

Identification du client			
NOM	DATE DE NAISSANCE	NUMÉRO D'IDENTIFICATION	
ADRESSE	VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (Y COMPRIS L'INDICATIF RÉGIONAL)		AUTRES INFORMATIONS	



Transforming lives

Consentement

Avis aux clients : Le Department of Social and Health Services (Département des services sociaux et de santé, DSHS) peut mieux vous aider si nous parvenons à travailler avec d'autres agences et professionnels qui vous connaissent, vous et votre famille. En signant ce formulaire, vous autorisez le DSHS et les agences et personnes indiquées ci-après à utiliser et partager des informations confidentielles vous concernant. Le DSHS ne peut pas vous refuser des prestations si vous ne signez pas ce formulaire, à moins que votre consentement ne soit requis pour déterminer votre admissibilité. Si vous ne signez pas ce formulaire, le DSHS pourrait toujours partager des informations vous concernant dans la mesure permise par la loi. Si vous avez des questions sur la façon dont le DSHS partage les informations confidentielles des clients ou votre droit à la vie privée, veuillez consulter le Notice of Privacy Practices (Avis sur les pratiques de confidentialité) du DSHS ou vous renseigner auprès de la personne qui vous donne ce formulaire.

Consentement

1. Je consens à l'utilisation des informations confidentielles me concernant au sein du DSHS pour planifier, fournir et coordonner les services, le traitement, les paiements et les prestations me concernant ou à d'autres fins autorisées par la loi. J'autorise également le DSHS et les agences, fournisseurs ou personnes listés ci-dessous à utiliser mes informations confidentielles et à se les divulguer à ces fins. Les informations peuvent être partagées verbalement ou électroniquement, par courrier ou par remise en main propre.

Raison de la divulgation : Cette information est requise afin de permettre au DSHS de divulguer les dossiers relatifs aux drogues et à l'alcool ou à la santé mentale. Si vous ne remplissez pas ce champ, le DSHS retiendra comme raison de la divulgation, votre demande.

Veuillez cocher toutes les entités ci-dessous qui sont incluses dans ce consentement en plus du DSHS et les identifier par leur nom et leur adresse :

- Fournisseurs de soins de santé : _____
- Professionnels de la mental health (santé mentale) : _____
- Fournisseurs de services de Substance use disorder (Toxicomanie) : _____
- Autres prestataires sous contrat du DSHS : _____
- Programmes de logements : _____
- Secteurs scolaires et établissements d'enseignement supérieur : _____
- Département de services correctionnels : _____
- Département de la sécurité de l'emploi et ses partenaires pour l'emploi : _____
- Social Security Administration (Administration de la sécurité sociale) ou autre organisme fédéral : _____
- Voir la liste ci-jointe
- Autre :

2. Motif de la divulgation : Continuité des soins Légal Personnel Autre :

3. J'autorise et je consens au partage des dossiers et renseignements suivants (cocher les cases appropriées) :

- Tous les dossiers de mon client Dossiers de la liste jointe
- Uniquement les dossiers suivants
 - Antécédents familiaux, sociaux et professionnels
 - Plans de traitement ou de soins
 - Relevés de paiement
 - Évaluations individuelles
 - École, éducation et formation
 - Informations sur les soins de mental health (santé mentale) (préciser) :
 - Informations sur les soins de santé (préciser) :
 - Autre (liste) :

Identification du client		
NOM	DATE DE NAISSANCE	NUMÉRO D'IDENTIFICATION
<p>Remarque : Si les dossiers de vos clients contiennent l'une des informations suivantes, vous devez également remplir cette section pour inclure ces dossiers.</p> <p>Je donne mon autorisation à la divulgation des dossiers suivants (cocher les cases appropriées) :</p> <p><input type="checkbox"/> Mental health (santé mentale) <input type="checkbox"/> Résultats des tests, diagnostic ou traitement de HIV/AIDS et STD <input type="checkbox"/> Substance Use Disorder (Toxicomanie)</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Le présent consentement est valide pour un an ou <input type="checkbox"/> jusqu'à _____ (date ou événement). • Je peux annuler ou retirer ce consentement à tout moment par écrit, mais cela n'affectera pas les informations déjà partagées. • Je comprends que les dossiers partagés en vertu du présent consentement peuvent ne plus être protégés selon les lois qui s'appliquent au DSHS. • Une copie de ce formulaire est valable pour donner ma permission de partager les dossiers. 		
SIGNATURE		DATE
SIGNATURE DU TÉMOIN/NOTAIRE, LE CAS ÉCHÉANT		DATE
NOM EN LETTRES MOULÉES DU TÉMOIN/NOTAIRE		DATE
SIGNATURE DU PARENT OU DE L'AUTRE MANDATAIRE (LE CAS ÉCHÉANT)		DATE
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (Y COMPRIS L'INDICATIF RÉGIONAL)		DATE
<p>Si je ne suis pas la personne visée par les dossiers, je suis autorisé(e) à signer parce que je suis le : (joindre la preuve d'autorisation)</p> <p><input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Tuteur légal (joindre l'ordonnance du tribunal) <input type="checkbox"/> Représentant personnel <input type="checkbox"/> Autre :</p>		

Avis aux destinataires des informations : si ces dossiers contiennent des informations relatives au HIV, aux STD ou au AIDS, vous ne pouvez pas divulguer ces informations sans l'autorisation expresse du client. Si vous avez reçu des informations concernant la **consommation abusive de drogues ou d'alcool** du client, vous devez inclure la déclaration suivante lorsque vous divulguez des informations supplémentaires comme l'exige le règlement 42 CFR 2.32 :

Ces informations vous ont été communiquées à partir de dossiers protégés par les règles de confidentialité du gouvernement fédéral (42 CFR partie 2). Les règles du gouvernement fédéral vous interdisent toute autre divulgation de ces informations, à moins que cette divulgation ne soit expressément autorisée par le consentement écrit de la personne à laquelle elles se rapportent ou qu'elle ne soit autorisée par ailleurs par les règles 42 CFR partie 2. Une autorisation générale de divulgation de renseignements médicaux ou autres n'est PAS suffisante à cette fin. Les règles fédérales restreignent toute utilisation des informations pour mener une enquête criminelle ou poursuivre un patient alcoolique ou toxicomane.

Consignes pour le remplissage du formulaire, DSHS 14-012

Utilisation : utilisez ce formulaire lorsque vous avez besoin d'un consentement pour utiliser ou partager des informations confidentielles sur un client de manière continue au sein du DSHS ou pour divulguer ces informations à d'autres organismes afin de coordonner les services ou pour le traitement, le paiement ou les opérations de l'organisme ou pour d'autres fins reconnues par la loi.

Remplissez ce formulaire électroniquement si possible. Vous devez remplir **un formulaire distinct pour chaque personne, y compris les enfants.** .

Parties du formulaire :

IDENTIFICATION :

- **Nom** : indiquez le nom d'un seul client sur chaque formulaire. Mentionnez tout ancien nom que le client a pu utiliser lorsqu'il recevait des services.
- **Date de naissance** : nécessaire pour distinguer le client des autres personnes portant le même nom.
- **Numéro d'identification** : attribuez au client un numéro d'identification ou un autre identifiant tel qu'un social security number (numéro de sécurité sociale) (non requis) afin de faciliter l'identification des dossiers et le suivi de l'historique et des services reçus.
- **Autre** : indiquez dans cette case toute information supplémentaire qui pourrait aider à localiser les dossiers, comme le DSHS concerné par les services, les noms des membres de la famille, ou toute autre information pertinente.

CONSENTEMENT (AUTORISATION) :

- **Raison de la divulgation** : Cette information est requise afin de permettre au DSHS de divulguer les dossiers relatifs aux drogues et à l'alcool ou à la santé mentale. Si vous ne remplissez pas ce champ, le DSHS retiendra comme raison de la divulgation, votre demande.
- **Organismes ou personnes échangeant des dossiers** : ce formulaire permet : (1) l'utilisation et la divulgation d'informations confidentielles au sein du DSHS et avec les organismes ou personnes listés ; et (2) la divulgation d'informations confidentielles au DSHS par les organismes ou personnes extérieurs listés. Vous pouvez également joindre une liste des organismes autorisés à partager des informations, que le client doit également signer.
- **Informations incluses** : les clients doivent préciser les dossiers qui sont couverts par le consentement. Les clients peuvent rendre tous les documents accessibles ou limiter les documents inclus par date, type ou source de document. Si un client ne signe pas de consentement ou ne précise pas un dossier particulier, le partage de ce dossier sera toujours autorisé si la loi le permet. Vous pouvez joindre une liste des documents couverts que le client doit également signer. Si un dossier comprend des informations relatives à la mental health (santé mentale) (RCW 71.05.620), au dépistage ou au traitement du HIV/AIDS ou des STD (RCW 70.02.220), ou aux services de désintoxication et de traitement de problèmes d'alcool (42 CFR 2.31(a)(5)), le client doit marquer ces zones spécifiquement pour donner la permission de partager ces dossiers. Ce formulaire ne peut inclure des notes concernant une psychothérapie en vertu du règlement 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) ; un formulaire distinct doit être rempli pour inclure ces dossiers.
- **Durée** : indiquez la date d'expiration du consentement, si ce dernier n'expire pas dans un an. Le consentement expirera dans un an, sauf si vous indiquez une date différente.
- **Compréhension** : assurez-vous que le client comprend la nature de l'autorisation accordée et comment et pourquoi les informations seront partagées. Le cas échéant, servez vous d'un formulaire traduit et d'un interprète ou lisez le formulaire à haute voix. Si le client a besoin de plus amples informations, fournissez-lui une copie supplémentaire de l'Notice of Privacy Practices (Avis sur les pratiques de confidentialité) du DSHS ou adressez-le au responsable public du suivi des divulgations de votre unité.

SIGNATURES :

- **Client** : demandez au client ou à un enfant ayant atteint l'âge requis pour le consentement (13 ans pour les services de mental health (santé mentale) et de désintoxication et traitement des problèmes d'alcool ; 14 ans pour les HIV/AIDS et d'autres STD ; tout âge pour le contrôle des naissances et les avortements ; 18 ans pour les soins de santé et autres dossiers) de signer cette case et d'indiquer la date de signature. Le client peut substituer dans cette case une marque dont vous êtes témoin.
- **Témoin ou notaire** : il peut s'avérer nécessaire d'avoir recours à un témoin ou un notaire pour vérifier l'identité du client si ce dernier ne soumet pas ce formulaire en personne ou si un programme demande une vérification. Cette personne doit signer et inscrire son nom.
- **Parent ou autre mandataire** : si le client est un enfant n'ayant pas l'âge requis pour le consentement, un parent ou un tuteur doit signer. Si l'enfant n'a pas atteint l'âge de consentement pour le partage de tous les dossiers, l'enfant et le parent doivent tous deux signer. Si le client a été déclaré juridiquement incapable, le tuteur nommé par le tribunal doit signer et fournir une copie de l'ordonnance de nomination. Si une personne signe en une autre qualité (y compris une personne ayant une procuration ou un représentant successoral), indiquez « autre » et obtenez une copie de son autorisation légale d'agir en cette qualité. La personne qui signe doit indiquer la date de la signature et donner un numéro de téléphone ou des informations de contact.