

Pengenalan Klien			
NAMA	TARIKH LAHIR	NOMBOR PENGENALAN	
ALAMAT	BANDAR	NEGERI	KOD ZIP
NOMBOR TELEFON (TERMASUK KOD KAWASAN)	MAKLUMAT LAIN		



Persetujuan

Notis kepada Klien: Department of Social and Health Services (Jabatan Perkhidmatan Kesihatan dan Sosial) (DSHS) boleh membantu anda dengan lebih baik jika kami dapat bekerja dengan agensi dan ahli profesional lain yang mengenali anda dan keluarga anda. Dengan menandatangani borang ini, anda memberi keizinan kepada DSHS dan agensi serta individu yang disenaraikan di bawah untuk menggunakan dan berkongsi maklumat sulit anda. DSHS tidak boleh menghalang anda daripada mendapat faedah jika anda tidak menandatangani borang ini melainkan persetujuan anda diperlukan bagi mempertimbangkan kelayakan anda. Jika anda tidak menandatangani borang ini, DSHS mungkin masih akan berkongsi maklumat berkenaan anda sehingga ke tahap yang dibenarkan oleh undang-undang. Jika anda mempunyai soalan tentang bagaimana DSHS berkongsi maklumat sulit klien atau hak privasi anda, sila rujuk Notice of Privacy Practices (Notis Amalan Privasi) DSHS atau bertanyakan kepada orang yang memberikan anda borang ini.

Persetujuan

1. Saya bersetuju dengan penggunaan maklumat sulit berkenaan saya oleh DSHS untuk merangka, menyediakan dan menyelaras perkhidmatan, rawatan, pembayaran dan faedah-faedah untuk saya atau untuk tujuan lain yang dibenarkan oleh undang-undang. Saya juga memberikan kebenaran kepada DSHS dan agensi, penyedia atau individu yang disenaraikan di bawah untuk menggunakan maklumat sulit saya dan mendedahkannya kepada satu sama lain atas tujuan-tujuan ini. Maklumat boleh dikongsi secara lisan atau secara elektronik, melalui surat, atau penghantaran terus secara bersemuka.

Sebab-sebab Pendedahan: Maklumat ini diperlukan sebelum DSHS boleh berkongsi rekod dadah dan alkohol atau kesihatan mental. Jika anda tidak mengisi ruangan ini, DSHS akan menyatakan bahawa sebab pendedahan adalah atas permintaan anda.

Sila tanda pada semua kotak di bawah mereka-mereka yang terlibat dalam persetujuan ini sebagai tambahan kepada DSHS dan nyatakan nama dan alamat mereka:

- Penyedia Jagaan kesihatan: _____
- Penyedia jagaan kesihatan mental: _____
- Penyedia perkhidmatan gangguan penggunaan bahan terlarang: _____
- Penyedia lain yang bekerja dengan DSHS: _____
- Program perumahan: _____
- Sekolah atau kolej: _____
- Jabatan Penjara: _____
- Jabatan Jaminan Pekerjaan dan rakan kongsi pekerjaannya: _____
- Social Security Administration (Pentadbiran Keselamatan Sosial) atau agensi persekutuan yang lain: _____
- Sila lihat senarai yang dilampirkan
- Lain-lain: _____

2. Sebab-sebab pendedahan: Penyambungan penjagaan Perundangan Peribadi Lain-lain:

3. Saya membenarkan dan bersetuju untuk berkongsi rekod-rekod dan maklumat yang berikut (tandakan semua yang berkenaan):

- Semua rekod klien saya Rekod-rekod yang berada di senarai yang dilampirkan
- Hanya rekod-rekod berikut
 - Sejarah keluarga, sosial dan pekerjaan
 - Pelan rawatan atau jagaan
 - Rekod pembayaran
 - Penilaian individu
 - Sekolah, pendidikan dan latihan
 - Maklumat jagaan kesihatan mental (nyatakan):
 - Maklumat jagaan kesihatan (nyatakan):
 - Lain-lain (senaraikan):

Pengenalan Klien		
NAMA	TARIKH LAHIR	NOMBOR PENGENALAN
<p>Ambil perhatian: Jika rekod klien anda termasuk sebarang maklumat di bawah, anda juga harus melengkapkan bahagian ini untuk memasukkan rekod-rekod ini.</p> <p>Saya memberikan kebenaran untuk mendedahkan rekod-rekod di bawah (tandakan semua yang berkenaan):</p> <p><input type="checkbox"/> Kesihatan mental <input type="checkbox"/> keputusan ujian, diagnosis atau rawatan HIV/AIDS dan STD <input type="checkbox"/> Gangguan Penggunaan Bahan Terlarang</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persetujuan ini sah untuk satu tahun atau <input type="checkbox"/> sehingga _____ (tarikh atau acara). • Saya mungkin membatalkan atau menarik balik persetujuan ini pada bila-bila masa secara bertulis, namun ia tidak menjejaskan sebarang maklumat yang telah dikongsi terlebih dahulu. • Saya faham bahawa rekod yang dikongsikan bawah persetujuan ini mungkin tidak lagi dilindungi bawah undang-undang yang terpakai kepada DSHS. • Sebuah salinan borang ini sudah sah dalam menyatakan kebenaran saya untuk berkongsi rekod ini. 		
TANDATANGAN		TARIKH
SAKSI / TANDATANGAN NOTARI, JIKA BERKENAAN	NAMA BERTULIS SAKSI / NOTARI	TARIKH
TANDATANGAN IBU BAPA ATAU WAKIL LAIN (JIKA BERKENAAN)	NOMBOR TELEFON (TERMASUK KOD KAWASAN)	TARIKH
<p>Jika saya bukan individu dalam rekod-rekod ini, saya dibenarkan untuk menurunkan tandatangan kerana saya ialah: (lampirkan bukti kuasa)</p> <p><input type="checkbox"/> Ibu atau Bapa <input type="checkbox"/> Penjaga Sah (lampirkan arahan mahkamah) <input type="checkbox"/> Wakil peribadi <input type="checkbox"/> Lain-lain:</p>		

Notis kepada Penerima Maklumat: Jika rekod ini mengandungi maklumat berkenaan HIV, STDs, atau AIDS, anda tidak boleh dedahkan maklumat tersebut tanpa kebenaran daripada klien. Jika anda menerima maklumat yang berkaitan dengan **penyalahgunaan dadah atau alkohol** oleh klien, anda harus sertakan kenyataan berikut ketika mendedahkan maklumat seperti yang diperlukan oleh 42 CFR 2.32:

Maklumat ini telah didedahkan kepada anda daripada rekod yang dilindungi oleh peraturan kerahsiaan Persekutuan (42 CFR bahagian 2). Peraturan Persekutuan melarang anda daripada membuat sebarang pendedahan lanjut bagi maklumat ini melainkan pendedahan lanjut dibenarkan melalui persetujuan bertulis daripada individu yang berkenaan atau seperti yang dibenarkan oleh 42 CFR bahagian 2. Sebuah kebenaran am bagi pelepasan perubatan atau maklumat lain adalah TIDAK mencukupi untuk tujuan ini. Peraturan Persekutuan menyekat sebarang penggunaan maklumat bagi menyiasat atau mendakwa mana-mana pesakit penyalahgunaan alkohol atau dadah.

Arahan untuk Melengkapkan Borang Persetujuan, DSHS 14-012

Guna: Guna borang ini apabila anda perlukan persetujuan untuk menggunakan atau berkongsi maklumat sulit berkenaan seorang klien secara kerap di dalam DSHS atau untuk mendedahkan maklumat tersebut kepada agensi lain untuk menyelaraskan perkhidmatan atau untuk rawatan, pembayaran atau operasi agensi atau untuk tujuan lain yang disahkan oleh undang-undang. Isi borang ini secara elektronik jika boleh. Anda harus melengkapkan **sekeping borang yang berasingan bagi setiap individu, termasuk kanak-kanak.**

Bahagian-bahagian Borang:

PENGENALAN:

- Nama: Sertakan nama bagi seorang klien sahaja dalam setiap borang. Sertakan sebarang nama terdahulu yang klien anda mungkin pernah guna ketika menerima perkhidmatan.
- Tarikh Lahir: Diperlukan untuk mengenal pasti klien daripada sesiapa yang mempunyai nama yang sama.
- Nombor Pengenalan: Sertakan nombor pengenalan klien atau pengenalan yang lain seperti social security number (nombor keselamatan sosial) (tidak wajib) bagi membantu dalam pengenalpastian rekod dan menjejak sejarah dan perkhidmatan yang diterimanya.
- Lain-lain: Sertakan dalam kotak ini sebarang maklumat tambahan yang mungkin dapat membantu mengesan rekod, seperti DSHS yang terlibat dengan perkhidmatan, nama ahli keluarga, atau sebarang maklumat yang relevan.

PERSETUJUAN (PENGIZINAN):

- Sebab-sebab pendedahan: Maklumat ini diperlukan sebelum DSHS dapat berkongsikan rekod dadah dan alkohol atau kesihatan mental. Jika anda tidak mengisi ruangan ini, DSHS akan menyatakan bahawa sebab pendedahan adalah atas permintaan anda.
- Agensi atau individu yang membuat pertukaran rekod: Borang lengkap ini membenarkan: (1) penggunaan dan pendedahan maklumat sulit di dalam DSHS dan dengan agensi atau individu yang disenaraikan; dan (2) pendedahan maklumat sulit kepada DSHS oleh agensi luar atau individu yang disenaraikan. Anda boleh juga melampirkan senarai agensi yang dibenarkan untuk berkongsi maklumat, yang mana pihak klien juga harus turunkan tandatangan.
- Maklumat yang disertakan: Klien harus menyatakan rekod apakah yang termasuk di dalam persetujuannya. Klien boleh membuatkan semua rekod tersedia atau boleh mengehadkan rekod yang disertakan berdasarkan tarikh, jenis atau sumber rekod. Jika seorang klien tidak menandatangani sebuah persetujuan atau tidak menjelaskan rekod yang tertentu, perkongsian rekod itu akan masih lagi dibenarkan jika dibenarkan undang-undang. Anda boleh melampirkan sebuah senarai rekod yang dimasukkan yang klien harus juga tandatangan. Jika ada sebarang rekod yang menyertakan maklumat berkaitan kesihatan mental (RCW 71.05.620), ujian atau rawatan HIV/AIDS atau STD (RCW 70.02.220), atau program pemulihan dadah dan alkohol (42 CFR 2.31(a)(5)), pihak klien haruslah menyatakan secara khusus berkenaan ruangan ini jika bersetuju memberikan kebenaran berkongsikan rekod-rekod ini. Borang ini tidak sah untuk menyertakan nota psikoterapi bawah 45 CFR 164.508(b)(3)(ii); sebuah borang berasingan harus dilengkapkan jika mahu menyertakan rekod tersebut.
- Tempoh: Sertakan satu tarikh tamat tempoh bagi persetujuan ini, jika ia tidak akan tamat tempoh dalam satu tahun. Persetujuan ini akan tamat tempoh dalam masa setahun melainkan anda menyatakan satu tarikh yang lain.
- Pemahaman: Pastikan klien faham keizinan apakah yang dibenarkan dan bagaimana dan mengapa maklumat akan dikongsikan. Jika perlu, gunakan borang terjemahan dan penterjemah atau bacakan borang dengan kuat. Jika klien perlukan lebih maklumat, berikan salinan tambahan Notice of Privacy Practices (Notis Amalan Privasi) DSHS atau rujuk klien kepada pegawai pendedahan awam dalam unit anda.

TANDATANGAN:

- Klien: Minta klien atau kanak-kanak yang umurnya telah melangkaui usia keizinan (13 bagi kesihatan mental dan program pemulihan dadah dan alkohol; 14 untuk HIV/AIDS dan STD yang lain; sebarang umur bagi pengawalan kelahiran dan keguguran; 18 untuk jagaan kesihatan dan rekod lain) menandatangani kotak ini dan sertakan tarikh tandatangan. Klien mungkin boleh meninggalkan tanda di dalam kotak ini yang anda harus saksikan.
- Saksi atau Notari: Seorang saksi atau notari mungkin diperlukan untuk mengesahkan identiti klien jika klien tidak menghantar borang ini dengan sendiri atau jika sebuah program meminta pengesahan. Individu ini harus turunkan tandatangan dan tulis namanya sendiri.
- Ibu bapa atau Wakil Lain: Jika klien seorang kanak-kanak bawah umur, ibu atau bapa atau penjaga harus turunkan tandatangan. Jika kanak-kanak belum mencapai umur keizinan untuk semua rekod dikongsikan, kanak-kanak dan ibu bapanya harus turunkan tandatangan. Jika klien telah disahkan tidak cekap secara sah, penjaga yang ditugaskan mahkamah harus tandatangan dan sertakan sebuah salinan arahan pelantikan. Jika seseorang menandatangani bagi pihak yang lain (termasuklah seseorang dengan kuasa peguam atau wakil hartanah), tandakan "lain-lain" dan dapatkan salinan dokumen sah menyatakan yang penandatangan berhak berbuat demikian. Individu tersebut harus menulis tarikh pada tandatangan itu dan berikan nombor telefon dan maklumat untuk dihubungi.