

ਸਹਿਮਤੀ

CONSENT

ਕਲਾਇੰਟਾਂ ਲਈ ਨੋਟਿਸ: The Department of Social and Health Services (ਸਮਾਜਕ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਵਿਭਾਗ - DSHS) ਤੁਹਾਡੀ ਬਿਹਤਰ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜੇ ਅਸੀਂ, ਹੋਰਨਾਂ ਉਹਨਾਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਅਤੇ ਪੇਸ਼ੇਵਰਾਂ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰ ਸਕੀਏ, ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨੂੰ ਜਾਣਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ ਤੁਸੀਂ DSHS ਅਤੇ ਹੋਰਨਾਂ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਅਤੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਬਾਰੇ ਰਾਜਦਾਰੀ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਸਾਂਝਿਆਂ ਕਰਨ ਦੀ ਮੰਜੂਰੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ DSHS ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਾਭਾਂ ਤੋਂ ਮਨ੍ਹਾ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੀ, ਬਸ਼ਰਤ ਜਦ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾਉਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦੀ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ DSHS ਕਾਨੂੰਨ ਵਲੋਂ ਮੰਜੂਰੀ ਦੀ ਹੱਦ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। DSHS ਕਲਾਇੰਟ ਦੀ ਰਾਜਦਾਰੀ ਵਾਲੀ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਸਾਂਝਿਆਂ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਰਾਜਦਾਰੀ ਦੇ ਹੱਕਾਂ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸੁਆਲ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ DSHS ਦੇ ਰਾਜਦਾਰੀ ਬਾਰੇ ਨੋਟਿਸ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹੋ ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਤੋਂ ਪੁਛੋ।

ਕਲਾਇੰਟ ਦੀ ਸਨਾਖਤ:			
ਨਾਂ	ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	ਸਨਾਖਤ ਨੰਬਰ	
ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ	ਜਿਲ੍ਹਾ ਕੋਡ
ਟੈਲੀਫੋਨ (ਏਰੀਆ ਕੋਡ ਸਮੇਤ)	ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ		

ਸਹਿਮਤੀ:

ਮੈਂ DSHS ਦੇ ਅੰਦਰ, ਮੇਰੇ ਲਈ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ, ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਦਾ ਤਾਲਮੇਲ ਕਰਨ, ਇਲਾਜ, ਭੁਗਤਾਨ ਅਤੇ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਹੇਠ ਮਾਨਤਾਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਰਨਾਂ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਬਾਰੇ ਰਾਜਦਾਰੀ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਇਸ ਤੋਂ ਅੱਗੇ DSHS ਅਤੇ ਹੋਰਨਾਂ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਏਜੰਸੀਆਂ, ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ, ਮੇਰੀ ਰਾਜਦਾਰੀ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਇੱਕ ਦੂਜੇ ਨੂੰ ਦੱਸਣ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੌਖਿਕ ਜਾਂ ਕੰਪਿਊਟਰ ਰਾਹੀਂ ਅੰਕੜੇ ਭੇਜਕੇ, ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਜਾਂ ਦਸਤੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦੇ ਕੇ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਸਾਰਿਆਂ, ਜਿਹਨਾਂ ਨੂੰ DSHS ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਸਹਿਮਤੀ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੋ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਨਾਂ ਅਤੇ ਪਤੇ ਰਾਹੀਂ ਸਨਾਖਤ ਕਰੋ:

ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਵਾਲੇ: _____

ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਵਾਲੇ: _____

ਰਸਾਇਣਕ ਨਿਰਭਰਤਾ ਵਾਲੀ ਸੇਵਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਵਾਲੇ: _____

DSHS ਲਈ ਠੋਕੇ 'ਤੇ ਹੋਰ ਸੇਵਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਵਾਲੇ: _____

ਹਾਊਸਿੰਗ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ: _____

ਸਕੂਲ ਜਿਲ੍ਹੇ ਜਾਂ ਕਾਲਜ: _____

ਸੁਧਾਰੀਆਂ ਬਾਰੇ ਵਿਭਾਗ: _____

Employment Security Department [ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਸੁਰੱਖਿਆ ਵਿਭਾਗ] ਜਾਂ ਇਸਦੇ ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਭਾਈਵਾਲ: _____

ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨ ਜਾਂ ਹੋਰ ਫੈਡਰਲ ਏਜੰਸੀ: _____

ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਸੂਚੀ ਵੇਖੋ

ਹੋਰ: _____

ਮੈਂ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਰਿਕਾਰਡ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸਾਂਝਿਆਂ ਕਰਨ ਦਾ ਹੱਕ ਅਤੇ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਉਹਨਾਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ):

ਮੇਰੇ ਸਾਰੇ ਕਲਾਇੰਟਸ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ

ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਸੂਚੀ 'ਤੇ ਰਿਕਾਰਡ

ਸਿਰਫ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਰਿਕਾਰਡ

<input type="checkbox"/> ਪਰਿਵਾਰ, ਸਮਾਜਕ ਅਤੇ ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਇਤਿਹਾਸ	<input type="checkbox"/> ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਜਾਣਕਾਰੀ	<input type="checkbox"/> ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਸੰਭਾਲ ਯੋਜਨਾਵਾਂ
<input type="checkbox"/> ਭੁਗਤਾਨ ਰਿਕਾਰਡ	<input type="checkbox"/> ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਜਾਇਜ਼ੇ	<input type="checkbox"/> ਸਕੂਲ, ਸਿਖਿਆ ਅਤੇ ਸਿਖਲਾਈ
<input type="checkbox"/> ਹੋਰ (ਸੂਚੀ): _____		

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਲਾਇੰਟ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ ਵਿੱਚ ਹੇਠ ਲਿਖੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਸ਼ਾਮਿਲ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰਕੇ ਇਸ ਸੈਕਸ਼ਨ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਮੈਂ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਸਾਰੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਗਟ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਉਹਨਾਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ):

ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ HIV/AIDS ਅਤੇ STD ਟੈਸਟ ਨਤੀਜੇ, ਰੋਗ ਨਿਦਾਨ, ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਰਸਾਇਣਕ ਨਿਰਭਰਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ

- ਇਹ ਸਹਿਮਤੀ ਏਨੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਹੈ ਵੈਲਡ ਇੱਕ ਸਾਲ ਜਦ ਤੱਕ DSHS ਨੂੰ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੱਕ _____ (ਤਾਰੀਖ ਜਾਂ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ)।
- ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਇਸ ਸਹਿਮਤੀ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹਾਂ ਵਾਪਸ ਲੈ ਸਕਦਾ ਹਾਂ, ਪਰ ਇਸ ਨਾਲ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੇ ਕੋਈ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਏਗਾ।
- ਮੈਂ ਇਸ ਗਲ ਨੂੰ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਸਹਿਮਤੀ ਤਹਿਤ ਸਾਂਝੇ ਕੀਤੇ ਗਏ ਰਿਕਾਰਡ DSHS ਤੋਂ ਲਾਗੂ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਤਹਿਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਦੇਰ ਤੱਕ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਨਹੀਂ ਰਹਿ ਸਕਦੇ।
- ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਕਾਪੀ ਰਿਕਾਰਡ ਸਾਂਝੇ ਕਰਨ ਲਈ ਮੇਰੇ ਵਲੋਂ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਇਜਾਜ਼ਤ ਲਈ ਵੈਲਡ ਹੈ।

ਦਸਤਖਤ	ਤਾਰੀਖ	ਏਜੰਸੀ ਸੰਪਰਕ/ਗਵਾਹ ਦੇ ਦਸਤਖਤ	ਤਾਰੀਖ
ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਹੋਰ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੇ ਦਸਤਖਤ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੈ)		ਟੈਲੀਫੋਨ (ਏਰੀਆ ਕੋਡ ਸਮੇਤ)	ਤਾਰੀਖ

ਮੈਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਨਹੀਂ ਹਾਂ, ਮੈਨੂੰ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਖਤਿਆਰ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਮੈਂ ਹਾਂ: (ਅਖਤਿਆਰ ਸਬੂਤ ਲਾਓ)

ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ (ਅਦਾਲਤ ਦਾ ਆਦੇਸ਼ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕਰੋ) ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਹੋਰ: _____

ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਲਈ ਨੋਟਿਸ: ਜੇ ਇਹਨਾਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਂ HIV, STDs, ਜਾਂ AIDS ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਕਲਾਇੰਟ ਦੀ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਆਗਿਆ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਹੋਰ ਇੱਕਸਾਫ਼ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਲਾਇੰਟ ਵਲੋਂ ਨਸ਼ੀਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਜਾਂ ਸ਼ਰਾਬ ਦੀ ਕੁਝ ਵਰਤੋਂ ਸਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮਿਲੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਵਿੱਚ ਹੇਠ ਲਿਖਿਆ ਕਥਨ ਜ਼ਰੂਰ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੋਰ ਅੱਗੇ ਦੱਸਣਾ 42 CFR 2.32 ਹੇਠ ਲੋੜੀਂਦਾ ਹੋਵੇ:

ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਫੈਡਰਲ ਰਾਜਦਾਰੀ ਨੇਮਾਂ (42 CFR ਹਿੱਸਾ 2) ਹੇਠ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਰਾਹੀਂ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ। ਫੈਡਰਲ ਨੇਮ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਅੱਗੇ ਦੱਸੇ ਜਾਣ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ 'ਤੇ ਪਾਬੰਦੀ ਲਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਬਸ਼ਰਤ ਕਿ ਅੱਗੇ ਦੱਸਣ ਦਾ ਅਮਲ, ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਜਿਸ ਬਾਰੇ ਕਿ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ, ਦੀ ਲਿਖਤੀ ਸਹਿਮਤੀ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ 42 CFR ਹਿੱਸਾ 2 ਵਲੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਸਬੰਧੀ ਆਗਿਆ ਮਿਲੀ ਹੋਵੇ। ਇਸ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਸੈਡੀਕਲ ਜਾਂ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਇੱਕ ਆਮ ਅਖਤਿਆਰ ਕਾਫ਼ੀ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਫੈਡਰਲ ਨੇਮਾਂ ਹੇਠ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨੂੰ ਮੁਜਰਮਾਨਾ ਪੜਤਾਲ ਜਾਂ ਸ਼ਰਾਬ ਜਾਂ ਨਸ਼ੀਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਮਰੀਜ਼ 'ਤੇ ਮੁਕਦਮਾ ਚਲਾਉਣ ਲਈ ਵਰਤੋਂ ਜਾਣ 'ਤੇ ਪਾਬੰਦੀ ਹੈ।

ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਮੁਕੰਮਲ ਕਰਨ ਲਈ ਹਿਦਾਇਤਾਂ

ਉਦੇਸ਼: ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ DSHS ਦੇ ਅੰਦਰ ਇੱਕ ਕਲਾਇੰਟ ਬਾਰੇ ਲਗਾਤਾਰ ਆਪਾ 'ਤੇ ਰਾਜਦਾਰੀ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਲਗਾਤਾਰ ਵਰਤੋਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਜਾਂ ਉਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਤਾਲਮੇਲ ਲਈ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਭੁਗਤਾਨ ਜਾਂ ਏਜੰਸੀ ਕਾਰਵਾਈਆਂ ਲਈ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਵਲੋਂ ਮਾਣਤਾਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਰਨਾਂ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਹੋਰਨਾਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ। ਕਲਾਇੰਟਸ, DSHS ਤੋਂ ਲਾਭ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਾਸਿਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਹਨ।

ਵਰਤੋਂ: ਜੇ ਸੰਭਵ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਪੜ੍ਹਣ ਦੀ ਅਸਾਨੀ ਲਈ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਰੂਪ ਵਿਚ ਭਰੋ, **ਬੱਚਿਆਂ ਸਮੇਤ ਹਰੇਕ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਵੱਖਰੇ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਿਆ ਜਾਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।** ਹਿਦਾਇਤਾਂ ਵਿਚ "ਤੁਸੀਂ" ਦਾ ਹਵਾਲਾ DSHS ਮੁਲਾਜ਼ਮ ਲਈ ਹੈ ਅਤੇ ਫਾਰਮ ਤੇ "ਤੁਸੀਂ" ਦਾ ਅਰਥ ਕਲਾਇੰਟ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਹੈ। ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀ ਸਾਂਝ ਵਿਚ ਇੱਕ ਕਲਾਇੰਟ ਬਾਰੇ ਰਾਜਦਾਰੀ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਦੱਸਣਾ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹਨ।

ਫਾਰਮ ਦੇ ਹਿੱਸੇ:

ਸ਼ਨਾਖਤ:

- **ਨਾਂ:** ਹਰੇਕ ਫਾਰਮ ਤੇ ਸਿਰਫ਼ ਇੱਕ ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਨਾਂ ਦਿਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਇਥੇ ਪੁਰਾਣੇ ਨਾਂ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲੈਣ ਲੱਗਿਆਂ ਕਲਾਇੰਟ ਨੇ ਵਰਤਿਆ ਹੋਵੇ, ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰੋ।
- **ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ:** ਇਕੋ ਜਿਹੇ ਨਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਵਿਚੋਂ ਕਲਾਇੰਟ ਦੀ ਸ਼ਨਾਖਤ ਕਰਨ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੀ ਹੈ।
- **ਸ਼ਨਾਖਤ ਨੰਬਰ:** ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀ ਸ਼ਨਾਖਤ ਅਤੇ ਪਿਛੋਕੜ ਬਾਰੇ ਪਤਾ ਲਾਉਣ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿਚ ਮਦਦ ਲਈ ਕਲਾਇੰਟ ਸ਼ਨਾਖਤੀ ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਸ਼ਨਾਖਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਹੋਰ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਇੱਕ ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ (ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਹੀਂ) ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੋ।
- **ਪਤਾ ਅਤੇ ਟੈਲੀਫੋਨ:** ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਜੇ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਸਲਾਹ ਅਤੇ ਸ਼ਨਾਖਤ ਕਰਨ ਵਿਚ ਮਦਦ ਕਰੇਗੀ।
- **ਹੋਰ:** ਇਸ ਬੱਕਸ ਵਿਚ ਕੋਈ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰੋ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾਉਣ ਵਿਚ ਮਦਦ ਮਿਲਦੀ ਹੋਵੇ, ਜਿਹਨਾਂ ਵਿਚ DSHS ਦੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇਣ ਵਿਚ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹਿੱਸੇ, ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੇ ਨਾਂ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸਬੰਧਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੋਵੇ।

ਸਹਿਮਤੀ (ਅਖਤਿਆਰ):

- **ਏਜੰਸੀਆਂ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਵਲੋਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦਾ ਆਦਾਨ ਪ੍ਰਦਾਨ:** ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਕਲਾਇੰਟ ਵਲੋਂ ਮੁਕੰਮਲ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਨਾਲ ਸਾਰੇ DSHS ਅੰਦਰ ਰਾਜਦਾਰੀ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਸਾਂਝ ਦੀ ਮੰਜੂਰੀ ਹੋਵੇਗੀ। DSHS, ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਬਾਹਰ ਦੀਆਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਤੋਂ ਰਾਜਦਾਰੀ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਸਾਂਝਿਆਂ ਕਰ ਸਕੇਗਾ। ਏਜੰਸੀਆਂ ਜਾਂ ਸੇਵਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਬਾਰੇ ਸ਼ਨਾਖਤ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਾਂ, ਪਤਾ ਜਾਂ ਜੇ ਸੰਭਵ ਹੋਵੇ ਸਥਾਨ ਸਮੇਤ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਸੂਚਨਾ ਨੂੰ ਸਾਂਝਿਆਂ ਕਰਨ ਦੀ ਮੰਜੂਰੀ ਵਾਸਤੇ ਏਜੰਸੀਆਂ ਦੀ ਇੱਕ ਸੂਚੀ ਵੀ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਸ ਤੇ ਕਲਾਇੰਟ ਵਲੋਂ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹਨ।
- **ਸ਼ਾਮਿਲ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ:** ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਇਹ ਦਸਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸਹਿਮਤੀ ਹੇਠ ਕਿਹੜੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ ਲਿਆਂਦਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਕਲਾਇੰਟ ਸਾਰੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ ਉਪਲਬਧ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਰਿਕਾਰਡ ਨੂੰ ਤਾਰੀਖ, ਕਿਸਮ ਜਾਂ ਰਿਕਾਰਡ ਦੇ ਸ੍ਰੋਤ ਰਾਹੀਂ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰਕੇ ਸੀਮਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਇੱਕ ਕਲਾਇੰਟ ਸਹਿਮਤੀ ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਜਾਂ ਇੱਕ ਖਾਸ ਰਿਕਾਰਡ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਦਸਦਾ, ਤਾਂ ਉਸ ਰਿਕਾਰਡ ਨੂੰ ਹਾਲੇ ਵੀ, ਜੇ ਕਾਨੂੰਨ ਹੇਠ ਮੰਜੂਰੀ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਸਾਂਝਿਆਂ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕੀਤੇ ਗਏ ਰਿਕਾਰਡ ਦੀ ਇੱਕ ਸੂਚੀ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਸ ਤੇ ਵੀ ਕਲਾਇੰਟ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ਹੋਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਕਿਸੇ ਰਿਕਾਰਡ ਵਿਚ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ (RCW 71.05.620), HIV/AIDS ਜਾਂ STD ਟੈਸਟਿੰਗ ਜਾਂ ਇਲਾਜ (RCW 70.02.220), ਜਾਂ ਨਸ਼ੀਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਸ਼ਰਾਬ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ (42 CFR 2.31(a)(5)) ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ ਸਾਂਝਿਆਂ ਕਰਨ ਲਈ ਮੰਜੂਰੀ ਦੇਣ ਵਾਸਤੇ ਇਹਨਾਂ ਖੇਤਰਾਂ ਤੇ ਖਾਸ ਤੌਰ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਉਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਫਾਰਮ 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) ਤਹਿਤ ਸਾਈਕੋਥੈਰੇਪੀ ਨੋਟਸ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਵੈਧ ਨਹੀਂ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰਨ ਲਈ ਇੱਕ ਵੱਖਰਾ ਫਾਰਮ ਭਰਿਆ ਜਾਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।
- **ਮਿਆਦ:** ਸਹਿਮਤੀ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਪੂਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕਾਨੂੰਨ ਵਿਚ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੋਵੇ, ਦੇ ਖਤਮ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਆਦ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰੋ।
- **ਸੂਝਬੂਝ:** ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ ਕਿ ਕਲਾਇੰਟ ਇਸ ਗਲ ਨੂੰ ਸਮਝੇ ਕਿ ਕਿਸ ਗਲ ਦੀ ਮੰਜੂਰੀ ਦਿਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਹੈ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਅਤੇ ਕਿਉਂ ਸਾਂਝਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਜੇ ਲੋੜ ਪਏ, ਤਾਂ ਇੱਕ ਅਨੁਵਾਦ ਕੀਤਾ ਹੋਇਆ ਫਾਰਮ ਅਤੇ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ ਜਾਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਜ਼ੋਰ ਜ਼ੋਰ ਦੀ ਪੜ੍ਹੋ। ਜੇ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ DSHS ਦੀ ਰਾਜਦਾਰੀ ਬਾਰੇ ਵਿਹਾਰਾਂ ਦੇ ਨੋਟਸ ਦੀ ਇੱਕ ਵਾਧੂ ਨਕਲ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੋ ਜਾਂ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਯੂਨਿਟ ਲਈ ਪਬਲਿਕ ਡਿਸਕਲੋਜ਼ਰ ਅਫਸਰ ਕੋਲ ਭੇਜਾਂਗੇ।

ਦਸਤਖਤ:

- **ਕਲਾਇੰਟ:** ਕਲਾਇੰਟ ਜਾਂ ਸਹਿਮਤੀ ਦੀ ਉਮਰ ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਾਲੇ ਬੱਚੇ (ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਸ਼ਰਾਬ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ 13 ਸਾਲ; 14 HIV/AIDS ਅਤੇ ਹੋਰਨਾਂ STD ਲਈ 14 ਸਾਲ; ਜਨਮ ਅਤੇ ਕੰਟਰੋਲ ਅਤੇ ਗਰਭਪਾਤ ਲਈ ਕੋਈ ਵੀ ਉਮਰ; ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੇ ਹੋਰਨਾਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ 18 ਸਾਲ), ਇਸ ਬੱਕਸ ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਪਾਉਣ। ਕਲਾਇੰਟ, ਇਸ ਬੱਕਸ ਤੇ ਜਿਸ ਦੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਗਵਾਹ ਹੋ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- **ਏਜੰਸੀ ਸੰਪਰਕ ਜਾਂ ਗਵਾਹ:** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਇਹ ਫਾਰਮ ਪੇਸ਼ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ ਅਤੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਦਸ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਬੱਕਸ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋਗੇ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ਵੀ ਲਿਖੋ। ਜੇ ਕਲਾਇੰਟ ਇੱਕ ਕੰਮਕਾਜ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਦੂਰ, ਫਾਰਮ ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੇਗਾ, ਤਾਂ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਹਿਦਾਇਤ ਦਿਓ ਕਿ ਉਹ ਇਸ ਬਲੱਕ ਵਿਚ ਗਵਾਹ ਤੋਂ ਦਸਤਖਤ ਕਰਵਾਏ ਅਤੇ ਇੱਕ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੇ। ਕਲਾਇੰਟ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ਲਈ ਇੱਕ ਨੋਟਰੀ ਪਬਲਿਕ ਗਵਾਹ ਦਾ ਕੰਮ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- **ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਹੋਰ ਨੁਮਾਇੰਦਾ:** ਜੇ ਕਲਾਇੰਟ ਸਹਿਮਤੀ ਦੀ ਉਮਰ ਤੋਂ ਘਟ ਵਰ੍ਹਿਆਂ ਦਾ ਇੱਕ ਬੱਚਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਵਲੋਂ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਜਾਣੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹਨ। ਜੇ ਬੱਚਾ ਸਾਂਝੇ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦੀ ਉਮਰ ਤੇ ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਉਤਰਦਾ, ਤਾਂ ਬੱਚੇ ਅਤੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਦੋਹਾਂ ਵਲੋਂ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਜਾਣੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹਨ। ਜੇ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਸਮਰੱਥ ਐਲਾਨਿਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਦਾਲਤ ਵਲੋਂ ਨਾਮਜ਼ਦ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਨੂੰ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਉਹ ਆਪਣੀ ਨਿਯੁਕਤੀ ਸਬੰਧੀ ਆਦੇਸ਼ ਦੀ ਇੱਕ ਨਕਲ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੇ। ਜੇ ਕੋਈ ਹੋਰ, ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਮਰੱਥਾ (ਪਾਵਰ ਆਟੌਰਨੀ ਵਾਲਾ ਇੱਕ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਇੱਕ ਹੋਰ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਸਮੇਤ) ਵਿਚ ਦਸਤਖਤ ਕਰੇ ਤਾਂ "ਹੋਰ" ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਏ ਅਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਲਈ ਇੱਕ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਥਾਰਿਟੀ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਹਾਸਿਲ ਕਰੇ। ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਵਲੋਂ, ਦਸਤਖਤ ਨਾਲ ਤਾਰੀਖ ਅਤੇ ਇੱਕ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਇੱਕ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਤੇ ਜਾਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।

CONCERN

DSHS 14-012 PJ (REV. 04/2018) (AC 12/2019) Punjabi