

Ügyfélazonosítás			
NÉV	SZÜLETÉSI DÁTUM	AZONOSÍTÓSZÁM	
CÍM	VÁROS	ÁLLAM	IRÁNYÍTÓSZÁM
TELEFONSZÁM (KÖRZETSZÁMMAL EGYÜTT)	EGYÉB INFORMÁCIÓK		



## Beleegyező nyilatkozat Consent

**Tájékoztatás az ügyfelek számára:** Washington Állam Szociális és Egészségügyi Minisztériuma (Department of Social and Health Services – DSHS) jobban tud segíteni, ha olyan ügynökségekkel és szakemberekkel dolgozhatunk együtt, akik ismerik Önt és családját. Az űrlap aláírásával engedélyt ad a DSHS-nek és az alább megjelölt ügynökségeknek és egyéneknek az Önnel kapcsolatos bizalmas információk kezelésére és megosztására. A DSHS nem tagadhatja meg Öntől a juttatásait, ha nem írja alá ezt az űrlapot, kivéve abban az esetben, ha az ezekre való jogosultságához szükség van az Ön beleegyezésére is. A DSHS akkor is megoszthat Önnel kapcsolatos információkat a jogszabályok által megengedett mértékig, ha Ön ezt az űrlapot nem írja alá. Amennyiben kérdései vannak arról, hogy a DSHS hogyan osztja meg külső felekkel az ügyfelek bizalmas információit vagy az adatvédelmi jogaival kapcsolatban vannak kérdései, nézze át a DSHS Adatvédelmi gyakorlatokról szóló közleményét (Notice of Privacy Practices), vagy forduljon ahhoz a személyhez, akitől ezt az űrlapot kapta.

### Beleegyező nyilatkozat

1. Hozzájárulok ahhoz, hogy a DSHS rólam szóló bizalmas információkat kezeljen szolgáltatások, kezelés, kifizetések és juttatások tervezése, biztosítása és összehangolása céljából részemre vagy a jogszabályok által engedélyezett egyéb célokra. Engedélyezem továbbá a DSHS-nek és az alább felsorolt ügynökségeknek, szolgáltatóknak vagy személyeknek, hogy bizalmas adataimat felhasználják és egymás számára e célokra átadják. Az információk megosztása szóban vagy elektronikusan, postai úton vagy személyes kézbesítéssel történhet.

**A közlés indoka: Ez az információ azért szükséges, mert a DSHS megoszthatja a kábítószerrel és alkohollal, vagy a mentális egészséggel kapcsolatos adatokat. Ha nem tölti ki ezt a mezőt, DSHS a közlés indokaként az Ön kérésére megjegyzést tünteti fel.**

Kérjük, adjon meg az alábbiakban mindenkit, akiket a DSHS-en kívül érint a jelen hozzájárulás, és adja meg nevüket és címüket:

- Egészségügyi szolgáltatók: \_\_\_\_\_
- Mentális egészségügyi információk (részletezze): \_\_\_\_\_
- Függséggel kapcsolatos szolgáltatók: \_\_\_\_\_
- A DSHS egyéb szerződött szolgáltatói: \_\_\_\_\_
- Lakhatási programok: \_\_\_\_\_
- Iskola körzetek vagy kollégiumok: \_\_\_\_\_
- Büntetésvégrehajtás: \_\_\_\_\_
- Foglalkoztatásbiztonsági Osztály és foglalkoztatási partnerei: \_\_\_\_\_
- Társadalombiztosítási igazgatóság vagy más szövetségi ügynökség: \_\_\_\_\_
- Lásd a mellékelt listát
- Egyéb:

2. A közlés indoka:  Az ellátás folytonossága  Jogi  Személyes  Egyéb:

3. Engedélyezem és hozzájárulok a következő adatok és információk megosztásához (jelölje be az összes ide vonatkozót):

- Az összes ügyféladatom  Adatok a mellékelt listán
- Csak a következő adatokat
  - Családi, szociális és foglalkoztatási előzmények
  - Kezelési vagy ellátási tervek
  - Fizetési nyilvántartások
  - Egyéni értékelések
  - Iskola, oktatás, és képzés
  - Mentális egészségügyi információk (részletezze):
  - Egészségügyi információk (részletezze):
  - Egyéb (sorolja fel):

Ügyfélazonosítás		
NÉV	SZÜLETÉSI DÁTUM	AZONOSÍTÓSZÁM
<p><b>Kérjük, vegye figyelembe: Ha ügyfelének adatai az alábbiak közül bármelyiket tartalmazzák, ezt a részt is ki kell töltenie, az alábbi adatok megadásával.</b></p> <p>Hozzájárulok a következő adatok közzétételéhez (jelölje be az összes ide vonatkozót):</p> <p><input type="checkbox"/> Mentális egészség    <input type="checkbox"/> HIV/AIDS és STD teszt eredmények, diagnózis vagy kezelés    <input type="checkbox"/> Függség</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ez a bejegyzés egy évig érvényes, vagy <input type="checkbox"/> a következőig _____ (dátum vagy esemény).</li> <li>• Ezt a hozzájárulást bármikor írásban visszavonhatom, de a visszavonás nem érinti a már megosztott információkat.</li> <li>• Tudomásul veszem, hogy a jelen hozzájárulás alapján megosztott adatok a DSHS-re vonatkozó törvények értelmében már nem élvezhetnek védelmet.</li> <li>• A jelen űrlap egy példánya hitelesen tanúsítja a nyilvántartások megosztására vonatkozó engedélyem megadását.</li> </ul>		
ALÁÍRÁS		DÁTUM
TANÚ / KÖZJEGYZŐ ALÁÍRÁSA, HA ALKALMAZANDÓ	TANÚ / KÖZJEGYZŐ NEVE NYOMTATOTT BETŰKKEL	DÁTUM
SZÜLŐ VAGY EGYÉB KÉPVISELŐ ALÁÍRÁSA (HA ALKALMAZANDÓ)	TELEFONSZÁM (KÖRZETSZÁMMAL EGYÜTT)	DÁTUM
<p>Ha nem én vagyok a nyilvántartások alanya, jogosult vagyok a dokumentum aláírására, mert én vagyok a(z): (mellékelje a jogosultság igazolását)</p> <p><input type="checkbox"/> Szülő    <input type="checkbox"/> Törvényes gyám (csatolja a bírósági határozatot)    <input type="checkbox"/> Személyes képviselő    <input type="checkbox"/> Egyéb:</p>		

Értesítés az információk címzettjei számára: **Amennyiben ezek az adatok a HIV-, AIDS-fertőzésekkel vagy nemi betegségekkel kapcsolatos információkat tartalmaznak, azokat nem közölheti az ügyfél kifejezett hozzájárulása nélkül.** Amennyiben az ügyfél **kábítószer- vagy alkoholfüggőséggel** kapcsolatos információt osztott meg Önnel, a 42 CFR 2.32 előírásainak értelmében az információ további közzétevése esetén mellékelnie kell a következő nyilatkozatot:

Ezeket az információkat a szövetségi titoktartási szabályok (42 CFR 2. rész) által védett adatokból származnak. A szövetségi szabályok megtiltják ezen információk további közzétételét, kivéve, ha a további közzététel az érintett személy írásbeli hozzájárulása vagy a 42 CFR 2. része lehetővé teszi. Az orvosi vagy egyéb információk kiadására vonatkozó általános hozzájárulás NEM elegendő erre a célra. A szövetségi szabályok korlátozzák az információk felhasználását a kábítószer- vagy alkoholfüggő páciensek elleni bünyügyi nyomozás vagy büntetőeljárás alá vonásuk érdekében.

## Útmutató a beleegyező nyilatkozatok űrlapjának kitöltéséhez, DSHS 14-012

**Használat:** Ezt az űrlapot akkor használja, ha beleegyezésre van szüksége egy ügyfélről szóló bizalmas információ folyamatos felhasználásához vagy a DSHS-en belüli megosztásához, vagy ahhoz, hogy ezeket az információkat más ügynökségeknek átadja a szolgáltatások összehangolása vagy a kezelés, a kifizetés vagy az ügynökség tevékenységének ellátása céljából, vagy más, jogszabályban meghatározott célokra

Ha lehetséges, elektronikusan töltsse ki ezt az űrlapot. **Minden személy esetében, beleértve a gyermekeket is, külön űrlapot** kell kitöltenie.

### Az űrlap részei:

#### AZONOSÍTÁS:

- **Név:** Minden űrlapon csak egy ügyfél nevét adja meg. Adja meg az összes olyan korábbi nevet, amelyet az ügyfél a szolgáltatások ideje alatt használhatott.
- **Születési dátum:** Szükséges a hasonló nevű ügyfelek megkülönböztetése érdekében.
- **Azonosítószám:** Adja meg az ügyfél azonosítószámát vagy egyéb azonosításra szolgáló adatát, mint például a társadalombiztosítási számát (nem kötelező), ezzel elősegítve az adatok azonosítását, illetve az előzmények és a kapott szolgáltatások nyomon követését.
- **Egyéb:** Ebbe a mezőbe írjon be minden olyan további információt, amely segíthet az adatok beszerzésében, például, ha a szolgáltatásokban rész vesz a DSHS, a családtagok nevei vagy egyéb releváns információk.

#### BELEEGYZŐ NYILATKOZAT (HOZZÁJÁRULÁS):

- **A közlés indoka:** Ez az információ azért szükséges, mert a DSHS megoszthatja a kábítószerrel és alkohollal, vagy a mentális egészséggel kapcsolatos adatokat. Ha nem tölti ki ezt a mezőt, DSHS a közlés indokaként az Ön kérésére megjegyzést tünteti fel.
- **Adatcsere ügynökségek vagy személyek között:** A jelen kitöltött űrlap lehetővé teszi: (1) a bizalmas információk DSHS-en belüli és a felsorolt ügynökségeknél vagy személyeknél történő felhasználása és közlését; és (2) a bizalmas információk közlését a DSHS-sel a felsorolt külső ügynökségek vagy személyek által. Csatolhatja az információk megosztására jogosult ügynökségek listáját is, amelyet az ügyfélnek szintén alá kell írnia.
- **A feltüntetett információk:** Az ügyfeleknek fel kell tüntetniük, hogy a beleegyezés melyik adatokra vonatkozik. Az ügyfelek elérhetővé tehetik az összes adatukat, vagy pedig dátum, típus és forrás szerint korlátozhatják a velük kapcsolatos információkat. Ha az ügyfél nem írja alá a beleegyező nyilatkozatot vagy nem nevez meg egy konkrét adatot, annak az adatnak a megosztására akkor van lehetőség, ha azt a jogszabályok ennek ellenére engedélyezik. Továbbá csatolhat egy listát a beleegyező nyilatkozat által lefedett adatokkal, amelyet az ügyfélnek szintén alá kell írnia. Amennyiben az adatok a mentális egészségre (RCW 71.05.620), HIV-/AIDS- vagy nemi betegségekkel kapcsolatos vizsgálatra vagy kezelésre (RCW 70.02.220) vagy kábítószerrel és alkohollal kapcsolatos szolgáltatásokra (42 CFR 2.31(a)(5)) vonatkozó információkat tartalmaznak, az ügyfélnek kötelezően meg kell jelölnie ezeket az információkat ahhoz, hogy ezek megosztására engedélyt adjon. Ez az űrlap a 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) szerint, nem érvényes arra, hogy a pszichoterápiás feljegyzéseket is belevegység, az ilyen adatokról külön űrlapot kell kitöltenie.
- **Időtartam:** Adja meg a hozzájárulás lejárat dátumát, ha az eltérő, mint egy év. A hozzájárulás egy év múlva hatályát veszti, kivéve, ha Ön más időpontot jelöl meg.
- **Megértés:** Bizonyosodjon meg arról, hogy az ügyfél megérti, milyen engedélyt ad, és hogy a vele kapcsolatos információkat hogyan és milyen célból fogják megosztani. Amennyiben szükséges, használja az űrlap lefordított változatát, és hívjon egy tolmácsot, vagy olvassa fel hangosan az űrlap szövegét. Ha az ügyfélnek további információkra van szüksége, adja át a DSHS Adatvédelmi gyakorlatokról szóló közleményének (Notice of Privacy Practices) egy példányát, vagy irányítsa az ügyfelet egységének nyilvános közzétételért felelős tisztviselőjéhez.

#### ALÁÍRÁSOK:

- **Ügyfél:** Kérje az ügyfél vagy a beleegyezés megadásához előírt korhatárt betöltött kiskorút (13 év a mentális egészséggel, a kábítószerrel és alkohollal kapcsolatos szolgáltatások esetén; 14 év a HIV/AIDS és más, nemi úton terjedő betegségek esetén; bármely életkor a fogamzásgátlás és abortuszok esetén; 18 év az egészségügyi és más adatok esetén) az aláírásra ebben a mezőben, és az aznapi dátum megadására. Az ügyfél jelöléssel is helyettesítheti az aláírást ebben a mezőben, amennyiben Ön azt tanúsítja.
- **Tanú/közjegyző:** A tanú vagy közjegyző az ügyfél személyazonosságának igazolásához szükséges, ha az ügyfél nem személyesen nyújtja be ezt az űrlapot, vagy ha a program igazolást kér. E személy tekintetében az aláírása mellett a nevének nyomtatott betűvel történő feltüntetése is szükséges.
- **Szülő vagy más képviselő:** Ha az ügyfél nem töltötte be a beleegyezés megadásához előírt korhatárt, a szülő vagy gyám aláírására van szükség. Ha az ügyfél nem érte el az összes adat megosztásának engedélyezéséhez szükséges beleegyezési korhatárt, a gyermek és a szülő aláírására egyaránt szükség van. Ha az ügyfelet cselekvőképzetlennek nyilvánították, a bíróság által kijelölt gondnoknak kell aláírnia az űrlapot, és fel kell mutatnia a gondnokkirendelő határozat másolatát. Ha valaki más minőségben írja alá az űrlapot (ideértve egy meghatalmazással rendelkező személyt vagy egy ingatlanügyi képviselőt is), jelölje meg az „egyéb” lehetőséget és szerezzé be az eljáráshoz szükséges jogi felhatalmazás másolatát. Az aláíró személynek meg kell adnia az aláírás dátumát és a telefonszámát vagy egyéb elérhetőségét.