

# Sutikimas

## Consent

**PRANEŠIMAS KLIENTAMS:** Socialinių ir Sveikatos Paslaugų Departamentas (SSPD) suteiks jums geresnę pagalbą, jei galėsime dirbti su kitomis agentūromis ir specialistais, kurie pažįsta jus ir jūsų šeimą. Pasirašydami šią formą, suteikiate leidimą SSPD ir toliau išvardytoms agentūroms bei asmenims, naudoti ir dalintis konfidencialia informacija apie jus. SSPD negali neteikti jums išmokos, jei nepasirašysite šios formos, nebent reikalingas jūsų sutikimas, norint nustatyti jūsų tinkamumą. Jei nepasirašysite šios formos, SSPD vis tiek gali dalytis informacija apie jus, kiek tai leidžia įstatymai. Jei turite klausimų apie tai, kaip SSPD dalijasi kliento konfidencialia informacija ar jūsų privatumo teisėmis, prašome susipažinti su SSPD Pranešimu apie Privatumo Praktiką arba paprašyti asmens, kuris jums suteiks šią formą.

### KLIENTO IDENTIFIKAVIMAS:

|  |                  |                         |             |
|--|------------------|-------------------------|-------------|
| VARDAS IR PAVARDĖ                            | GIMIMO DATA      | IDENTIFIKACIJOS NUMERIS |             |
| ADRESAS                                      | MIESTAS          | VALSTIJA                | PAŠTO KODAS |
| TELEFONO NUMERIS (ĮTRAUKTI TERITORIJOS KODĄ) | KITA INFORMACIJA |                         |             |

### SUTIKIMAS:

Sutinku, kad SSPD gali naudoti konfidencialią informaciją apie mane, planuojant, teikiant ir koordinuojant man skiriamas paslaugas, gydymą, mokėjimus ir išmokas, ar kitiems įstatymų numatytiems tikslams. Toliau suteikiu leidimą SSPD ir žemiau išvardytoms agentūroms, paslaugų teikėjams ar asmenims naudoti savo konfidencialią informaciją ir atskleisti ją viena kitai šiais tikslais. Informacija gali būti bendrinama žodžiu arba kompiuteriniu duomenų perdavimu, paštu arba rankiniu būdu.

Prašome patikrinti visus žemiau išvardintus, kartu su SSPD, kurie yra įtraukti šioje sutikimo formoje, ir juos identifikuoti pagal pavadinimą ir adresą:

- Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai: \_\_\_\_\_
- Psichinės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai: \_\_\_\_\_
- Priklausomybės nuo cheminių medžiagų paslaugų teikėjai: \_\_\_\_\_
- Kiti SSPD paslaugų teikėjai: \_\_\_\_\_
- Būsto programos: \_\_\_\_\_
- Mokyklų rajonai ar kolegijos: \_\_\_\_\_
- Pataisos Departamentas: \_\_\_\_\_
- Užimtumo Garantijos Departamentas ir jo įdarbinimo partneriai: \_\_\_\_\_
- Socialinės Apsaugos Administracija arba kita federalinė agentūra: \_\_\_\_\_
- Žiūrėkite pridėtamą sąrašą
- Kita: \_\_\_\_\_

Aš įgalioju ir sutinku dalytis šiais įrašais ir informacija (patikrinkite, kas taikoma):

- Visais mano kliento įrašais
- Pridėtame sąrašė esančiais įrašais
- Tik toliau nurodytais įrašais
- Šeimos, socialinė ir įdarbinimo istorija
- Sveikatos apsaugos informacija
- Gydyto ar slaugos planai
- Mokėjimų įrašai
- Asmeniniai mokesčiai
- Mokykla, išsilavinimas ir mokymai
- Kita (sąrašas): \_\_\_\_\_

**PASTABA: Jei jūsų kliento įrašuose yra bet kuri iš toliau nurodytų informacija, jūs taip pat turite užpildyti šį skyrių, kad įtrauktumėte šiuos įrašus.**

Suteikiu leidimą atskleisti šiuos įrašus (patikrinkite visus pateikiamus variantus):

- Psichinės sveikatos būklė
- ŽIV/AIDS ir Lytiškai Plintančių Ligų (LPL) tyrimų rezultatai, diagnozės ir gydymas
- Priklausomybės nuo cheminių medžiagų (PCM) paslaugos

- Ši sutikimo forma galioja  vienerius metus  iki tol, kol SSPD bus reikalingi šie įrašai, arba  iki \_\_\_\_\_ (data arba įvykis).
- Bet kada raštu galiu panaikinti arba atšaukti šį sutikimą, tačiau tai neturės įtakos jokiai iki tol pasidalintai informacijai.
- Suprantu, kad pagal šį sutikimą bendrai naudojami įrašai nebegali būti apsaugoti pagal SSPD taikomus įstatymus.
- Šios formos kopija galioja mano leidimui dalintis įrašais.

|   |      |  |      |
|---|------|--|------|
| PARAŠAS   | DATA | AGENTŪROS KONTAKTAI / LIUDININKO PARAŠAS     | DATA |
| VIENO IŠ TĖVŲ AR KITO ATSTOVO PARAŠAS (JEI TAIKOMA) |      | TELEFONO NUMERIS (ĮTRAUKTI TERITORIJOS KODĄ) | DATA |

Jei aš nesu įrašų objektas, esu įgaliotas pasirašyti, nes esu: (pridėkite įgaliojimo įrodymą)

- Vienas iš tėvų  Teisėtas Globėjas (pridėti teismo sprendimą)  Asmeninis atstovas  Kita: \_\_\_\_\_

**PRANEŠIMAS INFORMACIJOS GAVĖJAMS:** Jei šiuose įrašuose yra informacijos apie ŽIV, LPL ar AIDS, negalite toliau atskleisti šios informacijos be konkretaus kliento leidimo. Jei gavote informaciją, susijusią su kliento piktnaudžiavimu narkotikais ar alkoholiu, turite pateikti šį patvirtinimą, kai atskleidžiate informaciją pagal 42 CFR 2,32:

Ši informacija buvo atskleista iš įrašų, saugomų pagal Federalines konfidencialumo taisykles (42 CFR 2 dalis). Federalinės taisyklės draudžia jums pateikti bet koki tolesnį šios informacijos skleidimą, nebent tolesnis informacijos skleidimas yra aiškiai leidžiamas raštišku asmens, kuriam jis skirtas, sutikimu arba kitu būdu, leidžiamu pagal 42 CFR 2 dalį. Bendras leidimas, leidžiantis atskleisti medicininę ar kitą informaciją, nėra pakankamas šiam tikslui. Federalinės taisyklės riboja bet kokią informacijos naudojimą, norint patraukti baudžiamojo atsakomybėn bet kurį alkoholį ar narkotikus vartojantį pacientą.

## SUTIKIMO FORMOS PILDYMO INSTRUKCIJOS

**Tikslas:** Naudokite šią formą, jei jums yra reikalingas pastovus sutikimas naudoti konfidencialią informaciją apie klientą SSPD sistemoje arba atskleisti šią informaciją kitoms agentūroms, kad jos galėtų koordinuoti paslaugas, gydymo, mokėjimo ar kitus agentūrų vykdomus veiksmus arba kitiems įstatymų pripažintiems tikslams. Klientai yra asmenys, gaunantys išmokas ar paslaugas iš SSPD.

**Naudojimas:** Užpildykite šią formą elektroniniu būdu, jei įmanoma, kad būtų lengviau skaityti, **Kiekvienam asmeniui, įskaitant vaikus, reikia užpildyti atskirą formą.** „Jūs“ instrukcijose nurodo SSPD darbuotoją, o „jūs“ formoje nurodo klientą. Pasidalijimas įrašais apima konfidencialios informacijos apie klientą naudojimą ir atskleidimą.

### Sutikimo formos dalys:

#### IDENTIFIKACIJA:

- Vardas ir pavardė: Kiekvienoje formoje pateikite tik vieno kliento vardą ir pavardę. Įtraukite visus ankstesnius vardus, kuriuos klientas galėjo naudoti priimdamas paslaugas.
- Gimimo Data: Reikalinga identifikuojant klientą tarp asmenų, turinčių panašų vardą ir pavardę.
- Identifikacijos Numeris: Pateikite kliento identifikavimo numerį arba kitą identifikatorių, pavyzdžiui, socialinio draudimo numerį (nebūtina), padedant nustatyti įrašus ir stebėti gautą istoriją bei paslaugas.
- Adresas ir telefono numeris: Papildoma informacija, kuri padės rasti ir identifiukuoti arba susisiekti su klientu.
- Kita: Šiame langelyje įrašykite bet kokią papildomą informaciją, kuri gali padėti surasti įrašų dalis, kuriose gali būti informacijos apie su SSPD susijusias paslaugas, šeimos narių vardus ir pavardes ar kitos aktualios informacijos.

#### SUTIKIMAS (AUTORIZACIJA):

- Agentūros arba asmenys, galintys dalintis įrašais: Ši kliento užpildyta forma leidžia naudoti ir dalytis konfidencialia informacija visame SSPD. SSPD galės atskleisti ir gauti konfidencialią informaciją iš išvardytų išorinių agentūrų ar asmenų. Pateikite identifikacinę informaciją apie agentūras ar teikėjus, įskaitant, jei įmanoma, vardą ir pavardę, adresą ar vietovę. Taip pat galite pridėti agentūrų, turinčių teisę keistis informacija, sąrašą, kurį klientas taip pat turi pasirašyti.
- Pridedama informacija: Klientai privalo nurodyti, kuriuos įrašus apima sutikimas. Klientai gali pateikti visus įrašus arba apriboti įrašus pagal datą, tipą ar įrašo šaltinį. Jei klientas nepasirašo sutikimo arba nenurodo konkretaus įrašo, dalijimasis šiuo įrašu vis tiek bus leidžiamas, jei tai leidžia įstatymai. Taip pat galite pridėti patvirtintų įrašų sąrašą, kurį klientas taip pat turi pasirašyti. Jei įrašai apima informaciją apie psichinę sveikatą (RCW 71.05.620), ŽIV / AIDS ar LPL tyrimus ar gydymą (RCW 70.02.220), ar narkotikų ir alkoholio paslaugas (42 CFR 2,31 (a) (5)), klientas turi konkrečiai pažymėti šias sritis, kad suteiktų leidimą dalytis šiais įrašais. Ši forma yra negalioja įtraukiant 45 CFR 164,508 (b) (3) (ii) psichoterapines pastabas, šiems įrašams įtraukti turi būti užpildyta atskira forma.
- Trukmė: Įtraukite galiojimo datą sutikimui, kuris tarnauja jūsų programos tikslams arba kaip numatyta įstatymuose.
- Supratimas: Įsitinkite, kad klientas supranta, koks leidimas yra suteikiamas bei kaip ir kodėl informacija bus dalijamasi. Jei reikia, naudokite išverstą formą ir vertėjus arba garsiai perskaitykite formą. Jei klientui reikia daugiau informacijos, pateikite papildomą SSPD Pranešimo apie Privatumo Praktiką kopiją arba nukreipkite klientą į savo padalinio informacijos teikimo darbuotoją

#### PARAŠAI:

- Klientas: Duokite klientui ar vaikui, vyresniems nei numatyta sutikimo amžiaus riba (13 psichikos sveikatos ir narkotikų bei alkoholio vartojimo paslaugas; 14 - ŽIV / AIDS ir kitos LPL; bet kokio amžiaus dėl kontracepcijos ir abortų; 18 sveikatos priežiūros paslaugas ir kiti įrašai) užpildyti šį langelį ir įrašyti pasirašymo datą. Šiame langelyje klientas gali pakeisti ženklą, kurį liudijate.
- Agentūros Kontaktas arba Liudininkas: Pasirašysite šiame langelyje, jei esate asmuo, pateikiantis ir paaiškinantis formą klientui. Prašome pridėti savo telefono numerį. Jei klientas pasirašys formą ne kontoroje, nurodykite klientui su savimi turėti liudininką, kuris pasirašys šioje formoje ir nurodys telefono numerį. Notaras gali būti kliento parašo liudytojas.
- Tėvai ar Kiti Atstovai: Jei klientas yra vaikas, jaunesnis nei galintis duoti sutikimą, tėvas ar globėjas turi pasirašyti už jį. Jei vaikas neatitinka sutikimo amžiaus, kai visi įrašai turi būti bendrinami, ir vaikas, ir vienas iš tėvų turi pasirašyti. Jei klientas buvo pripažintas teisiškai nekompetentingu, teismo paskirtas globėjas turi pasirašyti ir pateikti paskyrimo tvarkos kopiją. Jei pasirašo kitas kompetencijas turintis asmuo (įskaitant asmenį, turintį įgaliojimą ar turto atstovą), pažymėkite „kitas“ ir gaukite teisėto leidimo kopiją. Pasirašantis asmuo turi pateikti pasirašymo datą ir telefono numerį arba kontaktinę informaciją.