

Beleegyező nyilatkozat

Consent

ÉRTESÍTÉS AZ ÜGYFELEINKNEK: 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, kivéve abban az esetben, ha az ezekre való jogosultságához szükség van a beleegyezésére is. A DSHS az Ön aláírása nélkül is oszthat meg Önnel kapcsolatos információkat a jogszabályok által megengedett mértékig. Amennyiben kérdései vannak arról, hogy a DSHS hogyan osztja meg külső felekkel az ügyfelek bizalmas információit vagy az adatvédelmi jogaival kapcsolatban, nézze át a DSHS Adatvédelmi gyakorlatokról szóló közleményét (Notice of Privacy Practices), vagy forduljon ahhoz a személyhez, akitől ezt az űrlapot kapta.

ÜGYFÉLAZONOSÍTÁS:

NÉV	SZÜLETÉSI DÁTUM	AZONOSÍTÓ SZÁM	
LAKCÍM	VÁROS	ÁLLAM	IRÁNYÍTÓSZÁM
TELEFONSZÁM (KÖRZETSZÁMMAL EGYÜTT)	EGYÉB INFORMÁCIÓK		

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT:

Hozzájárulok ahhoz, hogy a DSHS rólam szóló bizalmas információkat kezeljen szolgáltatások, ellátás, fizetések és juttatások tervezése, biztosítása és összehangolása céljából nekem vagy a jogszabályok által engedélyezett egyéb célokra. Ezenkívül engedélyezem a DSHS és az alább megjelölt ügynökségek, szolgáltatók és személyek számára, hogy a rólam szóló bizalmas információkat kezeljék és egymás számára elérhetővé tegyék az előbb említett célok érdekében. Ezeket az információkat szóban, számítógépes adatátvitelen keresztül, e-mailben vagy kézbesítés útján oszthatják meg egymással.

Jelölje meg azokat, akikre a DSHS-en kívül ez a beleegyező nyilatkozat érvényes, és nevezze meg őket név és lakcím szerint:

- Egészségügyi szolgáltatók: _____
- Mentális egészségügyi szolgáltatók: _____
- Kábítószer-függőségben szenvedőket segítő szolgáltatók: _____
- Más, a DSHS-sel szerződésben álló szolgáltatók: _____
- Lakásprogramok: _____
- Iskolai körzetek vagy egyetemek/főiskolák: _____
- Büntetés-végrehajtási Hivatal (Department of Corrections): _____
- Foglalkoztatásbiztonsági Osztály (Employment Security Department) és foglalkoztatási partnereik: _____
- Társadalombiztosítási igazgatóság (Social Security Administration) vagy más szövetségi ügynökség: _____
- Lásd a mellékelt listát
- Egyéb: _____

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

- Az összes ügyféladatom Adatok a mellékelt listán
- Csak a következő adatokat
- Családi, szociális és foglalkoztatási előzmények Egészségügyi információk Kezelési vagy gondozási tervek
- Kifizetési bizonylatok Egyéni felmérések Iskola, tanulmányok és képzések
- Egyéb (lista): _____

FIGYELEM: Ha az ügyféladatok tartalmazzák a következő információk bármelyikét, akkor ezen adatok hozzáadásához a következő rész kitöltése is szükséges.

Hozzájárulok a következő adatok közzétételéhez (jelölje be az összes vonatkozót):

- Mentális egészség HIV-/AIDS- és nemibetegség-teszteredmények, diagnózis vagy kezelés Kábítószer-függőség

– A jelen beleegyező nyilatkozat a következő időpontig érvényes: egy évig ameddig a DSHS-nek szüksége van rá _____-ig (dátum vagy esemény).

– A jelen beleegyező nyilatkozatot írásban bármikor jogom van visszavonni, ez viszont nem befolyásolja az eddig megosztott információkat.

– Tudomásul veszem, hogy előfordulhat, hogy a beleegyező nyilatkozat hatálya alatt megosztott adatokat már nem védik a DSHS-re vonatkozó jogszabályok.

– A beleegyező nyilatkozat másolata felhasználható arra, hogy engedélyt adjak az adatok megosztására.

ALÁÍRÁS	DÁTUM	TANÚ / KÖZJEGYZŐ (JELNÉV ÉS NYOMTATOTT BETŰVEL ÍRT NÉV, HA ALKALMAZANDÓ)	DÁTUM
SZÜLŐ VAGY EGYÉB KÉPVISELŐ ALÁÍRÁSA (HA ALKALMAZANDÓ)		TELEFONSZÁM (KÖRZETSZÁMMAL EGYÜTT)	DÁTUM

Ha nem én vagyok a rekordok érintettje, jogosult vagyok a dokumentum aláírására, mert én vagyok a(z): (mellékelje a jogosultság igazolását)

- Szülő Törvényes gyám (mellékelje a bírósági végzést) Személyes képviselő Egyéb: _____

KÖZLEMÉNY AZ INFORMÁCIÓK CIMZETTJÉNEK: Amennyiben ezek az adatok a HIV-, AIDS-fertőzésekkel vagy nemi betegségekkel kapcsolatos információkat tartalmaznak, ezeket nem teheti közzé 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 közzététele 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 közzétételt az érintett személy írásbeli hozzájárulása vagy a 42 CFR 2. része levetővé teszi. Az egészségügyi vagy egyéb információk közzétételére vonatkozó általános engedély NEM elegendő erre a célra. A szövetségi szabályok korlátozzák az információk felhasználását a kábítószer- vagy alkoholfüggő páciensek bűnügyi kivizsgálása vagy büntetőeljárás alá vonása érdekében.

SEGÉDLET A BELEEGYZŐ NYILATKOZAT KITÖLTÉSÉRE

Cél: Akkor használja ezt az űrlapot, ha beleegyezésre van szüksége a DSHS hatálya alá tartozó ügyfelével kapcsolatos bizalmas információk folyamatos felhasználásához, vagy ezen információk egyéb ügynökségekkel való megosztásához különböző szolgáltatások összehangolása érdekében vagy kezelési, fizetési műveletek, az ügynökség működése vagy egyéb feladatok céljából. Ügyfélnek számítanak azok a személyek, akik a DSHS juttatásaiban vagy szolgáltatásaiban részesülnek.

Használat: Amennyiben lehetőség van rá, az olvasás könnyítése érdekében tölts ki az űrlapot elektronikusan. **Minden egyes személy esetében, beleértve a gyerekeket is, külön űrlap kitöltése szükséges.** Az utasításokban megjelenő „Ön” a DSHS alkalmazottjára, az űrlapon megjelenő „Ön” pedig az ügyfélre utal. Az adatok megosztása magában foglalja az ügyfélről szóló bizalmas információk használatát és közzétételét.

Az űrlap részei:

ÜGYFÉLAZONOSÍTÁS:

- **Név:** Minden egyes űrlapon adja meg egy ügyfél nevét. Adja meg az összes olyan korábbi nevet, amelyet az ügyfél a szolgáltatások ideje alatt potenciálisan használt.
- **Születési dátum:** Szükséges a hasonló nevű ügyfelek megkülönböztetése érdekében.
- **Azonosító szám:** Adja meg az ügyfél azonosító számát vagy egyéb azonosításra szolgáló adatát, mint például a társadalombiztosítási számát (nem kötelező), ezzel elősegítve az adatok azonosítását, illetve az előzmények és a kapott biztosított szolgáltatások nyomon követését.
- **Lakcím és telefonszám:** További információk az ügyfél lakhelyének meghatározása és azonosítása, valamint a vele történő kapcsolatfelvétel érdekében.
- **Egyéb:** Ebbe a szövegdobozba írjon minden olyan kiegészítő információt, amely elősegítheti azon adatok megtalálását, amelyek a DSHS különböző szolgáltatásokkal kapcsolatos részeit, családtagok neveit vagy egyéb lényeges információkat tartalmazhatnak.

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT (HOZZÁJÁRULÁS):

- **Egymás között adatokat cserélő ügynökségek vagy személyek:** Amennyiben az ügyfél kitölti ezt az űrlapot, engedélyt ad a DSHS hatályán belül bizalmas információk kezelésére és megosztására. A DSHS nyilvánosságra hozhat és kaphat bizalmas információkat az alább felsorolt külső ügynökségektől és személyektől. Adja meg az ügynökségek és szolgáltatók azonosítására szolgáló információkat, beleértve a nevet, a lakcímet és a tartózkodási helyet, amennyiben ez lehetséges. Továbbá csatolhat egy listát az információk megosztására jogosult ügynökségek neveivel, amelyet az ügyfélnek szintén alá kell írnia.
- **A mellékelt 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 beleegyző nyilatkozatot vagy nem nevez meg egy konkrét adatot, annak az adatnak a megosztását a jogszabályok ennek ellenére engedélyezik. Továbbá csatolhat egy listát a beleegyző nyilatkozatban lefedett adatok neveivel, 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. Az űrlap a 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) értelmében nem terjed ki a pszichiátriai kezelésekről szóló adatokra, ezek csatolásához egy külön űrlapot kell kitölteni.
- **Időtartam:** Jelölje meg a beleegyezés lejáratát – ez megfelelhet a programcéloknak, vagy lehet a törvény által előírt.
- **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. Amennyiben az ügyfélnek további tájékoztatásra van szüksége, adjon neki egy másolatot a DSHS Adatvédelmi gyakorlatokról szóló közleményéből (DSHS Notice of Privacy Practices), vagy irányítsa az ügyfelet a részlege közzétételekkel foglalkozó hivatalnokához.

ALÁÍRÁSOK:

- **Ügyfél:** Kérje az ügyfél vagy a beleegyezési korhatárt meghaladó 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) a szövegdoboz aláírására, és az aznapi dátum megadására. Az ügyfél jelöléssel is helyettesítheti az aláírást, amennyiben Ön tanúja ennek.
- **Tanú vagy közjegyző:** Szükség lehet egy tanúra vagy közjegyzőre a személyazonosság igazolásához, amennyiben Ön nem személyesen nyújtja be az űrlapot vagy ha a program előírja az ellenőrzést. Ennek a személynek alá kell írnia az űrlapot és fel kell írnia rá a nevét (nyomtatott betűkkel).
- **Szülő vagy más képviselő:** Ha az ügyfél nem érte el a beleegyezési korhatárt, szülő vagy gyám aláírására van szükség. Ha az ügyfél nem érte el az összes adat megosztásának engedélyezéséhez szükséges beleegyezési korhatárt, a gyerek és a szülő aláírására egyaránt szükség van. Ha az ügyfelet cselekvőképtelennek nyilvánították, a bíróság által kijelölt gyámnak kell aláírnia az űrlapot, és fel kell mutatnia a végzés másolatát. Ha valaki más minőségben írja alá az űrlapot (ideértve egy meghatalmazással rendelkező személyt vagy egy ingatlanügyi képviselőt is), jelölje meg az „egyéb” jelölést és szerezzé be a cselekvéshez szükséges jogi felhatalmazás másolatát. Az aláíró személynek meg kell adnia az aláírás dátumát és a telefonszámát vagy egyéb elérhetőségét.