

Klientas Identifikacija

VARDAS IR PAVARDĖ

GIMIMO DATA

IDENTIFIKACIJOS NUMERIS

ADRESAS

MIESTAS

APSKRITIS

PAŠTO KODAS

TELEFONO NUMERIS (ĮTRAUKTI TERITORIJOS KODĄ)

KITA INFORMACIJA



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.

Sutikimas

1. 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. Taip pat leidžiu DSHS ir toliau išvardytoms agentūroms, paslaugų teikėjams ar asmenims naudoti mano konfidencialią informaciją ir atskleisti ją vieni kitiems šiais tikslais. Informacija gali būti dalijamasi žodžiu arba elektroniniu būdu, paštu arba įteikiama asmeniškai.

Atskleidimo priežastis: Šią informaciją būtina pateikti prieš DSHS dalijantis narkotikų ir alkoholio ar psichikos sveikatos įrašais. Jei šio laukelio neužpildysite, DSHS pažymės, kad informacija atskleista jūsų prašymu.

Pažymėkite visus toliau nurodytus asmenis, kurie, be DSHS, yra įtraukti į šį sutikimą, ir nurodykite jų vardą, pavardę ir adresą:

- Sveikatos apsaugos teikėjai: _____
- Protinės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai: _____
- Medžiagų vartojimo sutrikimų paslaugų teikėjai: _____
- Kiti DSHS sutartiniai teikėjai: _____
- Aprūpinimo būstu programos: _____
- Mokyklų rajonai ar kolegijos: _____
- Pataisų departamentas: _____
- Įdarbinimo apsaugos departamentas ir įdarbinimo partneriai: _____
- Socialinės apsaugos administracija ar kita federalinė agentūra: _____
- Žr. pridėtą sąrašą
- Kita:

2. Atskleidimo priežastis: Globos tęstinumas Teisinė dalis Asmeninė dalis Kita:

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

- Visais mano kliento įrašais Pridėtame sąraše esančiais įrašais
- Tik toliau nurodytais įrašais
 - Šeimos, socialinė ir įdarbinimo istorija
 - Gydymo ar globos planai
 - Mokėjimų įrašai
 - Individualūs įvertinimai
 - Mokykla, švietimas ir mokymai
 - Protinės sveikatos apsaugos informacija (nurodyti):
 - Sveikatos apsaugos informacija (nurodyti):
 - Kita (list):

Klientas Identifikacija		
VARDAS IR PAVARDĖ	GIMIMO DATA	IDENTIFIKACIJOS NUMERIS
<p>Prašome nurodyti: Jei jūsų kliento įrašuose yra bet kuri iš toliau nurodytų duomenų, taip pat turite užpildyti šį skyrių ir įtraukti šiuos įrašus.</p> <p>Suteikiu leidimą atskleisti šiuos įrašus (patikrinkite visus pateikiamus variantus):</p> <p><input type="checkbox"/> Protinė sveikata <input type="checkbox"/> HIV / AIDS ir STD tyrimų rezultatus, diagnozė ar gydymas <input type="checkbox"/> Medžiagų vartojimo sutrikimas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Šis sutikimas galiojantis vienerius metus ar <input type="checkbox"/> iki _____ (data ar renginys). • Šį sutikimą galiu bet kada atšaukti arba panaikinti raštu, tačiau tai neturės įtakos jau perduotai informacijai. • Suprantu, kad įrašai, kuriais dalijamasi pagal šį sutikimą, gali būti nebesaugomi pagal DSHS taikomus įstatymus. • Šios formos kopija galioja mano sutikimui dalintis įrašais. 		
PARAŠAS		DATA
LIUDYTOJO(S) / NOTARO (-ĖS) PARAŠAS, JEI TAIKOMA	LIUDYTOJO (-ĖS) / NOTARO (-ĖS) VARDAS IR PAVARDĖ SPAUSDINTINĖMIS RAIDĖSPAUSDINTINĖMIS RAIDĖMIS	DATA
VIENO IŠ TĖVŲ AR KITO ATSTOVO PARAŠAS (JEI TAIKOMA)	TELEFONO NUMERIS (ĮTRAUKTI TERITORIJOS KODĄ)	DATA
<p>Jei aš nesu įrašų objektas, esu įgaliotas pasirašyti, nes esu: (pridėkite įgaliojimo įrodymą)</p> <p><input type="checkbox"/> Vienas iš tėvų <input type="checkbox"/> Teisinis globėjas (pridėti teismo nutartį) <input type="checkbox"/> Asmeninis atstovas <input type="checkbox"/> Kita:</p>		

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. Šiam tikslui nepakanka bendrojo leidimo atskleisti medicininę ar kitą informaciją. Federalinės taisyklės riboja bet koki informacijos naudojimą, norint patraukti baudžiamojon atsakomybėn bet kurį alkoholį ar narkotikus vartojantį pacientą

Sutikimo formų pildymo instrukcijos, DSHS 14-012

Naudojimas: Šią formą naudokite, kai reikia sutikimo nuolat naudoti ar dalintis konfidencialia informacija apie klientą DSHS arba atskleisti šią informaciją kitoms agentūroms siekiant koordinuoti paslaugas, gydymą, mokėjimą, agentūros veiklą ar kitais įstatymais pripažintais tikslais.

Užpildykite šią formą elektroniniu būdu, jei įmanoma. Privalote užpildyti **atskirą formą kiekvienam asmeniui, įskaitant vaikus.**

Sutikimo formos dalys:

IDENTIFIKACIJA:

- **Vardas ir pavardė:** Pateikite tik vieno kliento vardą ir pavardę kiekvienoje formoje. Įtraukite visus ankstesnius vardus, kuriuos klientas galėjo naudoti priimdamas paslaugas.
- **Gimimo data:** Reikalinga identifikuojant klientą tarp asmenų, turinčių panašų vardą ir pavardę.
- **Identifikacinis numeris:** Pateikite kliento identifikavimo numerį arba kitą identifikatorių, pavyzdžiui, socialinio draudimo numerį (nebūtina), padedant nustatyti įrašus ir stebėti gautą istoriją bei paslaugas.
- **Kita:** Į šį langelį įrašykite bet kokią papildomą informaciją, kuri gali padėti surasti įrašus, pavyzdžiui, DSHS, susijusį su paslaugomis, šeimos narių vardus ir pavardes arba kitą svarbią informaciją.

SUTIKIMAS (AUTORIZACIJA):

- **Atskleidimo priežastis:** Šią informaciją būtina pateikti prieš DSHS dalijantis narkotikų ir alkoholio ar psichikos sveikatos įrašais. Jei šio laukelio neužpildysite, DSHS pažymės, kad informacija atskleista jūsų prašymu.
- **Agentūros ar asmenys besikeičiantys įrašais:** Ši užpildyta forma leidžia: (1) naudoti ir atskleisti konfidencialią informaciją DSHS viduje ir su išvardytomis agentūromis ar asmenimis; ir (2) atskleisti konfidencialią informaciją DSHS iš išvardytų išorės agentūrų ar asmenų. Taip pat galite pridėti agentūrų sąrašą, leidžiančių bendrinti informaciją, kurią klientas taip pat privalo pasirašyti.
- **Įtraukta 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 negalioja įtraukiant psichoterapijos pastabą pagal 45 CFR 164.508(b)(3)(ii); norint įtraukti šiuos įrašus, reikia užpildyti atskirą formą.
- **Trukmė:** Nurodykite sutikimo galiojimo terminą, jei jis skiriasi daugiau nei vieneri metai. Sutikimas nustos galioti po vienerių metų, nebent nurodysite kitą terminą.
- **Susitarimas:** 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 DSHS Privatumo praktikos pranešimo kopiją arba nukreipkite klientą pas savo padalinio pareigūną, atsakingą už informacijos atskleidimą visuomenei.

PARAŠAI:

- **Klientas:** Duokite klientui ar vaikui, vyresniems nei numatyta sutikimo amžiaus riba (13 psichikos sveikatos ir narkotikų bei alkoholio vartojimo paslaugos; 14 - ŽIV / AIDS ir kitos LPL; bet kokio amžiaus dėl kontracepcijos ir abortų; 18 sveikatos priežiūros paslaugos ir kiti įrašai) užpildyti šį langelį ir įrašyti pasirašymo datą. Šiame langelyje klientas gali pakeisti ženklą, kurį liudijate.
- **Liudininkas ar notaras:** Kliento tapatybei patvirtinti gali prireikti liudytojo arba notaro, jei klientas nepateikia šios formos asmeniškai arba jei programa prašo ją patvirtinti. Šis asmuo turi pasirašyti ir didžiosiomis raidėmis įrašyti savo vardą ir pavardę.
- **Vienas iš tėvų ar kitas atstovas:** 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.