

Зөвшөөрөл Consent

ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧДЭД ЗОРИУЛСАН МЭДЭГДЭЛ: Нийгэм ба Эрүүл Мэндийн Салбар (DSHS) нь хэрвээ бид та болон таныг сайн мэддэг бусад агентлагууд ба мэргэжилтэнүүдтэй ажиллаж чадаж байвал танд илүү ихээр тусалж чадах болно. Энэ маягтад гарын үсэг зурснаар та доор дурдсан хувь хүн, агентлагууд ба DSHS-д таны тухай нууц мэдээллийг хэрэглэх ба хуваалцах тухай зөвшөөрлөө өгж байгаа болно. DSHS нь таны эрхийг тодорхойлохоор таны зөвшөөрөл хэрэгцээтэй тохиолдлоос гадна хэрвээ та энэхүү маягтад гарын үсэг зурахгүй тохиолдолд таны ашгийг өгөхөөс татгалзах боломжгүй. Хэрвээ та энэ маягтад гарын үсэг зурахгүй бол DSHS мөн хуулиар зөвшөөрсөн хүрээнд таны тухай зохих мэдээллийг хуваалцаж болно. Хэрвээ та DSHS нь үйлчлүүлэгчийнхээ хувийн мэдээллийг эсвэл таны хувийн эрхийг яаж хуваалцдаг талаар асуулт байвал та DSHS-ийн Хувийн Ажиллагааны Мэдэгдэлтэй зөвлөх эсвэл танд энэ маягтыг гардуулж байгаа хүнээс асууж болно.

ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН ТОДОРХОЙЛОЛТ:			
НЭР	ТӨРСӨН ОГНОО	ТОДОРХОЙЛОХ ДУГААР	
ХАЯГ	ХОТ	МУЖ	ЗИП КОД
УТАСНЫ ДУГААР (ХЭСГИЙН КОД ҮҮНД ОРНО)		БУСАД МЭДЭЭЛЭЛ	

ЗӨВШӨӨРӨЛ:

Би DSHS-ийн хүрээнд өөрийнхөө тухай хувийн мэдээллийг төлөвлөх, олгох ба зохицуулах үйлчилгээнд хэрэглэх, эмчлэх, төлбөр хийх ба надад олдох ашиг эсвэл хуулийн дагуу зөвшөөрсөн бусад зорилгоор олгосон гэдгийг зөвшөөрч байна. Би DSHS ба доор дурдсан агентлагууд, нийлүүлэгч нар эсвэл хүмүүст цаашид миний хувийн нууц мэдээллийг хэрэглэх зөвшөөрөл олгож, энэ зорилгоор бие биедээ мэдээлэл солилцохыг зөвшөөрч байна. Мэдээллийг үгээр эсвэл компьютераар өгөгдөл солилцох маягаар эсвэл гарт гардуулах байдлаар солилцоно.

Энэ зөвшөөрөлд орсон DSHS-д нэмэлт байдлаар доорхийг шалгах ба тэднийг нэр ба хаягаар нь тодорхойлно уу:

Эрүүл мэндийн үйлчилгээ нийлүүлэгчид: _____

Сэтгэл зүйн үйлчилгээ нийлүүлэгчид: _____

Бодис хэрэглэх өвчний үйлчилгээ нийлүүлэгчид: _____

Бусад DSHS гэрээт: _____

Гэрийн хөтөлбөр: _____

Сургуулийн дүүрэг эсвэл коллежууд: _____

Засварын салбарууд: _____

Ажлын Аюулгүй Байдлын Салбар ба ажлын хамтрагчид: _____

Нийгмийн Аюулгүй Байдлын Захиргаа эсвэл улсын бусад агентлагууд: _____

Хавсаргасан жагсаалтыг хар

Бусад: _____

Би доорх бичлэгүүд ба мэдээллүүдийг хуваалцахыг зөвшөөрч байна (хэрэглэх бүгдийг шалгах):

Миний үйлчлүүлэгчдийн бичлэгүүд Хавсаргасан хуудсан дахь бичлэгүүд

Зөвхөн доорх бичлэгүүд

Гэр бүл, нийгэм ба ажлын түүх Эрүүл мэндийн мэдээлэл Эмчилгээ эсвэл сувилалын төлөвлөгөө

Төлбөрийн бичлэг Хувийн үнэлгээ Сургууль, боловсрол ба сургалт

Бусад (жагсаалт): _____

ЖИЧ: хэрвээ: таны үйлчлүүлэгчийн бичлэгүүд доорх мэдээллийн аль нэгийг оруулсан байвал, та энэ хэсгийн бөглөөд бичлэгүүдийг оруулах ёстой.

Би доорх бичлэгүүдийг оруулахаар өөрийнхөө зөвшөөрлийг өглөө /орох бүгдийг шалгах/:

Сэтгэцийн эрүүл мэнд HIV/AIDS ба STD сорилын хариу, эсвэл Бодис Хэрэглэх Өөрчлөлтийн эмчилгээ

- Энэ зөвшөөрөл DSHS бичлэг хэрэгцээтэй болох нэг жилийн хугацаатай хү чинтэй ба _____ (арга хэмжээний огноо) хүртэл хүчинтэй.
- Би энэ зөвшөөрлийг дуртай цагтаа бичгээр хүчингүй болгох эрхтэй, гэхдээ өмнө нь аль хэдийнээ хуваалцсан мэдээллийг хамаарахгүй.
- Би энэ зөвшөөрлийн дагуу хуваалцсан бичлэгүүд DSHS-д хамаарах хуулиар хамгаалагдсан байгааг ойлгож байна.
- Энэхүү маягтын хуулбар нь бичлэг хуваалцаж миний зөвшөөрлийг өгөхөд хүчинтэй.

ГАРЫН ҮСЭГ	ОГНОО	ГЭРЧ/НОТАРИАТЧ (БОЛОМЖТОЙ БОЛ ГАРЫН ҮСЭГ ЗУРААД НЭР ХЭВЛЭХ)	ОГНОО
ЭЦЭГ ЭХ ЭСВЭЛ ӨӨР НЭГЭН ТӨЛӨӨЛӨГЧИЙН ГАРЫН ҮСЭГ (ХЭРВЭЭ БОЛОМЖТОЙ БОЛ)		УТАСНЫ ДУГААР (ХЭСГИЙН КОД ҮҮНД ОРНО)	ОГНОО

Хэрэв би бичлэгийн хэсэг биш бол би дор дурдсан төлөөлөгч учраас гарын үсэг зурах эрхтэй: (нотолгоог хавсаргах)

Эцэг эх Хууль зүйн төлөөлөгч (шүүхийн тогтоол хавсаргах) Хувийн төлөөлөгч Бусад: _____

МЭДЭЭЛЭЛ ХҮЛЭЭН АВАГЧИД ӨГӨХ МЭДЭГДЭЛ: Хэрвээ энэ бичлэгүүд HIV, STDs, эсвэл AIDS-ийн талаар мэдээлэлтэй байвал та үйлчлүүлэгчийн тусгай зөвшөөрөлгүй энэ мэдээллийг дамжуулахгүй. Хэрвээ та үйлчлүүлэгчээс хар тамхи эсвэл архи хэрэглээтэй холбоотой мэдээлэл авсан бол та 42 CFR 2.32 дагуу доорх байдлуудыг мэдээллийн дагуу оруулах ёстой:

Энэ мэдээлэл танд Улсын нийгмийн нууц байдал хадгалах дүрмүүдийн дагуу бичлэгүүдээс илчлэгдсэн болно (42 CFR хэсэг 2). Улсын дүрэм нь таныг энэхүү мэдээллийн талаар өөр нэгэн баримт задлахыг хориглож харин хэрвээ цаашдын илчлэлт нь тэр хүний бичгээр хийсэн зөвшөөрлөөр зөвшөөрөгдсөн бол үүнд орохгүй болон энэ нь 42 CFR хэсэг 2-ын дагуу зөвшөөрөлтэй. Дундаж ба бусад мэдээллийг гаргахад ерөнхий зөвшөөрөл энэ зорилгод ХАНГАЛТГҮЙ. Улсын дүрмүүд энэхүү мэдээллийг эрүүгийн хуулийн мөрдөлт эсвэл өвчтөний хар тамхи болон архи хэрэглэх зэргийг мөрдөн шинжихэд ашиглахыг хязгаарладаг.

ЗӨВШӨӨРЛИЙН МАЯГТЫГ БӨГЛӨХ ЗААВАРЧИЛГАА

Зорилго: Энэхүү маягтыг нууц мэдээлэл хэрэглэхдээ үйлчлүүлэгчийн тухай зөвшөөрөл хэрэгцээтэй бол DSHS-ийн хүрээнд үргэлжлэх үндсээр хэрэглэх эсвэл энэ мэдээллийг өөр агентлагуудад үйлчилшээш зохицуулах эсвэл эмчилшээ, төлбөр ба агентлагийн үйлдлүүд хийхэд хэрэглэнэ. DSHS-аас ашиг эсвэл үйлчилгээ авж байгаа хүмүүсийг үйлчлүүлэгч гэнэ.

Хэрэглэх: Энэ маягтыг цахимаар бөглөнө, **Маягт тут тусдаа хүн бүр хүүхдүүдийг оруулж бөглөх шаардлагатай.** Зааварчилгааны "Та" бол DSHS-ын ажилтанд ба маягтын "та" бол үйлчлүүлэгчид хамаарна. Бичлэг хуваалцах нь үйлчлүүлэгчийн тухай нууц мэдээллийг нээхгүй байх бадлыг оруулна.

Маягтын хэсгүүд:

ТОДОРХОЙЛОЛТ:

- **НЭР:** Маягт бүр дээр үйлчлүүлэгчийн нэрийг зөвхөн оруулах. Үйлчилгээ авахаар хэрэглэж байсан нэрүүдийг бас оруулах хэрэгтэй.
- **Төрсөн огноо:** Үйлчлүүлэгчийг адил нэрүүдтэй хүмүүсээс салгах ёстой.
- **Тодорхойлох дугаар:** Үйлчлүүлэгчийн тодорхойлох дугаар эсвэл нийгмийн даатгалын дугаарыг (шаардлагагүй) эсвэл тодорхойлох бичлэгт туслахаар ба үйлчилгээ авахаар бусад тодорхойлогч оруулна.
- **Хаяг ба утас:** Үйлчлүүлэгчтэй холбогдох эсвэл тодорхойлоход туслах нэмэлт мэдээлэл
- **Бусад:** Энэ хайрцагт DSHS-ийн үйлчилшээ, гэр бүлийнхний нэр ба бусад зохих мэдээлэлийн хэсгүүдийг оруулсан нэмэлт мэдээлэлийн бичлэгийг олох хэсгүүдийг нэмэх.

ЗӨВШӨӨРӨЛ (ЗӨВШӨӨРЛИЙН БИЧИГ):

- **Агентлагууд эсвэл бичлэг солилцож байгаа хүмүүс:** Энэ маягтыг үйлчлүүлэгч бөглөснөөр DSHS-ийн олноор хувийн нууц мэдээлэлийг хэрэглэх ба хуваалцах эрх олгоно. DSHS нь нууц мэдээллийг гаднах агентлагууд эсвэл заасан хүмүүсээс авч хадгалах чадвартай байх ёстой. Агентлагууд эсвэл нийлүүлэгчдийн тухай тодорхойлох мэдээллийг гаргаж өгөх, үүнд нэр, хаяг ба байрлал орно. Та мэдээлэл хуваалцахыг зөвшөөрсөн агентлагуудын жагсаалтыг хавсаргаж болно, үүнд үйлчлүүлэгч мөн адил гарын үсэг зурна.
- **Орсон мэдээлэл:** Үйлчлүүлэгчид зөвшөөрлөөр олгосон бичлэгүүдийг заах ёстой. Үйлчлүүлэгчид ажиллагаатай бүх бичлэгүүдийг хийх ёстой эсвэл орсон бичлэгүүдийг огноо, хэлбэр эсвэл бичлэгийн эх үүсвэрээр хязгаарлах ёстой. Хэрвэ үйлчлүүлэгч зөвшөөрөлд гарын үсэг зурахгүй эсвэл зохих бичлэгийг тодорхойлохгүй болэнэ бичлэгийг хуваалцахыг хуулийар зөвшөөрсөн хэвээр л байх болно. Та зохих бичлэгүүдийн жагсаалтыг хавсаргаж болох ба үүнд үйлчлүүлэгч гарын үсэг зурна. Хэрвээ бичлэг нь сэтгэцийн эрүүл мэндэд хамаарах мэдээлэл, (RCW 71.05.620), HIV/AIDS эсвэл STD сорил эсвэл эмчилгээ (RCW 70.02.220), эсвэл хар тамхи болон архи хэрэглэхийн эсэрг үйлчилгээ (42 CFR 2.31(a)(5)) оруулсан бол, үйлчлүүлэгч энэ хэсгүүдийг энэ бичлэгийг хуваалцах зөвшөөрөл оруулахаар тэмдэглэх нь зөв. Энэ маягт нь 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) тэмдэглэлтэй сэтгэцийн эмчилгээ оруулаагүй ба тусгай саланги маягт нь энэхүү бичлэгийг оруулахаар өгөгдсөн байгаа.
- **Үргэлжлэх хугацаа:** Дуусах хугацааг энэхүү зөвшөөрөлд оруулах ба энэ нь хуулийн дагуу өгснөөр эсвэл хөтөлбөрийн зорилгыг оруулна.
- **Ойлголт:** Үйлчлүүлэгч энэ зөвшөөрлийг ямархуу зөвшөөрөл өгсөн ба яагаад мэдээллийг хуваалцах болсон гэдгийг ойлгох ёстой. Хэрвээ хэрэгтэй бол орчуулсан маягт эсвэл хэлмэрч хэрэглэх эсвэл маягтыг чанга дуугаар уншина. Хэрвээ үйлчлүүлэгч нэмэлт мэдээлэл авах бол DSHS Нууцлалын Практикийн Тэмдэглэлийн нэмэлт хуулбар эсвэл үйлчлүүлэгчийг таны нэгжид зориулсан нийтийн тодруулга руу чиглүүлэх

ГАРЫН ҮСЭГ:

- **Үйлчлүүлэгч:** Үйлчлүүлэгч эсвэл зөвшөөрлийн наснаас дээш насны хүүхэд байх /сэтгэцийн эрүүл мэнд ба хар тамхи ба архи хэрэглэхэд 13 нас, HIV/AIDS ба бусад STD-д 14 нас, төрөлтийн хяналт ба аборт хийхэд дуртай нас, эрүүл мэнд асаргаанд 18 нас/ энэд гарын үсэг зураад гарын үсэг зурсан огноог оруулах. Үйлчлүүлэгч таны гэрчийн тэмдэглэл маягаар энэ дөрвөлжинд тэмдэг үлдээнэ.
- **Гэрч эсвэл Нотариатч:** Хэрвээ та энэ маягтыг хувиараа эсвэл программ нотлох хүсэлт гаргавал гэрч эсвэл нотариатч нь таны биеийн байцаалтыг шалгаж магадгүй. Энэ хүн өөрийн нэрийг хэвлэж гарын үсэг зурах хэрэгтэй.
- **Эцэг эх эсвэл төлөөлөгч:** Хэрэв үйлчлүүлэгч нь зөвшөөрлийн наснаас бага насны хүүхэд бол үүнд эцэг эх эсвэл асрагч нь гарынхаа үсгийг зурах ёстой. Хэрвээ хүүхэд бичлэгийг хуваалцах зөвшөөрлийн насанд хүрээгүй тохиолдолд эцэг эх ба хүүхэд гарын үсэг зурах ёстой. Хэрвээ үйлчлүүлэгч хууль ёсны чадваргүй гэж нэрлэсэнбол шүүх нь түүний өмнөөс асрагчийн гарын үсгийг зуруулж тушаалын хуулбарыг гарган өгөх ёстой. Хэрвээ хэн нэгэн өөр нэг чадвараар гарын үсэг зурсан бол /захиргааны хүчтэй хүн эсвэл үл хөдлөх төлөөлөгч/ "бусад" гэж тэмдэглээдхуулийн төлөөлөгчийн актын хуулбарыг авах. Гарын үсэг зурсан хүн огноог тавьж утасны дугаар эсвэл холбох мэдээлэл өгөх ёстой.