

رضایت Consent

موکلانو ته خبرتیا: د ټولنیزو او روغتیایي خدمتو څانګه (DSHS) کولی شي چې ستاسې په بڼه ډول مرسته وکړي که چیرې مور د هغه نورو اژانسو او مسلکيانو سره د کار کولو وړتیا ولرو کوم چې تاسې او ستاسې خاندان پیژني. د دې فورمې لاسلیک کولو له لارې تاسې د DSHS او هغه اژانسو او وګړو ته پرېښلنه ورکړئ کوم چې لاندې نوملړ کې ورکړل شوي دي چې ستاسې په اړه سري مالومات وکاروي او نورو سره یې شریک کړي. DSHS نشي کولی چې تاسې ته له ګټو درکولو څخه انکار وکړي که چیرې تاسې دا فورمه لاسلیک نه کړئ ترڅو ستاسې د وړتیا مالومولو لپاره ستاسې رضایت اړین وي. که چیرې تاسې دا فورمه لاسلیک نه کړئ، DSHS بیا هم باید کولی شي ستاسې په اړه تر هغه حده مالومات شریک کړي د کوم چې قانون پرېښلنه ورکوي. که چیرې تاسې په دې اړه کومې پوښتنې لرئ چې DSHS څرنګه د موکل سره سري مالومات یا ستاسې د ستر حقوق شریکوي، نو مهرباني وکړئ د DSHS د ستر تمریناتو خبرتیا سره سلا وکړئ یا له هغه چا پوښتنه وکړئ چې دا فورمه تاسې ته درکوي.

د موکل پیژندګلو:		
نامہ	د زېږد نېټه	د پیژندګلو شمېره
اندرس	ښار	ایالت
تېلېفوني شمېره (د سیمې شفر ورسره ولیکئ)	نور مالومات	زیب شفر

رضایت:

زه په DSHS کې دننه د خپل خان په اړه د سري مالوماتو کارولو رضایت لرم چې زما لپاره خدمتونه، تداوی، تادیب، او ګټې طرحه کړي، وړاندې کړي، او منسجم کړي یا د نورو موخو لپاره د کومو چې په قانون کې پرېښلنه ورکړل شوي وي. سربېره پر دې زه DSHS او لاندې په نوملړ کې ورکړل شويو اژانسو، وړاندې کونکو، یا تتانو ته دا پرېښلنه ورکوم چې زما سري مالومات وکاروي او د دغې موخو لپاره یې یو بل ته څرګند کړي. دا مالومات په زباني توګه یا د کمپیوټري ډیټا له لارې انتقالېدای شي، برېښنالیک کې لېږل کېدای شي، یا په لاسي توګه ورکول کېدای شي.

مهرباني وکړئ لاندې هغه واره انتخاب کړئ کوم چې په دې رضایت کې شامل دی برسیره پر DSHS او په نامه او اندرس یې پیژندګلو وکړئ:

روغتیایي پاملرنه وړاندې کونکي: _____

هڼی روغتیایي پاملرنه وړاندې کونکي: _____

موادو کارولو د ګډوډۍ خدمت وړاندې کونکي: _____

DSHS نور قراردادي وړاندې کونکي: _____

کور ورکولو پروګرام: _____

ښوونځای ناحیې یا پوهنځایونه: _____

سمونو څانګه: _____

استخدام د امنیت څانګه او د دې د استخدام ونډه وال: _____

ټولنیز امنیت اداره یا بل کوم فیدرالي اژانس: _____

دې سره ورکړل شوی نوملړ وګورئ

بل کوم: _____

زه لاندې ورکړل شويو یادابنتو او مالوماتو شریکولو لپاره پرېښلنه ورکوم او رضایت لرم (هغه واره انتخاب کړئ چې اړوند وي):

زما د موکل ټول یادابنتونه پر ورکړل شوي نوملړ یادابنتونه

یوازې دا لاندې ورکړل شوي یادابنتونه

ځایي، ټولنیز او د استخدام تاریخ

یادابني یادابنتونه

(نوملړ): _____

تداوی یا پاملرنې پلانونه

تشخیص، ونځای، زده کړه، او روزنه

روغتیایي پاملرنې مالومات

تفریحي ارزونې

مهرباني وکړئ پام وکړئ: که چیرې ستاسې د موکل په یادابنتو کې په لاندې ورکړل شويو مالوماتو کې کوم شامل وي، نو تاسې باید د دغه یادابنتو شاملولو لپاره دا برخه هرورمرو بشپړ کړئ. زه د لاندې ورکړل شويو یادابنتو په ډاګه کولو لپاره خپله پرېښلنه ورکوم (هغه واره انتخاب کړئ چې اړوند وي):

د هڼې روغتیا HIV/AIDS او د STD ازموینې پایلې، تشخیص، یا تداوی موادو کارونې ګډوډي

- دا رضایت قانوني دی لپاره د یو کال تر څو DSHS یادابنتو ته اړتیا لري، یا تر _____ (نېټه یا پېښه).
- زه کولی شم چې څه وخت هم په لیکلې بڼه کې دا رضایت لغو کړم یا یې بیرته واخلم، خو دغه باید په هغه مالوماتو اغېز ونکړي کوم چې له مخه شریک کړل شوي دي.
- زه پوهېږم چې د دې رضایت ترمخه شریک کړل شوي مالومات باید د هغه قانونونو ترمخه نور خوندي نه وي کوم چې د DSHS سره اړوند وي.
- د دې فورمې یو نقل قانوني دی د دې لپاره چې د یادابنتو شریکولو لپاره زما پرېښلنه ورکړي.

لاسلیک	نېټه	شاهد / لیکونکی (لاسلیک وکړئ او نامه چاپ کړئ، که چرې اړوند وي)	نېټه
د والدينو یا د بل کوم نماینده لاسلیک (که چیرې اړوند وي)	تېلېفوني شمېره (د سیمې شفر ورسره شامل کړئ)	نېټه	

که چیرې زه د دې یادابنتو فاعل نه يم، زه د لاسلیک کولو پرېښلنه لرم ځکه چې زه يم: (د واکمنۍ ثبوت ورسره شامل کړئ)

وادین قانوني پاملرنه کونکي (د محکمې امر ورسره شامل کړئ) شخصي نماینده بل کوم:

د مالوماتو تر لاسه کونکي ته خبرتیا: که چیرې دا یادابنتونه د HIV، STDs، یا AIDS په اړه کوم مالومات لري، تاسې باید د موکل د تخصیصي پرېښلنه پرته دغه مالومات وړاندې څرګند نه کړئ. که چیرې تاسې د موکل د موخدره موادو یا د الکولو د ناوړه کارونې مالومات تر لاسه کړي وي، نو د 42 CFR 2.32 تر مخه تاسې باید هرورمرو دا لاندې ورکړل شوی بیان شامل کړئ کله چې وړاندې مالومات څرګندوئ: دا مالومات تاسې ته له هغه یادابنتو څرګند کړل شوي دي کوم چې د فیدرالي اعتمادیت قاعدو (42 CFR برخه 2) تر مخه خوندي دي. فیدرالي قاعدې تاسې د دې مالوماتو له وړاندې څرګندولو څخه منع کوي ترڅو د وړاندې څرګندونې پرېښلنه په ښکاره توګه د هغه تن د لیکل شوي رضایت له لارې شوي وي د چا سره چې دا تړاو لري یا د 42 CFR برخه 2 تر مخه پرېښلنه تر لاسه وي. د رسنیو یا بل رقم مالوماتو په ډاګه کولو لپاره عمومي پرېښلنه د دې موخې لپاره بسیا نه ده. فیدرالي قاعدې د الکولو یا موخدره موادو ناوړه کارونکي ناروغ جنایي پلټنې کولو یا خورولو لپاره د دې مالوماتو کومې کارونې مخنیوی کوي.

د رضایت فورمی بشپړولو لپاره لارښوونې

موخه: دا فورمه وکاروئ کله چې تاسې په DSHS کې دننه د کوم موکل په اړه د اعتمادی مالوماتو په دوامداره توګه کارولو لپاره رضایت ته اړتیا لرئ یا دغه مالوماتو نورو اژانسو ته د خدمتو انسجامولو یا تداوی، تادیبې یا د اژانس د فعالیت لپاره څرګندوئ یا د نورو موخو لپاره چې د قانون تر مخه منل شوي وي. موکلان هغه تنان دي چې د DSHS له خوا ګټې یا خدمتونه تر لاسه کوي.

کارونه: که امکان وي دا فورمه د اسانتیا لپاره په الیکټرونیکي توګه ډکه کړئ. په ګډون د کوچنیانو، هر تن لپاره باید جلا فورمه بشپړ کړل شي. په دې لارښوونو کې "تاسې" څخه مراد د DSHS کارکوونکی دی او "تاسې" څخه په دې فورمه کې مراد موکل دی. د یادابنتو شریکولو کې د موکل په اړه د اعتمادی مالوماتو کارونه او څرګندونه شامله ده.

د فورمی برخې:

پېژندنه:

- **نامه:** په هره فورمه یوازې د یو موکل نامه وړاندې کوي. هغه پخوانی نامې پکې شامل کړئ کومې چې موکل د خدمتو تر لاسه کولو پرمهال باید کارولي وي.
- **د زېږد نېټه:** له هغه تنانو څخه د موکل د پېژندلو لپاره اړینه ده چې ورته نامې لري.
- **د پېژندنې شمېره:** د موکل د پېژندنې یوه شمېره یا بل کوم پېژندونکی وړاندې کړئ لکه د ټولنیز امنیت شمېره (اړینه نه ده) د دې لپاره چې د یادابنتو په پېژندو او د تاریخ او تر لاسه شویو خدمتو په منځ اخیستلو کې مرسته وکړي.
- **ادرس او تېلېفون:** اضافي مالومات باید د موکل په مالوماتو او پېژندلو یا اړیکه نیولو کې مرسته وکړي.
- **نور:** په دې بوکسه کې هغه اضافي مالومات شامل کړئ کوم چې د هغه مالوماتو په درک کولو کې باید مرسته وکړي کوم چې باید شاملې وي د DSHS داسې برخې چې په خدمتو کې بوخت وي، د کورنۍ د غړیو نامې، یا نور کوم اړوند مالومات.

رضایت (پرېښه):

- **اژانسونه یا تنان چې یادابنتونه لیشوي:** د موکل له خوا د دې فورمی بشپړونه په ګرد DSHS کې دننه د اعتمادی مالوماتو کارونې او شریکونې پرېښه ورکوي. DSHS باید د دې وړتیا ولري چې په نوملړ کې ورکړل شویو بهرنیو اژانسو یا تنانو ته اعتمادی مالومات څرګند کړي یا له هغوی تر لاسه کړي. که امکان ولري نو د اژانسو یا وړاندې کوونکو په اړه د پېژندنې مالومات وړاندې کړئ په ګډون د نامې، ادرس یا ځای. تاسې باید د هغه اژانسو یو نوملړ ورسره شامل کړئ کوم چې د هغه مالوماتو شریکولو پرېښه لري چې موکل یې باید هر ورو هم لاسلیک کړي.
- **شامل کړل شوي مالومات:** موکلان باید دا ښکاره کړي چې کوم یادابنتونه د رضایت تر مخه شامل دي. موکلان باید ټول یادابنتونه وړاندې کړي یا شامل کړل شوي یادابنتونه د یادابنت د نېټې، ډول یا زېرمې تر مخه محدود کړي. که چیرې یو موکل کوم رضایت لاسلیک نه کړي یا کوم ځانګړی یادابنت تشخیص نه کړي، د دغه یادابنت شریکول به بیا هم جایز وي که د قانون له مخه پرېښه ورکړل شوي وي. تاسې کولی شئ چې د شامل کړل شویو یادابنتو یو نوملړ ورکړئ کوم چې باید موکل هر ورو لاسلیک کړي. که چیرې کوم یادابنت کې د ذهني روغتیا (RCW 71.05.620)، HIV/AIDS یا د STD د ازموینې یا تداوی (RCW 70.02.220)، یا د موخدره موادو او الکولو د خدمتو (42 CFR 2.31(a)(5)) په اړه کوم مالومات شامل وي، نو موکل باید دغه ساحې په ځانګړي ډول په نښه کړي د دې لپاره چې د دغه یادابنتو د شریکولو لپاره پرېښه ورکړي. دا فورمه د 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) تر مخه قانوني نه ده چې د عصبي ناروغۍ یادونې شامل کړي او د دغه یادابنتو شاملولو لپاره باید هر ورو یوه جلا فورمه بشپړ کړل شي.
- **موډه:** د رضایت لپاره د خلاصېدنې یوه نېټه شامله کړئ کوم چې ستاسې د پروګرام موخې بشپړوي یا څرنگه چې د قانون له مخه ورکړل شوي وي.
- **پوهه:** یقیني کړئ چې موکل په دې پوهه وي چې کوم رقم پرېښه ورکول کېږي او مالومات به څرنگه او ولې شریک کړل کېږي. که اړتیا وي، نو یو ژباړه شوي فورمه او ژباړونکی وکاروئ یا فورمه په لور غږ کې ولولئ. که چیرې موکل لا نورو مالوماتو ته اړتیا لري، نو د DSHS د ستر د تمریناتو خبرتیا یوه اضافي نقل وړاندې کړئ یا دغه موکل ستا د یونټ لپاره د عامه څرګندونې چارواکي ته ولېږئ.

لاسلیکونه:

- **موکل:** دا بوکسه د یوه موکل یا د رضایت له عمره (13 د ذهني روغتیا او موخدره موادو او الکولو د خدمتو لپاره؛ 14 د HIV/AIDS او نورو STDs لپاره؛ د زېږد کنټرول کولو او سپیازېدو لپاره هر یو عمر؛ 18 د روغتیايي پاملرنې او نورو یادابنتو لپاره) لپاسه کوچني څخه لاسلیک کړئ او د لاسلیک کولو نېټه ولیکئ. موکل کولی شي چې په دې بوکسه کې د لاسلیک برخای یو نښان وکړي د کوم چې تاسې شاهدي کوئ.
- **شاهد یا لیکونکی:** یو شاهد یا لیکونکی ته باید اړتیا وي چې ستاسې د پېژندګلو تصدیق وکړي په داسې حال کې چې تاسې دا فورمه په شخصي توګه نه وړاندې کوئ یا کوم پروګرام د تصدیق غوښتنه کوي. دغه تن باید خپله نامه لاسلیک کړي او چاپ کړي.
- **والدین یا بل کوم نماینده:** که چیرې موکل د رضایت له عمره لاندې کوچنی وي، نو والدین یا پاملرنه کوونکی باید لاسلیک وکړي. که چیرې کوچنی د شریکولو د وارو یادابنتو لپاره د رضایت په عمر پوره نه وي، نو کوچنی او والدین دواړه باید هر ورو لاسلیک وکړي. که چیرې موکل په قانوني توګه ناوړه اعلان شوی وي، نو د محکمې له خوا ټاکل شوی پاملرنه کوونکی باید هر ورو لاسلیک وکړي او د ټاکنې د امر یو نقل باید وړاندې کړي. که چیرې کوم تن په بل صلاحیت کې لاسلیک کوي (په ګډون د هغه تن چې د وکالت اختیار ولري یا د شتمنی نماینده)، نو "other" ته نښان ولګوئ او د دغه عمل کولو قانوني پرېښلی یو نقل تر لاسه کړئ. هغه تن چې لاسلیک کوي باید د لاسلیک نېټه ولیکي او تېلېفوني شمېره یا تماسي مالومات ورکړي.