

ਸਹਿਮਤੀ

Consent

ਕਲਾਇੰਟਾਂ ਲਈ ਨੋਟਿਸ: ਜੇ ਅਸੀਂ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨੂੰ ਜਾਣਨ ਵਾਲੀਆਂ ਹੋਰਨਾਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਅਤੇ ਪੇਸ਼ੇਵਰਾਂ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਸਮਾਜਕ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਵਿਭਾਗ (DSHS) ਤੁਹਾਡੀ ਬਿਹਤਰ ਢੰਗ ਨਾਲ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਕੇ, ਤੁਸੀਂ DSHS ਅਤੇ ਏਜੰਸੀਆਂ ਅਤੇ ਹੋਰਨਾਂ ਦਿੱਤੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ DSHS ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਾਭ ਦੇਣ ਤੋਂ ਮਨ੍ਹਾ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੀ, ਜਦ ਤੱਕ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦੀ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ DSHS ਫਿਰ ਵੀ ਕਾਨੂੰਨ ਵਲੋਂ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੱਦ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। DSHS ਕਲਾਇੰਟ ਦੀ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਰਾਜਦਾਰੀ ਦੇ ਹੱਕਾਂ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਸਾਂਝੀ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਬਾਰੇ ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸੁਆਲ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ DSHS ਦੇ ਰਾਜਦਾਰੀ ਦੇ ਤਰੀਕਿਆਂ ਬਾਰੇ ਨੋਟਿਸ ਬਾਰੇ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰਾ ਕਰੋ ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਫ਼ਾਰਮ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਪੁੱਛੋ।

ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ:			
ਨਾਂ	ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ:	ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ	
ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ	ਸਟੇਟ	ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ ਕੋਡ
ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ (ਏਰੀਆ ਕੋਡ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰੋ)	ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ		

ਸਹਿਮਤੀ:

ਮੈਂ ਪਲਾਨ, ਸੇਵਾਵਾਂ, ਇਲਾਜ, ਭੁਗਤਾਨ ਅਤੇ ਲਾਭ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਅਤੇ ਤਾਲਮੇਲ ਲਈ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਵਲੋਂ ਅਖ਼ਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਰਨਾਂ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ DSHS ਦੇ ਅੰਦਰ ਆਪਣੀ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। ਆਪਣੀ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਇਕ-ਦੂਜੇ ਨੂੰ ਇਸਦੇ ਖ਼ੁਲਾਸੇ ਲਈ, ਮੈਂ DSHS ਅਤੇ ਹੋਰਨਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਏਜੰਸੀਆਂ, ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰਾਂ ਜਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਹੋਰ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। ਜਾਣਕਾਰੀ, ਜ਼ਬਾਨੀ ਜਾਂ ਕੰਪਿਊਟਰ ਡਾਟਾ ਟ੍ਰਾਂਸਫ਼ਰ, ਡਾਕ ਜਾਂ ਹੱਥੀ ਡਿਲੀਵਰੀ ਰਾਹੀਂ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਸਾਰਿਆਂ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ, ਜਿਹਨਾਂ ਨੂੰ DSHS ਤੋਂ ਛੁੱਟ ਇਸ ਸਹਿਮਤੀ ਵਿਚ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਨਾਂ ਅਤੇ ਪਤੇ ਨਾਲ ਪਛਾਣੋ:

ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ: _____

ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ: _____

ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਾਲ ਹੋਏ ਵਿਗਾੜ ਦੀ ਸੇਵਾ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ: _____

DSHS ਨਾਲ ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ ਵਾਲੇ ਹੋਰ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ: _____

ਹਾਉਸਿੰਗ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ: _____

ਸਕੂਲ ਡਿਸਟ੍ਰਿਕਟਸ ਜਾਂ ਕਾਲਿਜ: _____

ਤਰਮੀਮ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਮਹਿਕਮਾ: _____

ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਸੁਰੱਖਿਆ ਵਿਭਾਗ ਅਤੇ ਇਸਦੇ ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਸਬੰਧੀ ਭਾਈਵਾਲ: _____

ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨ ਜਾਂ ਹੋਰ ਫ਼ੈਡਰਲ ਏਜੰਸੀ: _____

ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਸੂਚੀ ਵੇਖੋ

ਹੋਰ: _____

ਮੈਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦਾ ਅਖ਼ਤਿਆਰ ਅਤੇ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ (ਲਾਗੂ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ):

ਮੇਰੇ ਕਲਾਇੰਟ ਦੇ ਸਾਰੇ ਰਿਕਾਰਡ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਸੂਚੀ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਰਿਕਾਰਡ

ਸਿਰਫ਼ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਰਿਕਾਰਡ

<input type="checkbox"/> ਪਰਿਵਾਰ, ਸਮਾਜਕ ਅਤੇ ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਦਾ ਪਿਛੋਕੜ	<input type="checkbox"/> ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਜਾਣਕਾਰੀ	<input type="checkbox"/> ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਸੰਭਾਲ ਦੇ ਪਲਾਨ
<input type="checkbox"/> ਭੁਗਤਾਨ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ	<input type="checkbox"/> ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਮੁਲਾਕਾਫ਼	<input type="checkbox"/> ਸਕੂਲ, ਪੜ੍ਹਾਈ ਅਤੇ ਸਿਖਲਾਈ
<input type="checkbox"/> ਹੋਰ (ਲਿਖੋ): _____		

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਲਾਇੰਟ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿਚ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਕੋਈ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਰਿਕਾਰਡ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਸੈਕਸ਼ਨ ਜ਼ਰੂਰ ਭਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਮੈਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦਾ ਖ਼ੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਲਈ ਆਪਣੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ (ਲਾਗੂ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ):

ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ HIV/AIDS ਅਤੇ STD ਦੇ ਟੈਸਟ-ਨਤੀਜੇ, ਰੋਗ-ਨਿਦਾਨ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਾਲ ਹੋਏ ਵਿਗਾੜ

- ਇਹ ਸਹਿਮਤੀ ਇਕ ਸਾਲ ਲਈ ਵੈਧ ਹੈ, ਜਦ ਤੱਕ DSHS ਨੂੰ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ ਜਾਂ (ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਜਾਂ ਤਾਰੀਖ) _____ ਤੱਕ।
- ਮੈਂ ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਇਸ ਸਹਿਮਤੀ ਨੂੰ ਰੱਦ ਜਾਂ ਵਾਪਸ ਲੈ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ, ਪਰ ਉਸ ਨਾਲ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਏਗਾ।
- ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਸਹਿਮਤੀ ਹੇਠ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੇ ਗਏ ਰਿਕਾਰਡ ਹੁਣ DSHS ਤੋਂ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਹੇਠ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਨਹੀਂ ਰਹਿ ਸਕਦੇ।
- ਰਿਕਾਰਡ ਸਾਂਝੇ ਕਰਨ ਲਈ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਦੀ ਕਾਪੀ ਮੇਰੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣ ਲਈ ਵੈਧ ਹੈ।

ਦਸਤਖ਼ਤ	ਤਾਰੀਖ	ਗੁਆਹ/ਨੋਟਰੀ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੈ, ਤਾਂ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰੋ ਅਤੇ ਨਾਂ ਲਿਖੋ)	ਤਾਰੀਖ
ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਦੂਜੇ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੈ)		ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ (ਏਰੀਆ ਕੋਡ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰੋ)	ਤਾਰੀਖ

ਜੇ ਮੈਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦਾ ਵਿਸ਼ਾ ਨਹੀਂ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਮੈਨੂੰ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਖ਼ਤਿਆਰ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਮੈਂ ਹਾਂ: (ਅਥਾਰਿਟੀ ਦਾ ਸਬੂਤ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕਰੋ)

ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ (ਅਦਾਲਤੀ ਆਦੇਸ਼ ਨੱਥੀ ਕਰੋ) ਨਿਜੀ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਹੋਰ: _____

ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ ਨੂੰ ਨੋਟਿਸ: ਜੇ ਇਹਨਾਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿਚ HIV, STDs ਜਾਂ AIDS ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਲਾਇੰਟ ਦੀ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਇਜਾਜ਼ਤ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਤੁਸੀਂ ਭਵਿੱਖ ਵਿਚ ਉਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖ਼ੁਲਾਸਾ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਲਾਇੰਟ ਵਲੋਂ ਨਸ਼ੀਲੀ-ਦਵਾਈ ਜਾਂ ਸ਼ਰਾਬ ਦੀ ਕੁਵਰਤੋਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮਿਲੀ ਹੈ, ਤਾਂ 42 CFR 2.32 ਵਲੋਂ ਲੋੜੀਂਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਭਵਿੱਖ ਵਿਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖ਼ੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਲੱਗਿਆਂ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤਾ ਬਿਐਨ ਜ਼ਰੂਰ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ:

ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖ਼ੁਲਾਸਾ ਫ਼ੈਡਰਲ ਦੇ ਰਾਜਦਾਰੀ ਸਬੰਧੀ ਨੇਮਾਂ (42 CFR ਹਿੱਸਾ 2) ਵਲੋਂ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਤੋਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਫ਼ੈਡਰਲ ਦੇ ਨੇਮ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਭਵਿੱਖ ਵਿਚ ਕੋਈ ਖ਼ੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਤੋਂ ਵਰਜਦੇ ਹਨ, ਜਦ ਤੱਕ ਕਿ ਜਿਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਇਹ ਸਬੰਧਿਤ ਹੈ, ਦੀ ਲਿਖਤੀ ਸਹਿਮਤੀ ਰਾਹੀਂ ਸਪਸ਼ਟ ਤੌਰ ਤੇ ਜਾਂ ਨਹੀਂ ਤਾਂ 42 CFR ਹਿੱਸਾ 2 ਵਲੋਂ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨਾਲ ਭਵਿੱਖ ਵਿਚ ਖ਼ੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ ਗਈ। ਇਸ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਮੈਡੀਕਲ ਜਾਂ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਆਮ ਅਖ਼ਤਿਆਰਨਾਮਾ ਢੁਕਵਾਂ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਫ਼ੈਡਰਲ ਦੇ ਨੇਮ ਮੁਜਰਮਾਨਾ ਪੜਤਾਲ ਜਾਂ ਸ਼ਰਾਬ ਜਾਂ ਨਸ਼ੀਲੀ ਦਵਾਈ ਦੀ ਕੁਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਮਰੀਜ਼ ਤੇ ਮੁਕੱਦਮਾ ਚਲਾਉਣ ਸਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਕਿਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨੂੰ ਵੀ ਵਰਜਦੇ ਹਨ।

ਸਹਿਮਤੀ ਫ਼ਾਰਮ ਭਰਨ ਲਈ ਹਿਦਾਇਤਾਂ

ਉਦੇਸ਼: ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ DSHS ਦੇ ਅੰਦਰ ਕਲਾਇੰਟ ਬਾਰੇ ਲਗਾਤਾਰ ਅਧਾਰ ਤੇ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਜਾਂ ਤਾਲਮੇਲ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਲਈ, ਭੁਗਤਾਨ ਜਾਂ ਏਜੰਸੀ ਦੀਆਂ ਕਾਰਵਾਈਆਂ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਵਲੋਂ ਮਾਣਤਾਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਰਨਾਂ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਹੋਰਨਾਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਲਈ ਉਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖ਼ੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ। ਕਲਾਇੰਟ ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਹਨ, ਜਿਹਨਾਂ ਨੂੰ DSHS ਤੋਂ ਲਾਭ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮਿਲ ਰਹੀਆਂ ਹਨ।

ਵਰਤੋਂ: ਜੇ ਪੜ੍ਹਣ ਵਿਚ ਅਸਾਨੀ ਲਈ ਸੰਭਵ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਇਹ ਫ਼ਾਰਮ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਤੌਰ ਤੇ ਭਰੋ, ਬੱਚਿਆਂ ਸਮੇਤ ਹਰ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਇਕ ਵੱਖਰਾ ਫ਼ਾਰਮ ਜ਼ਰੂਰ ਭਰਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਹਿਦਾਇਤਾਂ ਵਿਚ "ਤੁਸੀਂ" ਦਾ DSHS ਮੁਲਾਜ਼ਮ ਵਜੋਂ ਹਵਾਲਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਫ਼ਾਰਮ ਤੇ "ਤੁਸੀਂ" ਦਾ ਕਲਾਇੰਟ ਵਜੋਂ ਹਵਾਲਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਰਿਕਾਰਡ ਸਾਂਝੇ ਕਰਨ ਵਿਚ ਕਲਾਇੰਟ ਬਾਰੇ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਖ਼ੁਲਾਸਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਫ਼ਾਰਮ ਦੇ ਹਿੱਸੇ:

ਪਛਾਣ:

- ਨਾਂ: ਹਰ ਫ਼ਾਰਮ ਤੇ ਸਿਰਫ਼ ਇਕ ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਨਾਂ ਦਿਓ। ਕੋਈ ਵੀ ਪਿਛਲੇ ਨਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ, ਜਿਹਨਾਂ ਨੂੰ ਕਲਾਇੰਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲੈਣਿਆਂ ਹੋਇਆਂ ਇਸਤੇਮਾਲ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹੈ।
- ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ਼: ਇਕੋ ਜਿਹੇ ਨਾਂ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਤੋਂ ਸਨਾਖਤ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ।
- ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ: ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਰਨ ਅਤੇ ਪਿਛੋਕੜ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾਉਣ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿਚ ਮਦਦ ਲਈ ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ (ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ) ਵਰਗਾ ਦੂਜਾ ਸਬੂਤ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੋ।
- ਪਤਾ ਅਤੇ ਟੈਲੀਫੋਨ: ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾਉਣ ਅਤੇ ਪਛਾਣ ਕਰਨ ਜਾਂ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਵਿਚ ਮਦਦ ਮਿਲੇਗੀ।
- ਹੋਰ: ਇਸ ਖਾਨੇ ਵਿਚ ਕੋਈ ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾਉਣ ਵਿਚ ਮਦਦ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿਚ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੇ ਨਾਂ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸਬੰਧਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸ਼ਮੂਲੀਅਤ ਵਾਲੇ DSHS ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਸਹਿਮਤੀ (ਅਖ਼ਤਿਆਰਨਾਮਾ):

- ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦਾ ਅਦਾਨ-ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀ: ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਇਹ ਫ਼ਾਰਮ ਭਰਨ ਨਾਲ ਸਾਰੇ DSHS ਦੇ ਅੰਦਰ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਸਾਂਝਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੀ ਆਗਿਆ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। DSHS ਬਾਹਰੀ ਏਜੰਸੀਆਂ ਜਾਂ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਤੋਂ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖ਼ੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ ਸਮਰੱਥ ਹੋਏਗੀ। ਜੇ ਸੰਭਵ ਹੈ, ਤਾਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਜਾਂ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰਾਂ ਬਾਰੇ ਪਛਾਣ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ, ਇਸ ਵਿਚ ਨਾਂ, ਪਤਾ ਜਾਂ ਥਰੂ-ਟਿਕਾਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਉਹਨਾਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਵੀ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਹਨਾਂ ਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ, ਇਸ ਤੇ ਕਲਾਇੰਟ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਜ਼ਰੂਰ ਹੋਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ।
- ਸ਼ਾਮਲ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ: ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਜ਼ਰੂਰ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸਹਿਮਤੀ ਰਾਹੀਂ ਕਿਹੜੇ ਰਿਕਾਰਡ ਘੇਰੇ ਹੋਠ ਆਉਂਦੇ ਹਨ। ਕਲਾਇੰਟ ਸਾਰੇ ਰਿਕਾਰਡ ਉਪਲਬਧ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਤਾਰੀਖ਼, ਕਿਸਮ ਜਾਂ ਰਿਕਾਰਡ ਦੇ ਸ੍ਰੋਤ ਰਾਹੀਂ ਸ਼ਾਮਲ ਰਿਕਾਰਡ ਸੀਮਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਕਲਾਇੰਟ ਸਹਿਮਤੀ ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਜਾਂ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਰਿਕਾਰਡ ਬਾਰੇ ਨਹੀਂ ਦੱਸਦਾ, ਜੇ ਕਾਨੂੰਨ ਵਲੋਂ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਸ ਰਿਕਾਰਡ ਨੂੰ ਅਜੇ ਵੀ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਹੋਏਗੀ। ਤੁਸੀਂ ਘੇਰੇ ਹੋਠਲੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਨੱਥੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਸ ਤੇ ਕਿ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਵੀ ਦਸਤਖ਼ਤ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ (RCW 71.05.620), HIV/AIDS ਜਾਂ STD ਦੀ ਟੈਸਟਿੰਗ ਜਾਂ ਇਲਾਜ (RCW 70.02.220) ਜਾਂ ਨਸ਼ੀਲੀ ਦਵਾਈ ਅਤੇ ਸ਼ਰਾਬ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ (42 CFR 2.31(a)(5)) ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਲਈ ਆਗਿਆ ਦੇਣ ਲਈ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਤੌਰ ਤੇ ਇਹਨਾਂ ਥਾਵਾਂ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਜ਼ਰੂਰ ਲਾਉਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) ਹੇਠ ਇਹ ਫ਼ਾਰਮ ਸਾਈਕੋਥੈਰੇਪੀ ਟਿੱਪਣੀਆਂ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨ ਲਈ ਵੈਧ ਨਹੀਂ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹ ਰਿਕਾਰਡ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨ ਲਈ ਵੱਖਰਾ ਫ਼ਾਰਮ ਜ਼ਰੂਰ ਭਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।
- ਮਿਆਦ: ਸਹਿਮਤੀ ਲਈ ਮਿਆਦ ਪੁੱਗਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਵਲੋਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਏ ਗਏ ਕੰਮ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਦੀ ਹੈ।
- ਸਮਝਣਾ: ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ ਕਿ ਕਲਾਇੰਟ ਸਮਝੇ ਕਿ ਕਿਹੜੀ ਆਗਿਆ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਿਵੇਂ ਅਤੇ ਕਿਉਂ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾਏਗੀ। ਜੇ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਨੁਵਾਦ ਕੀਤੇ ਹੋਏ ਫ਼ਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ ਜਾਂ ਦੁਬਾਰਾ ਸੇਵਾ ਲਓ ਜਾਂ ਫ਼ਾਰਮ ਉੱਚੀ ਅਵਾਜ਼ ਵਿਚ ਪੜ੍ਹੋ। ਜੇ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ DSHS ਦੇ ਰਾਜਦਾਰੀ ਦੇ ਤਰੀਕਿਆਂ ਬਾਰੇ ਨੋਟਿਸ ਦੀ ਇਕ ਵਾਧੂ ਕਾਪੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਓ ਜਾਂ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਯੂਨਿਟ ਦੇ ਸਰਕਾਰੀ ਖ਼ੁਲਾਸਾ ਅਫ਼ਸਰ ਕੋਲ ਭੇਜੋ।

ਦਸਤਖ਼ਤ:

- ਕਲਾਇੰਟ: ਕਲਾਇੰਟ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਸਹਿਮਤੀ ਦੀ ਉਮਰ ਵਾਲਾ ਬੱਚਾ (ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਨਸ਼ੀਲੀ ਦਵਾਈ ਅਤੇ ਸ਼ਰਾਬ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ 13 ਸਾਲ; HIV/AIDS ਅਤੇ ਹੋਰ STDs ਲਈ 14 ਸਾਲ; ਸੰਤਾਨ-ਸੰਜਮ ਅਤੇ ਗਰਭਪਾਤ ਲਈ ਕੋਈ ਵੀ ਉਮਰ; ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਅਤੇ ਹੋਰ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ 18 ਸਾਲ) ਇਸ ਖਾਨੇ ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰੇ ਅਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼ ਭਰੇ। ਕਲਾਇੰਟ ਇਸ ਖਾਨੇ ਵਿਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਦਾ ਬਦਲ ਲਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਗੁਆਚ ਹੋ।
- ਗੁਆਚ ਜਾਂ ਨੇਟਰੀ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਫ਼ਾਰਮ ਆਪਣੇ ਆਪ ਜਮ੍ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਜਾਂ ਜੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਪਛਾਣ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ ਗੁਆਚ ਜਾਂ ਨੇਟਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਕੇ ਆਪਣਾ ਨਾਂ ਲਿਖਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।
- ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਦੂਜਾ ਨੁਮਾਇੰਦਾ: ਜੇ ਕਲਾਇੰਟ, ਸਹਿਮਤੀ ਨਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਉਮਰ ਦਾ ਬੱਚਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਨੂੰ ਦਸਤਖ਼ਤ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਬੱਚਾ ਸਾਂਝੇ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦੀ ਉਮਰ ਪੂਰੀ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ, ਤਾਂ ਬੱਚੇ ਅਤੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਨੂੰ ਦਸਤਖ਼ਤ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ ਤੇ ਅਸਮਰੱਥ ਐਲਾਨਿਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਦਾਲਤ ਵਲੋਂ ਨਿਯੁਕਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਨੂੰ ਦਸਤਖ਼ਤ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਮੁਲਾਕਾਤ ਕਰਨ ਦੇ ਆਦੇਸ਼ ਦੀ ਕਾਪੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਮਰੱਥ (ਮੁਖ਼ਤਾਰਨਾਮੇ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਐਸਟੇਟ ਦਾ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ) ਵਿਚ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ "ਹੋਰ" ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ ਅਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਥਾਰਿਟੀ ਦੀ ਕਾਪੀ ਲਓ। ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਕੇ ਤਾਰੀਖ਼ ਜ਼ਰੂਰ ਪਾਉਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।