

(Consent) אישור

הודעה ללקוחות: המחלקה לשירותי חברה ובריאות (Department of Social and Health Services, DSHS) יכולה לעזור לך בצורה טובה יותר אם יש לנו יכולת לעבוד עם סוכנויות אחרות ובעלי מקצוע המכירים אותך ואת בני משפחתך. בכך שאתה חותם על טופס זה, אתה מעניק ל-DSHS ולסוכנויות ולפרטים הרשומים מטה רשות להשתמש ולשתף מידע חסוי אודותיך. ה-DSHS אינו רשאי לסרב להעניק לך הטבות אם אינך חותם על טופס זה אלא אם כן יש צורך בהסכמה מצידך כדי לקבוע את זכאותך. אם לא תחתום על טופס זה, DSHS עדיין עשויים להשתמש במידע אודותיך ככל שהדבר מותר על פי חוק. אם יש לך שאלות לגבי האופן שבו DSHS משתף מידע חסוי של לקוח או את הזכויות הפרטיות שלך, אנא עיין בהודעת נוהלי הפרטיות של DSHS, או פנה אל האדם שנתן לך את טופס זה.

זיהוי לקוח:		
שם	תאריך לידה	מספר זיהוי
כתובת	עיר	מדינה מיקוד
מספר טלפון (כלול אזור מיקוד)	מידע אחר	

הסכמה:

אני מסכימ/ה לשימוש במידע חסוי לגבי בתוך DSHS כדי לתכנן, לספק ולתאם שירותים, טיפולים, תשלומים והטבות עבורי או למטרות אחרות המורשות בחוק. אני גם מעניק/ה רשות ל-DSHS ולסוכנויות, ספקים או פרטים הרשומים מטה להשתמש במידע החסוי שלי ולחשוף אותו ביניהם למטרות אלה. אפשר להשתמש במידע מילולית או באמצעות העברת נתונים במחשב, בדואר או במשלוח יד.

אנא בדוק את כל הרשומים מטה הכלולים בהסכם זה בנוסף ל-DSHS וזהה אותם על פי שם וכתובת:

- ספקי שירותי בריאות:
- ספקי שירותי בריאות הנפש:
- ספקי שירותי הפרעות הנוגעות בשימוש בסמים:
- ספקים אחרים העובדים תחת חוזה עם DSHS:
- תוכניות דיור:
- מחוזות בתי ספר או מכללות:
- שירות בתי הסוהר:
- שירות התעסוקה ושותפי ההעסקה שלה:
- מנהלת הביטוח הלאומי או סוכנות פדרלית אחרת:
- עיין ברשימה המצורפת
- אחר:

אני מאשר/ת ומסכימ/ה לשתף את הרשומות ואת המידע הבא (סמני את כל מה שתקף):

<input type="checkbox"/> כל רשומות הלקוחות שלי	<input type="checkbox"/> רשומות ברשימה המצורפת
<input type="checkbox"/> רק הרשומות הבאות	<input type="checkbox"/> טיפול או תכניות טיפול
<input type="checkbox"/> היסטוריה משפחתית, חברתית ותעסוקתית	<input type="checkbox"/> מידע בריאותי
<input type="checkbox"/> רישומי תשלום	<input type="checkbox"/> הערכות פרטיות
<input type="checkbox"/> אחר (רשימה):	<input type="checkbox"/> בית ספר, חינוך והכשרה

לתשומת ליבך: אם רשומות הלקוח שלך כוללות חלק מהמידע הבא, עליך למלא בנוסף את הסעיף הזה כדי שייכלל ברשומות אלה.

אני מעניק/ה רשות לחשוף את הרשומות הבאות (סמני את כל מה שתקף):

בריאות הנפש HIV/AIDS ותוצאות בדיקת STD, אבחונים או טיפולים הפרעה הנוגעת לשימוש בסמים

- הסכמה זו תקפה למשך שנה אחת כל עוד DSHS זקוק לרשומות, או עד _____ (תאריך או אירוע).
- רשאי לשלול או לבטל הסכמה זו בכל עת בכתב, אך הדבר לא ישפיע על כל מידע אחר שכבר שותף.
- אני מבינה/ה שרשומות ששותפו תחת הסכמה זו עשויות לא להיות מוגנות יותר תחת החוקים החלים על DSHS.
- עותק של טופס זה תקף למתן הסכמתי לשתף את הרשומות.

חתימה	תאריך	עד / נוטריון (יש לחתום ולמלא את השם, אם רלוונטי)	תאריך
חתימת הורה או נציג אחר (אם רלוונטי)		מספר טלפון (כלול אזור מיקוד)	תאריך

אם אינני נושא הרשומות, אני מורשה לחתום מכיוון שאני: (צרך הוכחת סמכות)

הורה אפוטרופוס (יש לצרף צו משפטי) נציג אישי אחר:

הודעה למקבלי המידע: אם רשומות אלה מכילות מידע על HIV, מחלות מין או איידס, אינך רשאי לחשוף מידע זה בלי אישורו הספציפי של הלקוח. אם קיבלת מידע הנוגע לשימוש באלכוהול או סמים על ידי הלקוח, עליך לצרף את ההצהרה הבאה כאשר חשיפת מידע נוספת נדרשת על פי תקנה 42CFR 2.32:

מידע זה גלוי לך מתוקף רשומות המוגנות תחת חוקי הגנת הפרטיות הפדרליים (42 CFR סעיף 2). החוק הפדרלי אוסר עליך לחשוף כל מידע נוסף אלא אם כן גילוי המידע מותר במפורש בכתב על ידי האדם שאליו הוא מתייחס, או ככל שחוק 42 CFR סעיף 2 מתיר. אישור כללי לשחרור מידע רפואי אינו מספיק למטרה זו. החוק הפדרלי מגביל כל שימוש במידע לצורך חקירה פלילית או תביעת מטופל העושה שימוש לרעה בסמים או אלכוהול.

הוראות למילוי טופס ההסכמה

מטרה: השתמש בטופס זה כאשר אתה זקוק לאישור להשתמש במידע חסוי על בסיס קבוע בנוגע ללקוח בתוך ה-DSHS או כדי לחשוף את אותו מידע לסוכנויות אחרות כדי לתאם שירותים לצורך טיפול, תשלום או פעולות הסוכנות או לכל מטרה אחרת המוכרת בחוק. לקוחות הם אנשים המקבלים הטבות או שירותים מ-DSHS.

שימוש: מלא את הטופס הזה באופן אלקטרוני במידת האפשר לצורך קריאה קלה, יש למלא טופס נפרד עבור כל אדם, כולל ילדים. "אתה" בהוראות מתייחס לעובד DSHS ו"אתה" בטופס מתייחס ללקוח. שיתוף רשומות כולל את השימוש והחשיפה של מידע חסוי אודות לקוח.

חלקי הטופס:

מספר זיהוי:

- **שם:** ספק את שמו של לקוח אחד בלבד בכל טופס. כלול כל שם קודם שהלקוח עשוי היה להשתמש בו בעת קבלת השירותים.
- **תאריך לידה:** דרוש כדי לזהות לקוח מאנשים בעלי שם דומה.
- **מספר זיהוי:** ספק מספר זיהוי לקוח או כל מזהה אחר כגון מספר ביטוח לאומי (לא דרוש) כדי לסייע בזיהוי רשומות ואיתור היסטוריה ושירותים שהתקבלו.
- **כתובת וטלפון:** מידע נוסף שיעזור באיתור זיהוי או ביצירת קשר עם לקוח.
- **אחר:** כלול בתיבה זו כל מידע נוסף שעשוי לסייע באיתור רשומות שעשויות לכלול חלקים של DSHS המעורבים בשירותים, שמות של בני משפחה, או מידע רלוונטי אחר.

הסכמה (הרשאה):

- **סוכנויות או אנשים המחליפים רשומות:** מילוי טופס זה בידי הלקוח מאפשר להשתמש ולשתף מידע חסוי בתוך כל חלקי DSHS. DSHS יוכל לחשוף בפני ולקבל מידע חסוי המגיע מחוץ לסוכנויות או מאנשים שצויינו. ספק מידע מזהה לגבי סוכנויות או ספקים, כולל שם, כתובת או מיקום במידת האפשר. באפשרותך גם לצרף רשימה של סוכנויות הרשאיות לשתף מידע, שעליה הלקוח צריך גם לחתום.
 - **מידע כלול:** לקוחות צריכים לציין אילו רשומות מכוסות על ידי ההסכמה. לקוחות רשאים להפוך את כל הרשומות לזמינות או להגביל את הרשומות המצורפות על בסיס תאריך, סוג או מקור הרשומה. אם לקוח אינו חותם על הסכמה או אינו מציינ רשומה מסויימת, השיתוף באותה רשומה יותר עדיין אם הדבר מותר על פי חוק. אתה רשאי לצרף רשימה של רשומות מכוסות שעליה הלקוח צריך גם לחתום. אם רשומות כלשהן כוללות מידע הנוגע לבריאות (RCW 70.02.220) או מחלות מין HIV/AIDS לבדיקות או טיפולי, (RCW 71.05.620) הנפש, לבדיקות או טיפולי HIV/AIDS, (RCW 71.05.620) STD, לשירותי סמים ואלכוהול (42CFR 2.31(a)(5)), על הלקוח לציין את החלקים הללו באופן ספציפי על מנת להעניק רשות לשתף רשומות אלה. על פי חוק, טופס זה אינו יכול לכלול הערות פסיכותרפיות תחת תקנה (ii)(3)(b) 45 CFR 164.508, ויש למלא טופס נפרד שיכלול רשומות אלה.
 - **משך זמן:** כלול תאריך פקיעת תוקף עבור ההסכמה שמשרת את מטרת תוכניתך או בהתאם למה שהחוק ספק.
 - **הבנה:** ודא כי הלקוח מבין איזו רשות ניתנה וכיצד ומדוע מידע ישותף. אם יש צורך בכך, השתמש בטופס מתורגם ובמתורגמן או קרא את הטופס בקול. אם הלקוח זקוק למידע נוסף, ספק עותק נוסף של הודעת נוהלי הפרטיות של DSHS או הפנה את הלקוח לקצין החשיפה הציבורית של היחידה שלך.
- חתימות:**
- **לקוח:** הורה ללקוח או לילד שגילו מעל גיל ההסכמה (13 לשירותי בריאות הנפש ושירותי אלכוהול וסמים; 14 לשירותי HIV/AIDS ומחלות מין אחרות; כל גיל למניעת היריון והפלות; 18 לטיפולים רפואיים ורשומות אחרות) לחתום בתיבה זו ולהוסיף את תאריך החתימה. הלקוח רשאי להחליף סימן בתיבה זו שאליה אתה עד.
 - **עד או נטריון:** יתכן שתידרש לאמת את זהותך באמצעות עד או נטריון אם לא תגיש את הטופס הזה באופן אישי או אם תוכנית מסויימת דורשת אימות. על אדם זה לחתום ולמלא את שמו או שמה.
 - **הורה או נציג אחר:** אם הלקוח הוא אדם שגילו מתחת לגיל ההסכמה, על הורה או אפוטרופוס לחתום. אם הילד אינו עונה על גיל ההסכמה לשיתוף כל הרשומות, הן הילד והן ההורה צריכים לחתום. אם הוכרז על הלקוח כבלתי כשיר מבחינה חוקית, על אפוטרופוס ממונה מטעם בית המשפט לחתום ולספק עותק של צו המינוי. אם מישהו חותם עבור מישהו אחר (כולל אדם בעל ייפוי כוח או נציג בענייני עזבונות), סמן "אחר" והשג עותק של הרשות המשפטית כדי לפעול. על האדם החותם להוסיף תאריך לחתימה ולספק מספר טלפון או מידע אחר ליצירת קשר.