Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

Макулдук берүү
Consent

КАРДАРЛАР ҮЧҮН ЭСКЕРТҮҮ: Социалдык жана медициналык кызматтар департаменти (DSHS) сизди жана сиздин үй-бүлөнү жакшы билген агенттиктер жана адистер менен иштешүүгө мүмкүнчүлүк алса, жакшыраак жардам бере алат. Бул формага кол коюу менен сиз, DSHS га жана төмөндөгү агенттиктерге жана адистерге сиз жөнүндө купуя сыр маалыматты колдонууга жана бөлүшүүгө уруксат бересиз. Эгер сиз бул формага кол койбосоңуз, DSHS сизге жөлөк пул берүүдөн баш тарта албайт, бирок сиздин уруксатыңыз жеңилдик алууга сиздин укугуңузду аныктоого керек болгон учурлардан тышкары. Эгер сиз бул формага кол койбосоңуз, DSHS сиз жөнүндө маалымат менен мыйзам чегинде бөлүшө алат. Эгер сизде DSHS кардарлардын купуя сыр маалыматы менен кантип бөлүшөрү боюнча же сиздин жеке жашоого кол тийбестик укугуңузга карата суроолоруңуз бар болсо, сураныч, DSHS нын купуя сыр маалыматты сактоо эрежелери жөнүндө билдирмеси менен таанышып алыңыз же сизге ушул форманы берген адамдан сураңыз.

КАРДАРДЫН ИДЕНТИФИКАЦИЯСЫ:

АТЫ-ЖӨНҮ	ТУУЛГАН ЖЫЛЫ	ИДЕНТИФИКАЦИЯЛЫК НОМУРУ	
ДАРЕГИ	ШААР	ОБЛУС	ПОЧТА ИНДЕКСИ
ТЕЛЕФОН НОМУРУ (ШААР КОДУ МЕНЕН)	КОШУМЧА МААЛЫМАТ		

МАКУЛДУК БЕРҮҮ:

Мен DSHS нын алкагында кызматтарды пландоого, көрсөтүүгө жана координациялоого, мени дарылоого, төлөм жүргүзүүгө, жеңилдик берүүгө жана мыйзам жол берген башка максаттар үчүн мен жөнүндө купуя сыр маалыматты колдонууга уруксат берем. Мен ошондой эле, DSHS га жана төмөндө көрсөтүлгөн агентиттерге, кызмат жеткирүүчүлөргө же адамдарга ушул максаттарда менин купуя сыр маалыматымды колдонууга жана бири-бирине өткөрүүгө уруксат берем. Маалымат оозеки түрдө же компьютердик маалымат жеткирүү аркылуу, почта же колго тапшыруу аркылуу жеткирилиши мүмкүн.

<u>Сураныч, DSHS дан тышкары бул уруксат берүүдө көрсөтүлгөн бардык адамдарды белгилеңиз жана алардын аты-жөнүн, дарегин жазыңыз:</u>

- ☐ Медициналык кызмат көрсөтүүчүлөр: ______
- ☐ Психиатриялык кызмат көрсөтүүчүлөр: ______
- ☐ Баңги затка көз карандылыкты дарылоочу кызмат көрсөтүүчүлөр: ______
- ☐ DSHS менен келишим негизинде иштөөчү башка кызмат көрсөтүүчүлөр: ______
- ☐ Турак-жай программалары: ______
- ☐ Мектеп аймактары жана колледждер: ______
- ☐ Түзөтүү бөлүмү: ______
- ☐ Иш менен камсыздоо департаменти жана анын ишке орноштуруу боюнча өнөктөштөрү: ______
- ☐ Социалдык камсыздандыруу башкармалыгы же башка федералдык агенттик: ______
- ☐ Тиркелген тизмени караңыз
- ☐ Башкалар:

Мен төмөнкү маалымат жана жазуулар менен бөлүшүүгө макулмун жана уруксат берем (ылайыктуу варианттарды белгилеп коюңуз)

- ☐ Менин бардык кардарларымдын жазуулары ☐ Тиркелген тизмедеги жазуулар
- ☐ Бир гана кийинки жазуулар
  - ☐ Үй-бүлөлүк, социалдык жана эмгек стажы
  - ☐ Медициналык тейлөө тууралуу маалымат
  - ☐ Дарылоо же кам көрүү планы
  - ☐ Төлөм документтери
  - ☐ Индивидуалдык баалар
  - ☐ Мектеп, билим алуу, окуу
  - ☐ Башкалар (тизме):

СУРАНЫЧ, КӨҢҮЛ БУРУҢУЗ: Эгер сиздин кардарлар жөнүндө жазуулар төмөндөгү каалаган маалыматты камтыса, сиз бул болүмдөрдү дагы толтуруп, ал жазууларды кошп кетишиңиз керек.

Мен төмөнкү жазууларды ачыктоого уруксат берем (ылайыктуу варианттарды белгилеңиз)

- ☐ Психикалык ден-соолук ☐ HIV/AIDS жана STD нын тесттеринин жыйынтыктары, диагноз же дарылануу
- ☐ Психоактивдүү заттарды колдонуу менен байланыштуу бузуулар

- **Бул макулдук берүүнүн жарактуулугу ☐ бир жыл ☐ DSHS га жазуулар керек болгонго чейин, же ☐ (дата же окуя) _______ чейин.**
- **Мен бул макулдук берүүнү каалаган убакытта жазуу формасында артка чакыртып алууга же алып салууга укугум бар, бирок бул нерсе ага чейин берилген маалыматка таасир тийгизбейт.**
- **Мен бул макулдукка ылайык берилген жазуулар DSHS да иштиктүү мыйзамдар тарабынан мындан ары коргоого алына албарын түшүнөм.**
- **Бул форманын көчүрмөсү жазууларды биргелешип колдонууга уруксат берүү үчүн жарактуу.**

КОЛУ	ДАТА	КҮБӨЛҮК/НОТАРИУС (МҮМКҮН БОЛСО КОЛ ТАМГАСЫ ЖАНА АТЫ-ЖӨНҮ)	ДАТА
АТА-ЭНЕНИН ЖЕ БАШКА ӨКҮЛДҮН КОЛУ (МҮМКҮН БОЛСО)	ТЕЛЕФОН НОМУРУ (ШААР КОДУ МЕНЕН)		ДАТА

Эгер мен жазуулардын субъекти болбосом, мен кол коюуга укуктуумун, анткени мен: (ыйгарым укуктарыңызга ырастаманы тиркеңиз)

☐ Ата-эне ☐ Мыйзамдуу камкорчу (сот токтомун тиркеңиз) ☐ Жеке өкүлү ☐ Башка:

<u>МААЛЫМАТ АЛУУЧУЛАР ҮЧҮН ЭСКЕРТМЕ</u>: **Эгер бул жазуулар ВИЧ, венериологиялык оорулар же СПИД жөнүндө маалыматты камтыса, сиз бул жөнүндө кардардын атайы уруксаты жок ачыктай албайсыз.** Эгер сиз кардардан **баңги зат же ичкиликке** берилүү жөнүндө маалымат алсаңыз, маалыматты андан ары ачыктоодо сиз 42 CFR 2.32 талаптарына ылайык төмөнкү билдирүүнү кошуп кетүүңүз шарт:

Бул маалымат купуя сыр маалымат жөнүндө федералдык эрежелер менен корголгон жазуулардан сиз тараптан ачыкталган (42 CFR 2-бөлүктө). Эгер ушул маалыматка тиешелүү болгон адам аны менен бөлүшүү боюнча жазуу жүзүндөгү шексиз уруксатын бербесе, же 42 CFR 2-бөлүктө көрсөтүлгөн башка жолдор менен уруксат берилбсе, федералдык эрежелер сизге бул маалыматты андан ары ачыктоого тыюу салат. Бул максатта медициналык жана башка маалыматты ачыктоо үчүн жалпы уруксат алуу жетиштүү ЭМЕС. Федералдык эрежелер алкоголь же баңги затты ашыра колдонгон бейтаптарды жазыктык же соттук жактан куугунтуктоо үчүн каалаган маалыматты колдонууну чектейт.

МАКУЛДУК БЕРҮҮ ФОРМАСЫН ТОЛТУРУУ БОЮНЧА ИНСТРУКЦИЯ

Максаты: Бул маалыматты DSHS нын алкагында бейтап жөнүндө купуя сыр маалыматы туруктуу түрдө колдонуу үчүн макулдук керек болгондо же кызмат көрсөтүүнү координациялоодо, дарылоодо, төлөм жүргүзүүдө же агенттик операцияларда жана мыйзам жол берген башка максаттарда бул маалыматты башка агенттиктер менен бөлүшүү үчүн колдонуңуз. Кардарлар – бул DSHS ан жеңилдик же кызмат көрсөтүүнү алгандар.

Колдонуу: Бул форманы окуу үчүн ыңгайлуу кылуу максатында мүмкүн болсо, электрондук формада толтуруңуз, **ар бир адам үчүн, анын ичинде балдарга өзүнчо форма толтуруу керек.** Инструкциядагы "сиз" DSHS нын кызматкерине, ал эми формадагы "сиз" кардарга тиешелүү. Жазуулар менен алмашуу кардар жөнүндө купуя сыр маалыматты колдонууну жана ачыктоону камтыйт.

Форманын бөлүктөрү:

ИДЕНТИФИКАЦИЯ:

- Аты-жөнү: Ар бир формада бир кардардын аты-жөнүн көрсөтүңүз. Кардар кызмат алууда колдонуп жүргөн бардык мурдагы аты-жөндөрдү дагы кошуңуз.
- Туулган датасы: Кардарды аты-жөнү окшош башка адамдардан айырмалоо үчүн керек.
- Идентификациялык номур: Жазууларды идентификациялоого жана алган кызматтардын тарыхын көзөмөлдөөгө жардам берүү үчүн кардардын идентификациялык номурун же башка идентификаторду, мисалы, социалдык камсыздандыруунун номурун (милдеттүү эмес) көрсөтүңүз.
- Дареги жана телефон номуру: Кардарды таап, аны идентификациялоого же аны менен байланышууга жардам берүүчү кошумча маалымат.
- Башка: Бул талаачага кызмат көрсөтүүлөр менен байланыштуу DSHS нын бөлүктөрүн, үй-бүлө мүчөлөрүнүн аты-жөнүн же башка тиешелүү маалыматты камтыган жазууларды табууга жардам бере турган каалаган кошумча маалыматты кошуңуз.

МАКУЛДУК (УРУКСАТ БЕРҮҮ):

- Маалымат алмашуучу агенттиктер же адамдар: Кардардын бул форманы толтуруусу DSHS нын бүтүндөй департаментинин алкагында купуя сыр маалыматты колдонууга жана алмашууга мүмкүндүк берет. DSHS тышкы агенттиктерден же саналып өткөн адамдардан купуя сыр маалыматты алып, ачыктай алат. Мүмкүн болсо, агенттиктер же кызмат көрсөтүүчүлөр жөнүндө идентификациялоочу маалыматты, анын ичинде аталышты, даректи же жайгашкан жерин көрсөтүңүз. Сиз, ошондой эле, кардардын кол коюсу талап кылынган маалымат менен бөлүшүүгө уруксаты бар агенттиктердин тизмесин тиркей аласыз.
- Камтылган маалымат: Кардарлар макулдук кайсыл жазууларга таркай турганын көрсөтүшү керек. Кардарлар бардык жазууларды жеткиликтүү кыла алат же камтылган жазууларды датасы, тиби же жазуунун булагы боюнча чектей алат. Эгер кардар макулдук берүүгө кол койбосо же белгилүү бир жазууну көрсөтпөсө, бул жазууну биргелешип колдонууга уруксат алуу, мыйзам тарабынан жол берилгенде гана мүмкүн болот. Сиз кардардын кол коюсу талап кылынган колдонууга мүмкүн болгон жазуулардын тизмесин тиркей аласыз. Эгер кайсыл бир жазуулар психикалык ден-соолукка (RCW 71.05.620), HIV/AIDS ди же STD ни тестирлөө же даарылоого (RCW 70.02.220) же баңги зат мнен алкоголь боюнча кызмат көрсөтүүгө (42 CFR 2.31 (a) (5)) тиешелүү болсо, бул жазууларды биргелешип колдонууга уруксатын берүү үчүн кардар ал жерлерди атайы белгилеп коюшу керек. Бул форма 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) ылайык психотерапиялык билдирүүлөрдү камтуу үчүн жараксыз, ал жазууларды кошуу үчүн өзүнчө форма керек.
- Узактыгы: Сиздин программанын максатына кызмат кылган же мыйзамга ылайык макулдашуунун аракеттенүү датасын көрсөтүңүз.
- Түшүнүү: Кардар кандай уруксат берилип жатканын жана маалымат кантип жана эмне себептен берилээрин түшүнүп жатканына ынаныңыз. Зарыл болсо, котормочуну жана которулган форманы пайдаланып, же форманы үн чыгарып окуп бериңиз. Эге кардарга кошумча маалымат керек болуп жатса, ага DSHS нын купуя сыр маалыматты сактоо Эскертмесинин кошумча көчүрмөсүн бериңиз же сиздин бөлүмдүн маалыматты ачыктоо боюнча адисине жөнөтүңүз

КОЛ ТАМГАЛАР:

- Кардар: Кардарды же макулдук берүү жаш курагынан ашкан баланы (психиатриялык кызматтар, баңги затка жана ичкиликке көз карандылыкты дарылоо үчүн 13 жаш; HIV/AIDS жана STD үчүн 14 жаш; төрөлүүнү контролдоо жана аборттор үчүн каалаган жаш курак; медициналык жана башка жазуулар үчүн 18 жаш) бул талаачага кол коюуну жана кол коюлган датаны жазууну сураныңыз. Кардар бул талаачадагы жазууну сиздин көзүнчө алмаштыра алат.
- Күбө же нотариус: Эгер сиз бул форманы жеке озүңүз жөнөтпөсөңүз же программа тастыктоону талап кылса, сиздин өздүктү тастыктоо үчүн күбө же нотариус керек болушу мүмкүн. Ал адам кол коюп, өз аты-жөнүн жазышы керек.
- Ата-эне же башка өкүл: Эгер кардар жашы жете элек адам болсо, ата-эне же камкорчу кол коет. Эгер жаш бала бардык жазууларды өткөрүү үчүн макулдук берүү жаш курагына ылайык келбесе, ата-эне дагы, бала дагы кол коюшу керек. Эгер кардар жөндөмсүз деп табылса, сот дайындаган камкорчу анын дайындалышы жөнүндө буйруктун көчүрмөсүн берип, кол коюшу керек. Эгер кимдир бирөө башка макамда (анын ичиде ишеним кат менен адам же кыймылсыз мүлктүн өкүлү) кол коюп жатса, "башка" дегенди белгилеп, аракеттенүү үчүн мыйзамдуу ыйгарым укуктардын көчүрмөсүн алыңыз. Кол коюп жаткан адам кол тамга коюлган датаны көрсөтүп, телефон номурду же байланышуу үчүн башка маалыматты калтырышы керек.