنوان شاهد امضای موکل استفاده گردد.
- والد یا یک نماینده دیگر: در صورتیکه موکل کودکی خردسال کوچکتر از سن مجاز رضایت نامه است، یکی از والدین یا قیم وی باید فرم را امضاء کند. چنانچه کودک کوچکتر از سن مجاز برای ارائه تمامی رضایت نامه های مورد نظر جهت به اشتراک گذاری می باشد، والد و کودک باید هر دو این فرم را امضاء کنند. چنانچه موکل به لحاظ قانونی فاقد صلاحیت تشخیص داده شود، قیم تعیین شده توسط دادگاه باید فرم را امضاء کند و یک کپی از حکم قیمیت دادگاه را نیز ارائه نماید. در صورتیکه فردی با جایگاهی دیگر این فرم را امضاء کند (از قبیل شخصی با مجوز وکالت یا نماینده وکالتی)، گزینه "سایر موارد" را علامت زده و یک نسخه از تاییدیه وکالت قانونی دریافت کنید. فرد امضاء کننده باید تاریخ امضا را ذکر کند و شماره تلفن یا اطلاعات تماس خود را ارائه دهد.