

AUTORISATION CONSENT

AVIS AUX CLIENTS : Le Département des services sociaux et sanitaires (The Department of Social and Health Services - DSHS) peut mieux vous venir en aide si nous pouvons travailler de pair avec d'autres agences et professionnels qui vous connaissent vous et votre famille. En signant ce formulaire, vous autorisez le DSHS, les agences et les individus mentionnés ci-dessous à utiliser et partager des informations confidentielles vous concernant. Le DSHS ne peut pas refuser de vous allouer des avantages si vous ne signez pas ce formulaire, excepté si votre autorisation est nécessaire pour déterminer votre éligibilité. Si vous ne signez pas ce formulaire, le DSHS peut partager des informations vous concernant tant que cela reste dans le cadre de la loi. Si vous avez des questions sur la manière dont le DSHS partage les informations confidentielles de ses clients ou vos droits en matière de confidentialité, veuillez consulter l'Avis du DSHS sur les pratiques de confidentialité (DSHS Notice of Privacy Practices) ou posez des questions à la personne qui vous a donné ce formulaire.

IDENTIFICATION DU CLIENT :			
NOM	NÉ(E)	NUMÉRO D'IDENTIFICATION :	
ADRESSE	VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (Y COMPRIS L'INDICATIF)	AUTRES INFORMATIONS		

AUTORISATION
<p>Je consens à l'utilisation des informations confidentielles me concernant au sein du DSHS afin de planifier, de fournir et de coordonner les services, les traitements, les paiements et les avantages pour moi et pour tout autre objectif autorisé par la loi. J'autorise, de plus, le DSHS, les agences, les fournisseurs ou les personnes énumérés ci-dessous à utiliser les informations confidentielles me concernant et de les divulguer les uns aux autres dans le cadre de ces objectifs. Les informations peuvent être partagées verbalement, par transfert de données informatiques, par voie postale ou en main propre.</p> <p><u>Veuillez cocher tous ceux qui doivent être inclus dans cette autorisation en plus du DSHS et les identifier par leur nom et adresse :</u></p> <p><input type="checkbox"/> fournisseurs de soins de santé : _____</p> <p><input type="checkbox"/> fournisseurs de soins de santé mentale : _____</p> <p><input type="checkbox"/> fournisseurs de services de chimiodépendance : _____</p> <p><input type="checkbox"/> autres fournisseurs en contrat avec le DSHS : _____</p> <p><input type="checkbox"/> programmes de logement : _____</p> <p><input type="checkbox"/> districts scolaires et universités : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Département correctionnel : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Département du travail et ses partenaires : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Administration de la sécurité sociale ou autre agence fédérale : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Voir liste jointe</p> <p><input type="checkbox"/> autres : _____</p>

<p>J'autorise le partage des dossiers et informations suivants (cochez tout ce qui s'applique) :</p> <p><input type="checkbox"/> tous les dossiers de mon client</p> <p><input type="checkbox"/> les dossiers dont la liste est jointe</p> <p><input type="checkbox"/> uniquement les dossiers suivants</p> <p><input type="checkbox"/> histoire familiale, sociale et antécédents professionnels <input type="checkbox"/> informations médicales <input type="checkbox"/> traitements et plan de soins</p> <p><input type="checkbox"/> dossiers de paiements <input type="checkbox"/> évaluation individuelle <input type="checkbox"/> parcours scolaire, éducation et formation</p> <p><input type="checkbox"/> autres (énumérez) : _____</p>

<p>VEUILLEZ REMARQUER : Si les dossiers de votre client incluent une des informations suivantes, vous devez aussi compléter cette section pour y inclure ces informations.</p> <p>J'autorise la divulgation des informations suivantes (cochez tout ce qui s'applique) :</p> <p><input type="checkbox"/> santé mentale <input type="checkbox"/> résultats du dépistage, diagnostics ou traitements du VIH/SIDA et d'une MST <input type="checkbox"/> services de chimiodépendance</p>
--

<p>- Cette autorisation est valable pour <input type="checkbox"/> une année <input type="checkbox"/> tant que le DSHS a besoin des informations ou <input type="checkbox"/> jusqu'à _____ (date ou événement).</p> <p>- Je peux révoquer ou résilier mon autorisation à tout moment par écrit, mais cela ne peut affecter aucune des informations qui auraient déjà été partagées.</p> <p>- Je comprends que les informations partagées dans le cadre de cette autorisation peuvent ne plus être protégées par les lois régissant le DSHS.</p> <p>- Une copie de ce formulaire est valide pour donner ma permission afin de partager les informations me concernant.</p>
--

SIGNATURE	DATE	AGENCE DE CONTACT/SIGNATURE TÉMOIN	DATE
PARENT OU SIGNATURE D'UN AUTRE REPRÉSENTANT (SI APPLICABLE)		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (Y COMPRIS L'INDICATIF)	DATE

<p>Si je ne suis pas la personne concernée dans ces dossiers, je suis autorisé(e) à signer parce que je suis le : (joindre une preuve de l'autorité)</p> <p><input type="checkbox"/> parent <input type="checkbox"/> tuteur légal (joindre l'injection) <input type="checkbox"/> représentant personnel <input type="checkbox"/> autre : _____</p>

AVIS AUX DESTINATAIRES DES INFORMATIONS : si les dossiers contiennent des informations sur le VIH, les MST ou le SIDA, vous n'êtes pas autorisé à divulguer cette information sans une autorisation spécifique du client. Si vous avez reçu des informations concernant l'utilisation de **drogues ou d'alcool** par le client, vous devez inclure les déclarations suivantes lors de la divulgation des informations comme cela est requis par 42 CFR 2,32 :

Ces informations vous ont été divulguées à partir de dossiers protégés par les règlements fédéraux régissant la confidentialité des informations (42 CFR part 2). Les règlements fédéraux vous interdisent de poursuivre toute divulgation de ces informations à moins que cette divulgation ne soit sur l'autorisation expresse écrite de la personne concernée ou qui en a l'autorisation selon 42 CFR part 2. Une autorisation d'ordre général concernant la divulgation des informations médicales ou autres N'EST PAS suffisante dans ce cas. Les règlements fédéraux limitent l'utilisation des informations aux enquêtes criminelles ou pour poursuivre un patient ayant une dépendance à la drogue ou à l'alcool.

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR CE FORMULAIRE D'AUTORISATION

Objectif : Utilisez ce formulaire lorsque vous avez besoin d'utiliser des informations confidentielles concernant un client de manière continue au sein du DSHS ou de divulguer ces informations à d'autres agences pour coordonner des services ou traitements, paiements ou des opérations d'agence ou pour toute autre raison reconnue par la loi. Les clients sont les personnes recevant des avantages ou services du DSHS.

Utilisation : Veuillez remplir ce formulaire électroniquement si possible pour le rendre plus facile à lire. **Vous devez remplir un formulaire par personne, y compris les enfants.** « Vous » dans les instructions fait référence aux employés du DSHS et « Vous » dans le formulaire fait référence au client. Le partage des informations comprend l'utilisation et la divulgation des informations confidentielles concernant le client.

Parties du formulaire :

IDENTIFICATION :

- **Nom :** Indiquez le nom d'un seul client à la fois par formulaire. Y compris les noms précédemment utilisés que le client aurait pu utiliser lors de l'obtention de services.
- **Date de naissance :** Nécessaire pour distinguer le client d'autres clients qui pourraient avoir le même nom.
- **Numéro d'identification :** Indiquez un numéro d'identification pour le client ou tout autre numéro d'identification comme le numéro de sécurité sociale (pas obligatoire) pour permettre l'identification des dossiers, retracer l'histoire et les services reçus.
- **Adresse et téléphone :** Informations supplémentaires qui permettent de situer et d'identifier le client, ou encore de le contacter.
- **Autre :** Joindre dans cet espace toute information supplémentaire qui permettrait de retrouver des dossiers qui pourraient inclure des parties qui impliquent le DSHS en matière de services, noms des membres de la famille ou toute autre information pertinente.

AUTORISATION :

- **Agences et personnes échangeant les informations :** Une fois rempli par le client, ce formulaire autorise l'utilisation et le partage des informations confidentielles au sein de tous les DSHS. Le DSHS peut alors divulguer ou recevoir des informations confidentielles d'agences ou personnes externes énumérées. Indiquez des informations d'identification des agences ou fournisseurs, y compris le nom, l'adresse et la localisation si possible. Vous pouvez aussi joindre une liste des agences autorisées à partager les informations que le client doit aussi signer.
- **Informations incluses :** Les clients doivent indiquer quels dossiers sont couverts par l'autorisation. Les clients peuvent mettre à disposition tous les dossiers disponibles ou peuvent limiter les dossiers inclus par date, type ou source des informations. Si le client ne signe pas l'autorisation ou ne spécifie pas de dossier spécifique, le partage de ce dossier est toujours possible si la loi l'autorise. Vous pouvez joindre une liste des dossiers couverts que le client doit aussi signer. Si certaines informations sont liées à des troubles mentaux (RCW 71.05.620), au dépistage ou traitement du VIH/SIDA ou de MST (RCW 70.02.220), ou les services de chimiodépendance (42 CFR 2.31(a)(5)), le client doit marquer ces domaines spécifiquement pour partager ces informations. Ce formulaire ne peut inclure des notes concernant une psychothérapie sous 45 CFR 164,508(b)(3)(ii) et un formulaire séparé doit être rempli pour inclure de telles informations.
- **Durée :** Indiquez une date d'expiration pour l'autorisation qui sert les objectifs de votre programme ou telle que fourni par la loi.
- **Compréhension :** Assurez-vous que le client comprend quelles permissions sont attribuées et comment et pourquoi ces informations vont être partagées. Si nécessaire, utilisez un formulaire traduit et un interprète ou lisez le formulaire à voix haute. Si le client a besoin de plus amples informations, donnez-lui une copie du DSHS Notice of Privacy Practices ou référez le client à l'officier public de votre unité chargé des divulgations.

SIGNATURES :

- **Client :** Demandez au client ou à l'enfant en âge de donner son autorisation (13 ans pour les maladies mentales ou les services de chimiodépendance ; 14 ans pour le VIH/SIDA et autres MST ; n'importe quel âge pour la contraception et les avortements ; 18 ans pour les soins de santé et autres informations) de signer dans cette case et de dater. Le client peut faire une marque dans cette case si vous corroborez comme témoin.
- **Contact de l'agence ou témoin :** Vous devez signer dans cette case si vous êtes la personne qui présente et explique ce formulaire au client. Veuillez inclure votre numéro de téléphone. Si le client signe le formulaire en dehors des bureaux, demandez au client d'avoir un témoin pour signer dans cette case et aussi indiquer un numéro de téléphone où il peut être joint. Un préposé public peut servir de témoin.

CONSENT

à la signature du client.

- Parent ou autre représentant : Si le client est un enfant qui n'a pas l'âge de donner son consentement, un parent ou un tuteur doit signer. Si l'enfant n'est pas en âge de donner son autorisation pour le partage des informations, l'enfant et le parent doivent signer le formulaire. Si le client a été déclaré légalement incompetent, la court a adjoint un tuteur qui doit signer et fournir une copie de l'injonction. Si quelqu'un signe dans une autre capacité (y compris avec une procuration ou un curateur), indiquez « autre » et demandez une copie de l'autorité juridique pour agir. La personne qui signe doit dater la signature et indiquer un numéro de téléphone ou ses coordonnées.