

सहमति

सेवाग्राहीहरूका लागि सूचना: हामीले तपाईं र तपाईंको परिवारसँग परिचित रहेका अन्य निकाय तथा पेशेवरहरूसँग काम गर्न सकेका खण्डमा सामाजिक तथा स्वास्थ्य सेवा विभाग (DSHS) ले तपाईंलाई अझ राम्रोसँग मद्दत गर्न सक्छ। यो फाराममा हस्ताक्षर गरेर, तपाईं DSHS र तल सूचीबद्ध गरिएका निकाय तथा व्यक्तिहरूलाई आफ्नो बारेमा रहेको गोपनीय जानकारी प्रयोग तथा साझा गर्न अनुमति दिंदै हुनुहुन्छ। तपाईं यो फाराममा हस्ताक्षर गर्नुहुने भने तपाईंको योग्यता निर्धारण गर्नका निम्ति तपाईंको सहमति आवश्यक नहुँदासम्म DSHS ले तपाईंलाई लाभहरू उपलब्ध गराउन अस्वीकार गर्न सक्दैन। तपाईंले यो फाराममा हस्ताक्षर नगरे तापनि, DSHS ले अझै पनि कानूनअनुसार अनुमति दिइएको हदसम्म तपाईंका बारेमा रहेको जानकारी साझा गर्न सक्छ। तपाईंसँग DSHS ले सेवाग्राहीको गोपनीय जानकारी कसरी साझा गर्छ भन्ने कुरा वा आफ्ना गोपनीयता अधिकारहरूसम्बन्धी जिज्ञासाहरू छन् भने, कृपया DSHS को गोपनीयता अभ्यासहरूसम्बन्धी सूचना (DSHS Notice of Privacy Practices) मा परामर्श लिनुहोस् वा आफूलाई यो फाराम दिने व्यक्तिसँग सोध्नुहोस्।

सेवाग्राहीको पहिचान:

नाम	जन्ममिति	पहिचान नम्बर
ठेगाना	सहर	राज्य
जिल्ला	जिल्ला	जिल्ला
टेलिफोन नम्बर (क्षेत्रको कोड सहित)	अन्य जानकारी	

सहमति:

मेरो लागि वा कानूनअनुसार अधिकार दिइएका अन्य उद्देश्यहरूका लागि सेवा, उपचार, भुक्तानी तथा लाभहरूसम्बन्धी योजना बनाइ तिनीहरू उपलब्ध तथा समायोजन गर्नका निम्ति म DSHS भित्र मेरो बारेमा रहेको गोपनीय जानकारी प्रयोग गर्ने कुरामा सहमत छु। म यसबाहेक DSHS र तल सूचीबद्ध गरिएका निकाय, प्रदायक वा व्यक्तिहरूलाई मेरो गोपनीय जानकारी प्रयोग गर्न र यी उद्देश्यहरूका लागि एकअर्कासँग यो खुलासा गर्न अनुमति दिन्छु। मौखिक रूपमा वा कम्प्युटर डेटा ट्रान्सफर, मेल वा ह्यान्ड डेलिभरीमार्फत जानकारी साझा गर्न सकिन्छ।

कृपया DSHS बाहेक यस सहमतिमा समावेश गरिएका सबै व्यक्तिहरूमा सही चिन्ह लगाउनुहोस् र तिनीहरूलाई नाम तथा ठेगानाअनुसार पहिचान गर्नुहोस्:

<input type="checkbox"/> स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकहरू:	_____
<input type="checkbox"/> मानसिक स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकहरू:	_____
<input type="checkbox"/> लागू पदार्थ दुर्व्यसनी सेवा प्रदायकहरू:	_____
<input type="checkbox"/> DSHS का सम्झौता गरेका अन्य प्रदायकहरू:	_____
<input type="checkbox"/> हाउजिङ कार्यक्रमहरू:	_____
<input type="checkbox"/> स्कूल डिस्ट्रिक्ट वा कलेजहरू:	_____
<input type="checkbox"/> सुधार विभाग:	_____
<input type="checkbox"/> रोजगारी सुरक्षा विभाग तथा यसका रोजगारी साझेदारहरू:	_____
<input type="checkbox"/> सामाजिक सुरक्षा प्रशासन वा अन्य संघीय निकाय:	_____
<input type="checkbox"/> संलग्न गरिएको सूची हेर्नुहोस्	
<input type="checkbox"/> अन्य:	_____

म निम्न रेकर्ड तथा जानकारी साझा गर्न अनुमति दिन्छु र यस कार्यमा सहमत छु (लागू हुने सबैमा सही चिन्ह लगाउनुहोस्):

<input type="checkbox"/> मेरो सेवाग्राहीका सबै रेकर्डहरू	<input type="checkbox"/> संलग्न गरिएको सूचीमा भएका रेकर्डहरू
<input type="checkbox"/> निम्न रेकर्डहरू मात्र	
<input type="checkbox"/> पारिवारिक, सामाजिक तथा रोजगारी इतिहास	<input type="checkbox"/> स्वास्थ्य स्याहार जानकारी
<input type="checkbox"/> भुक्तानी रेकर्डहरू	<input type="checkbox"/> व्यक्तिगत मूल्याङ्कनहरू
<input type="checkbox"/> अन्य (सूची बनाउनुहोस्):	<input type="checkbox"/> उपचार वा स्याहार योजनाहरू
	<input type="checkbox"/> विद्यालय, शिक्षा तथा प्रशिक्षण

कृपया ध्यान दिनुहोस्: तपाईंको सेवाग्राहीका रेकर्डहरूमा निम्नमध्ये कुनै पनि जानकारी समावेश हुन्छ भने, यी रेकर्डहरू समावेश गर्नका निम्ति तपाईंले यो खण्ड पनि पूरा गर्नु पर्छ। निम्न रेकर्डहरू खुलासा गर्नका निम्ति म आफ्नो अनुमति दिन्छु (लागू हुने सबैमा सही चिन्ह लगाउनुहोस्):

<input type="checkbox"/> मानसिक स्वास्थ्य	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS तथा STD सम्बन्धी जाँचका नतिजाहरू, निदान वा उपचार	<input type="checkbox"/> लागू पदार्थ दुर्व्यसनी
---	--	---

- यो सहमति निम्न अवधिसम्म मान्य रहन्छ एक वर्षसम्म DSHS मा रेकर्डहरू आवश्यक हुँदासम्म _____ (मिति वा कार्यक्रम) सम्म।
- म जुनसुकै बेला लिखित रूपमा यो सहमति रद्द गर्न वा फिर्ता लिन सक्छु तर यसले गर्दा पहिले नै साझा गरिएको कुनै पनि जानकारीमा प्रभाव पर्ने छैन।
- यो सहमतिअनुसार साझा गरिएका रेकर्डहरू अब उपरान्त DSHS मा लागू हुने कानूनहरूअन्तर्गत सुरक्षित राखिदिन भन्ने कुरा म बुझ्दछु।
- रेकर्डहरू साझा गर्नका निम्ति मेरो अनुमति दिन यो फारामको एक प्रति मान्य हुन्छ।

हस्ताक्षर	मिति	साक्षी / नोटरी (लागूयोग्य भएमा हस्ताक्षर गरी नाम लेख्नुहोस्)	मिति
आमाबुवा वा अन्य प्रतिनिधिको हस्ताक्षर (लागूयोग्य भएमा)		टेलिफोन नम्बर (क्षेत्रको कोड सहित)	मिति

मसँग रेकर्डहरू सम्बन्धित छैनन् भने, म निम्न भएका हुनाले मलाई यसमा हस्ताक्षर गर्न अधिकार दिइएको छ: (अधिकारीको प्रमाण संलग्न गर्नुहोस्)

<input type="checkbox"/> आमाबुवा	<input type="checkbox"/> कानूनी अभिभावक (अदालतको आदेश संलग्न गर्नुहोस्)	<input type="checkbox"/> व्यक्तिगत प्रतिनिधि	<input type="checkbox"/> अन्य:
----------------------------------	---	--	--------------------------------

जानकारी प्राप्त गर्ने व्यक्तिहरूका लागि सूचना: यी रेकर्डहरूमा HIV, STDs वा AIDS सम्बन्धी जानकारी समावेश छ भने, तपाईं सेवाग्राहीको विशेष अनुमतिबिना उक्त जानकारी थप खुलासा गर्न सक्नुहुन्न। तपाईंले सेवाग्राहीबाट लागू पदार्थ वा मदिरा दुर्व्यसनीसँग सम्बन्धित जानकारी प्राप्त गर्नुभएको छ भने, तपाईंले आवश्यकताअनुसार जानकारी थप खुलासा गर्दा 42 CFR 2.32 अनुसार आवश्यक गरिएका निम्न विवरणहरू समावेश गर्नु पर्छ:

संघीय गोपनीयतासम्बन्धी नियमहरू (42 CFR खण्ड 2) का अनुसार सुरक्षित राखिएका रेकर्डहरूबाट यो जानकारी तपाईंलाई खुलासा गरिएको छ। संघीय कानूनहरूअनुसार यो जानकारीसँग सम्बन्धित व्यक्तिको लिखित सहमतिमार्फत स्पष्ट रूपमा वा अन्यथा 42 CFR खण्ड 2 अनुसार सो जानकारी थप खुलासा गर्न अनुमति नदिएसम्म तपाईंलाई उक्त जानकारीको कुनै पनि थप खुलासा गर्न रोक लगाइएको छ। यो उद्देश्यका लागि चिकित्सा वा अन्य जानकारीको खुलासासम्बन्धी कुनै सामान्य अनुमोदन पर्याप्त हुँदैन। संघीय नियमहरूका अनुसार कुनै पनि मदिरा वा लागू पदार्थ दुर्व्यसनीका बिरामीमाथि अपराधी भएको आधारमा अनुसन्धान गर्न वा अभियोग चलाउनका निम्ति जानकारीको कुनै पनि प्रयोग गर्न पाइँदैन।

सहमति फाराम पूरा गर्नका लागि निर्देशनहरू

उद्देश्य: तपाईंलाई DSHS भित्र निरन्तर आधारमा कुनै सेवाग्राहीसम्बन्धी गोपनीय जानकारी प्रयोग गर्न वा उपचार, भुक्तानी वा निकायका सञ्चालन वा कानूनअनुसार पहिचान गरिएका अन्य उद्देश्यहरूका लागि सेवाहरू समायोजन गर्नका निम्ति अन्य निकायहरूसँग उक्त जानकारी खुलासा गर्न सहमति आवश्यक हुँदा यो फाराम प्रयोग गर्नुहोस्। सेवाग्राहीहरू भनेका DSHS बाट लाभ वा सेवाहरू प्राप्त गर्ने व्यक्तिहरू हुन्।

प्रयोग: पढ्न सहज बनाउनका निम्ति सम्भव भएमा यो फाराम विद्युतीय माध्यममार्फत भर्नुहोस्, **बालबालिकालगायत हरेक व्यक्तिका लागि एउटा छुट्टै फाराम पूरा गरिनु पर्छ।** निर्देशनहरूमा "तपाईं" ले DSHS का कर्मचारीलाई जनाउँछ र फाराममा "तपाईं" ले सेवाग्राहीलाई जनाउँछ। रेकर्डहरू साझा गर्ने कार्यमा कुनै सेवाग्राहीसम्बन्धी गोपनीय जानकारीको प्रयोग तथा खुलासा समावेश छन्।

फारामका खण्डहरू:

पहिचान नम्बर:

- **नाम:** हरेक फाराममा एकमात्र सेवाग्राहीको नाम लेख्नुहोस्। सेवाग्राहीले सेवाहरू प्राप्त गर्दा प्रयोग भएको हुन सक्ने कुनै पनि पुरानो नाम समावेश गर्नुहोस्।
- **जन्ममिति:** एउटा नाम भएका व्यक्तिहरूमध्ये सेवाग्राही पहिचान गर्न आवश्यक हुन्छ।
- **पहिचान नम्बर:** रेकर्डहरू पहिचान गर्ने कार्य र इतिहास तथा प्राप्त गरिएका सेवाहरूको रेकर्ड राख्ने कार्यमा सहायता गर्न सेवाग्राहीको पहिचान नम्बर वा सामाजिक सुरक्षा नम्बर (आवश्यक छैन) जस्ता अन्य पहिचान गर्ने डेटा उपलब्ध गराउनुहोस्।
- **ठेगाना तथा टेलिफोन:** अतिरिक्त जानकारी जसले सेवाग्राहीलाई स्थान निर्धारण गरी पहिचान गर्ने वा सम्पर्क गर्ने कार्यमा मद्दत गर्ने छ।
- **अन्य:** यो बाकसमा सेवाहरू प्रदान गर्ने DSHS का खण्ड, पारिवारिक सदस्यहरूका नाम वा अन्य सान्दर्भिक जानकारी समावेश गर्न सक्ने रेकर्डहरू राख्न मद्दत गर्न सक्ने कुनै पनि अतिरिक्त जानकारी समावेश गर्नुहोस्।

सहमति (अनुमोदन):

- **रेकर्डहरू आदानप्रदान गर्ने निकाय वा व्यक्तिहरू:** सेवाग्राहीले यो फाराम पूरा गरिसकेपछि DSHS का सबै क्षेत्रभित्र गोपनीय जानकारी प्रयोग तथा साझा गर्ने अनुमति प्राप्त हुन्छ। DSHS ले बाहिरी निकाय वा सूचीबद्ध गरिएका व्यक्तिहरूसमक्ष गोपनीय जानकारी खुलासा गर्न र तिनीहरूबाट उक्त जानकारी प्राप्त गर्न सक्ने छ। सम्भव भएमा नाम, ठेगाना वा स्थानसहित निकाय वा प्रदायकहरूसम्बन्धी पहिचान गर्ने जानकारी प्रदान गर्नुहोस्। तपाईं सेवाग्राहीले पनि हस्ताक्षर गर्नु पर्ने जानकारी साझा गर्न अनुमति दिइएका निकायहरूको सूची पनि संलग्न गर्न सक्नुहुन्छ।
- **जानकारीमा निम्न कुराहरू पर्छन्:** सेवाग्राहीहरूले सहमतिमा कुन-कुन रेकर्डहरू समेटिएका छन् भन्ने कुरा उल्लेख गर्नु पर्छ। सेवाग्राहीहरू सबै रेकर्डहरू उपलब्ध गराउन वा मिति, प्रकार वा रेकर्डको स्रोतअनुसार संलग्न गरिएका रेकर्डहरूलाई सीमित गर्न सक्छन्। सेवाग्राहीले सहमतिमा हस्ताक्षर नगरेमा वा कुनै विशेष रेकर्ड उल्लेख नगरेमा, कानूनअनुसार अनुमति प्राप्त भएका खण्डमा उक्त रेकर्ड अझै पनि साझा गर्न दिइने छ। तपाईं सेवाग्राहीले पनि हस्ताक्षर गर्नु पर्ने समेटिएका रेकर्डहरूको सूची संलग्न गर्न सक्नुहुन्छ। कुनै रेकर्डमा मानसिक स्वास्थ्य (RCW 71.05.620), HIV/AIDS वा STD सम्बन्धी जाँच वा उपचार (RCW 70.02.220) वा लागू पदार्थ तथा मदिरासम्बन्धी सेवाहरू (42 CFR 2.31(a)(5)) सँग सम्बन्धित जानकारी समावेश भयो भने, सेवाग्राहीले विशेषगरी यी रेकर्डहरू साझा गर्न अनुमति दिने यी क्षेत्रहरूमा सही चिन्ह लगाउनु पर्छ। यो फाराम 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) अन्तर्गतका मनोरोग चिकित्साका नोटहरू समावेश गर्न मान्य छैन र ती रेकर्डहरू समावेश गर्नका निम्ति एउटा छुट्टै फाराम पूरा गरिनु पर्छ।
- **अवधि:** तपाईंको कार्यक्रमका उद्देश्यहरू पूरा गर्ने वा कानूनअनुसार प्रदान गरिएअनुसार सहमतिको म्याद सकिने मिति समावेश हुन्छ।
- **बुझाइ:** सेवाग्राही कुन अनुमति दिइएको छ र जानकारी कसरी तथा किन साझा गरिने छ भन्ने कुरा बुझ्नु भनी सुनिश्चित गर्नुहोस्। आवश्यक भएमा, अनुवाद गरिएको फाराम तथा दोभाषे प्रयोग गर्नुहोस् वा चर्को स्वरमा पढ्नुहोस्। सेवाग्राहीलाई थप जानकारी आवश्यक हुन्छ भने, DSHS को गोपनीयता अभ्यासहरूसम्बन्धी सूचनाको अतिरिक्त एक प्रति प्रदान गर्नुहोस् वा सेवाग्राहीलाई आफ्नो एकाइको सार्वजनिक खुलासा अधिकारीसमक्ष निर्दिष्ट गर्नुहोस्।

हस्ताक्षरहरू:

- **सेवाग्राही:** सेवाग्राही वा सहमतिमा उल्लेख गरिएको उमेरभन्दा बढी वर्षको कुनै बच्चा भएमा (मानसिक स्वास्थ्य र लागू पदार्थ तथा मदिरासम्बन्धी सेवाहरूका लागि 13; HIV/AIDS र अन्य STDs का लागि 14; गर्भ निरोध तथा गर्भपातका लागि कुनै पनि उमेर; स्वास्थ्य स्याहार तथा अन्य रेकर्डहरूका लागि 18) यो बाकसमा हस्ताक्षर गरी हस्ताक्षर गरेको मिति लेख्नुहोस्। सेवाग्राही तपाईंले यो बाकसमा लगाउनुभएको सही चिन्ह बदल्न सक्छन्।
- **साक्षी वा नोटरी:** तपाईंले व्यक्तिगत रूपमा यो फाराम पेश नगरेमा वा कार्यक्रममा प्रमाणीकरण आवश्यक भएमा तपाईंको पहिचान पुष्टि गर्न साक्षी वा नोटरी आवश्यक पर्न सक्छ। यो व्यक्तिले हस्ताक्षर गरी आफ्नो नाम लेख्नु पर्छ।
- **आमाबुवा वा अन्य प्रतिनिधि:** सेवाग्राही सहमतिमा उल्लेख गरिएको भन्दा कम उमेरको बच्चा भएमा, आमाबुवा वा अभिभावकले हस्ताक्षर गर्नु पर्छ। साझा गरिने सबै रेकर्डहरूमा बच्चाको उमेर सहमतिमा उल्लेख गरिएको उमेर जति नभएमा, बच्चा तथा आमाबुवा दुवैले हस्ताक्षर गर्नु पर्छ। सेवाग्राहीलाई कानूनी रूपमा अयोग्य रहेको घोषणा गरिएको छ भने, अदालतले नियुक्त गरेको अभिभावकले नियुक्तीको आदेशमा हस्ताक्षर गरी यसको एक प्रति प्रदान गर्नु पर्छ। अर्को पदमा रहेको कसैले (वकील वा व्यक्तिगत प्रतिनिधिको शक्ति भएको कुनै व्यक्तिसहित) हस्ताक्षर गरेका अवस्थामा, "अन्य"मा सही चिन्ह लगाउनुहोस् र कार्य गर्ने कानूनी अधिकारको एक प्रति प्राप्त गर्नुहोस्। हस्ताक्षर गर्ने व्यक्तिले हस्ताक्षरमा मिति लेख्नु पर्छ र टेलिफोन नम्बर वा सम्पर्क जानकारी दिनु पर्छ।