

Zgoda Consent

POWIADOMIENIE DLA KLIENTÓW: Departament Usług Socjalnych i Zdrowotnych (Department of Social and Health Services; DSHS) może pomóc Państwu w lepszy sposób, jeśli będziemy w stanie współpracować z innymi agencjami i profesjonalistami, którzy znają zarówno Państwa, jak i Państwa rodzinę. Podpisując niniejszy formularz, wyrażają Państwo zgodę, aby DSHS oraz wymienione poniżej agencje i osoby wykorzystwały i udostępniły poufne informacje na Państwa temat. DSHS nie może odmówić Państwu świadczeń, jeśli nie podpiszą Państwo formularza, chyba że Państwa zgoda jest potrzebna do określenia Państwa uprawnień. Jeśli nie podpiszą Państwo formularza, DSHS może nadal udostępniać informacje na Państwa temat w zakresie dozwolonym przez prawo. Jeśli mają Państwo pytania dotyczące sposobu, w jaki DSHS dzieli się poufnymi informacjami o kliencie lub praw do prywatności, prosimy zapoznać się z Informacją o praktykach DSHS w zakresie ochrony prywatności (DSHS Notice of Privacy Practices) lub zapytać osobę wręczającą Państwu niniejszy formularz.

DANE IDENTYFIKACYJNE KLIENTA:

IMIĘ I NAZWISKO		DATA URODZENIA	NUMER DOWODU TOŻSAMOŚCI	
ADRES	MIASTO		STAN	KOD POCZTOWY
NUMER TELEFONU (W TYM NUMER KIERUNKOWY)		INNE INFORMACJE		

ZGODA:

Wyrażam zgodę na wykorzystanie poufnych informacji o mnie w DSHS w celu planowania, świadczenia i koordynacji usług, leczenia, płatności i świadczeń dla mnie lub dla innych celów dozwolonych przez prawo. Zezwalam również DSHS i niżej wymienionym agencjom, dostawcom lub osobom na wykorzystanie moich poufnych informacji i ujawnienie ich sobie nawzajem w tym celu. Informacje mogą być przekazywane ustnie lub za pomocą transferu danych komputerowych, poczty lub doręczenia osobistego.

Proszę zaznaczyć wszystkie poniższe osoby/podmioty, które oprócz DSHS są objęte niniejszą zgodą i podać ich nazwę oraz adres:

- Dostawcy usług medycznych: _____
- Dostawcy usług w zakresie zdrowia psychicznego: _____
- Dostawcy usług w zakresie zaburzeń związanych z nadużywaniem substancji: _____
- Inni dostawcy zakontraktowani przez DSHS: _____
- Programy mieszkaniowe: _____
- Okręgi szkolne lub wyższe uczelnie: _____
- Departament Więziennictwa: _____
- Departament Bezpieczeństwa Zatrudnienia i jego partnerzy w dziedzinie zatrudnienia: _____
- Administracja ds. Ubezpieczeń Społecznych lub inna agencja federalna: _____
- Proszę zapoznać się z załączoną listą
- Inne: _____

Upoważniam i wyrażam zgodę na udostępnianie następującej dokumentacji i informacji (zaznaczyć wszystkie, które mają zastosowanie):

- Całej dokumentacji mojego klienta Dokumentacji z załączonej listy
- Wyłącznie następującej dokumentacji
- Historii dotyczącej spraw rodzinnych, socjalnych Informacji na temat opieki medycznej Planów leczenia lub opieki lub związanych z zatrudnieniem
- Dokumentacji związanej z płatnościami Indywidualnych ocen Szkoły, wykształcenia i przebytych szkoleń
- Inne (lista): _____

UWAGA: Jeśli dokumentacja klienta zawiera którąkolwiek z poniższych informacji, należy również wypełnić tę sekcję, aby uwzględnić tę dokumentację. Wyrażam zgodę na ujawnienie następujących danych dotyczących (zaznaczyć wszystkie, które mają zastosowanie):

- Zdrowia psychicznego Wyników testów, diagnozy lub leczenia związanego z HIV/AIDS oraz STD Zaburzeń związanych z nadużywaniem substancji

- Niniejsza zgoda obowiązuje przez jeden rok, tak długo, jak DSHS musi mieć dostęp do dokumentacji lub do _____ (data lub zdarzenie).
- Mogę odwołać lub wycofać tę zgodę w dowolnym momencie w formie pisemnej, ale nie będzie to miało wpływu na już udostępnione informacje.
- Rozumiem, że dokumentacja udostępniona na podstawie tej zgody może nie być już chroniona przez przepisy prawne obowiązujące w DSHS.
- Kopia niniejszego formularza jest ważna, aby wyrazić zgodę na udostępnianie dokumentacji.

PODPIS	DATA	ŚWIADEK / NOTARIUSZ (PODPISAĆ I NAPISAĆ NAZWISKO DRUKOWANYMI LITERAMI, JEŚLI DOTYCZY)	DATA
PODPIS RODZICA LUB INNEGO PRZEDSTAWICIELA (JEŚLI DOTYCZY)		NUMER TELEFONU (W TYM NUMER KIERUNKOWY)	DATA

Jeśli nie jestem osobą, której dotyczy dokumentacja, jestem upoważniony do złożenia podpisu, ponieważ jestem: (załączyć dowód upoważnienia)

- Rodzicem Opiekunem prawnym (załączyć nakaz sądowy) Przedstawicielem osobistym Inne: _____

ZAWIADOMIENIE DLA ODBIORCÓW INFORMACJI: Jeżeli dokumentacja ta zawiera informacje o HIV, chorobach wenerycznych lub AIDS, nie wolno ujawniać dalej tych informacji bez specjalnej zgody klienta. Jeśli otrzymałeś informacje dotyczące nadużywania narkotyków lub alkoholu przez klienta, musisz zamieścić następujące oświadczenie przy dalszym ujawnianiu informacji zgodnie z wymogami 42 CFR 2.32:

Informacje te zostały Państwu ujawnione na podstawie dokumentacji chronionej federalnymi przepisami dotyczącymi poufności (42 CFR część 2). Przepisy federalne zabraniają dalszego ujawniania tych informacji, chyba że dalsze ich ujawnienie jest wyraźnie dozwolone na podstawie pisemnej zgody osoby, której dotyczą, lub w inny sposób dozwolony przez 42 CFR część 2. Ogólne upoważnienie do udostępniania informacji medycznych lub innych NIE jest wystarczające do tego celu. Przepisy federalne ograniczają jakiegokolwiek wykorzystanie informacji do prowadzenia dochodzeń w sprawach karnych lub ścigania pacjentów nadużywających alkoholu lub narkotyków.

WSKAZÓWKI DOTYCZĄCE WYPEŁNIENIA FORMULARZA ZGODY

Cel: Skorzystaj z tego formularza, jeśli potrzebujesz zgody na ciągle wykorzystywanie poufnych informacji o kliencie w DSHS lub na ujawnienie tych informacji innym agencjom w celu koordynacji usług, leczenia, płatności lub działań agencji lub w innych celach określonych przez prawo. Klienci to osoby otrzymujące świadczenia lub usługi z DSHS.

Wykorzystanie Jeśli to możliwe, wypełnij ten formularz elektronicznie, aby ułatwić czytanie. **Dla każdej osoby, w tym dzieci, należy wypełnić oddzielny formularz.** Słowo „Ty” w instrukcji odnosi się do pracownika DSHS, a „Państwo” na formularzu odnosi się do klienta. Udostępnianie dokumentacji obejmuje wykorzystywanie i ujawnianie poufnych informacji o kliencie.

Części formularza:

DANE IDENTYFIKACYJNE:

- **Imię i nazwisko:** Na każdym formularzu należy podać imię i nazwisko tylko jednego klienta. Uwzględnij wszystkie poprzednie nazwiska, których klient mógł używać podczas otrzymywania usług.
- **Data urodzenia:** Potrzebna do identyfikacji klienta spośród osób o podobnych nazwiskach.
- **Numer dowodu tożsamości:** Należy podać numer dowodu tożsamości klienta lub inny identyfikator, taki jak numer ubezpieczenia społecznego (nie jest wymagany), aby pomóc w identyfikacji zapisów i śledzeniu historii oraz otrzymanych usług.
- **Adres i telefon:** Dodatkowe informacje, które pomogą w odnalezieniu i identyfikacji lub skontaktowaniu się z klientem.
- **Inne:** W tym polu należy umieścić wszelkie dodatkowe informacje, które mogą pomóc w zlokalizowaniu zapisów, które mogą obejmować jednostki DSHS zaangażowane w usługi, nazwiska członków rodziny lub inne istotne informacje.

ZGODA (UPOWAŻNIENIE):

- **Agencje lub osoby dokonujące wymiany dokumentacji:** Wypełnienie tego formularza przez klienta pozwala na wykorzystanie i udostępnienie poufnych informacji w obrębie całego DSHS. DSHS będzie mogło ujawniać i otrzymywać poufne informacje od wymienionych agencji lub osób z zewnątrz. Należy podać informacje identyfikujące agencje lub dostawców, w tym nazwę, adres lub lokalizację, jeśli to możliwe. Można również dołączyć listę agencji, którym wolno udostępniać informacje, którą klient musi również podpisać.
- **Zawarte informacje:** Klienci muszą wskazać, jaka dokumentacja jest objęta zgodą. Klient może udostępnić całą dokumentację lub może ograniczyć zawarte zapisy według daty, typu lub źródła zapisu. Jeśli klient nie podpisze zgody lub nie wskaże konkretnego zapisu, udostępnienie tego zapisu będzie nadal dozwolone, jeśli zezwala na to prawo. Można dołączyć listę objętych zapisów, którą klient musi również podpisać. Jeżeli jakkolwiek dokumentacja zawiera informacje dotyczące zdrowia psychicznego (RCW 71.05.620), testowania lub leczenia HIV/AIDS lub STD (RCW 70.02.220) lub usług związanych leczeniem zaburzeń wynikających z nadużywania narkotyków i alkoholu (42 CFR 2.31(a)(5)), klient musi wyraźnie zaznaczyć te obszary, aby wyrazić zgodę na udostępnienie tejże dokumentacji. Niniejszy formularz nie dotyczy notatek z psychoterapii zgodnie z 45 CFR 164.508(b)(3)(ii); należy wypełnić oddzielny formularz, aby włączyć te zapisy.
- **Okres obowiązywania:** Należy podać datę wygaśnięcia zgody, która służy celom programowym lub jest przewidziana przez prawo.
- **Zrozumienie:** Upewnij się, że klient rozumie, jakiego pozwolenie udziela oraz w jaki sposób i dlaczego udostępniane będą informacje. W razie potrzeby skorzystaj z przetłumaczonego formularza oraz usług tłumacza lub przeczytaj formularz na głos. Jeśli klient potrzebuje więcej informacji, należy dostarczyć dodatkową kopię Powiadomienia DSHS o zasadach zachowania poufności lub skierować klienta do osoby odpowiedzialnej za ujawnianie informacji publicznych w danej jednostce.

PODPISY:

- **Klient:** Pole to musi zostać podpisane przez klienta lub dziecko, które osiągnęło wiek zgody (13 lat w przypadku zdrowia psychicznego oraz usług związanych leczeniem zaburzeń wynikających z nadużywania narkotyków i alkoholu; 14 lat w przypadku HIV/AIDS i innych chorób wenerycznych; dowolny wiek w przypadku kontroli urodzeń i aborcji; 18 lat w przypadku opieki zdrowotnej i innych rejestrów). Należy pamiętać o podaniu daty złożenia podpisu. Klient może wstawić znak w tym polu, czego musisz być świadkiem.
- **Świadek lub notariusz:** Świadek lub notariusz może być potrzebny do zweryfikowania Twojej tożsamości, jeśli nie prześlesz tego formularza osobiście lub jeśli program wymaga weryfikacji. Osoba ta powinna podpisać się i napisać swoje nazwisko drukowanymi literami.
- **Rodzic lub inny przedstawiciel:** Jeśli klientem jest dziecko, które nie może wyrazić zgody, podpis musi złożyć rodzic lub opiekun. Jeśli dziecko nie osiągnęło wieku, w którym można wyrazić zgodę na udostępnianie wszystkich zapisów, podpisy muszą zostać złożone zarówno przez dziecko, jak i rodzica. Jeśli klient został uznany za prawnie niekompetentnego, wyznaczony przez sąd opiekun musi podpisać i dostarczyć kopię postanowienia o wyznaczeniu pełnomocnika. Jeżeli ktoś podpisuje formularz w innym charakterze (w tym osoba posiadająca pełnomocnictwo lub pełnomocnik w sprawie spadkowej), zaznacz „inne” i uzyskaj kopię upoważnienia do działania. Osoba składająca podpis musi opatrzyć go datą i podać numer telefonu lub dane kontaktowe.