

Identifikacija klijenta		
IME I PREZIME	DATUM ROĐENJA	BROJ LIČNE IDENTIFIKACIJE
ADRESA BORAVKA	GRAD	DRŽAVA POŠTANSKI BROJ (Zip Code)
BROJ TELEFONA (UKLJUČITI POZIVNI BROJ)	OSTALE INFORMACIJE	



Pristanak Consent

Obavještenje klijentima: Department of Social and Health Services - DSHS (Odeljenje za socijalne i zdravstvene usluge) vam bolje može pomoći ako smo u mogućnosti da saradujemo sa drugim agencijama i stručnjacima koji poznaju vas i vašu porodicu. Potpisivanjem ovog obrasca dajete dozvolu DSHS-u i dolje navedenim agencijama i pojedincima da koriste i razmjenjuju povjerljive informacije o vama. DSHS ne može da vam odbije beneficije zato što niste potpisali ovaj obrazac, osim ukoliko je vaša saglasnost potrebna za određivanje vaše podobnosti. Ako ne potpišete ovaj obrazac, DSHS i dalje može razmjenjivati informacije o vama u obimu dozvoljenim zakonom. Ako imate nekih pitanja o tome kako DSHS razmjenjuje povjerljive informacije ili o vašim pravima na privatnost, molimo pogledajte DSHS-ovo Notice of Privacy Practices (Obavještenje o praksi privatnih podataka) ili se obratite osobi koja vam daje ovaj obrazac.

Pristanak

1. Pristajem na upotrebu povjerljivih informacija o meni u okviru DSHS-a radi planiranja, pružanja i koordinacije usluga, liječenja, uplata i beneficija za mene ili u druge zakonom utvrđene svrhe. Takođe dajem dozvolu DSHS-u i dolje navedenim agencijama, pružaocima usluga ili osobama da koriste moje povjerljive podatke i otkriju ih jedni drugima u ove svrhe. Informacije mogu biti razmjenjene usmeno ili u elektronskom obliku, poštom ili ličnim uručivanjem.

Razlog za otkrivanje: Ove informacije su potrebne prije nego što DSHS bude moglo podijeliti zdravstvenu dokumentaciju o drogama i alkoholu ili mentalnom zdravlju. Ako ne popunite ovo polje, DSHS će evidentirati da je razlog za otkrivanje podataka bio na vaš zahtjev.

Označite ispod sve subjekte koji su uz DSHS uključeni u ovaj pristanak i identifikujte ih nazivom i adresom:

- Zdravstvene ustanove: _____
- Zdravstvene ustanove za mentalno zdravlje: _____
- Zdravstvene ustanove za poremećaje zbog zloupotrebe supstanci: _____
- Drugi pružaoci usluga pod ugovorom sa DSHS-om: _____
- Stambeni programi: _____
- Školski okruzi ili koledži: _____
- Kazneno-popravni odjel: _____
- Odeljenje za osiguranje zaposlenja i njegovi partneri u zapošljavanju: _____
- Uprava za socijalno osiguranje ili druge savezne agencije: _____
- Vidjeti priloženu listu
- Drugo:

2. Razlog za otkrivanje Kontinuitet liječenja Pravni razlozi Lični Drugo:

3. Dajem ovlaštenje i pristanak za dijeljenje sljedeće evidencije i podataka (označiti sve što važi):

- Sva moja evidencija klijenta Dokumentacija na priloženoj listi
- Samo sljedeća evidencija
 - Porodična, socijalna i istorija zaposlenja
 - Planovi liječenja ili njege
 - Evidencije plaćanja
 - Individualne procjene
 - Škola, obrazovanje i obuka
 - Informacije o liječenju mentalnog zdravlja (navesti):
 - Podaci o njezi zdravlja (navesti):
 - Drugo (navesti):

Identifikacija klijenta		
IME I PREZIME	DATUM ROĐENJA	BROJ LIČNE IDENTIFIKACIJE
<p>Napominjemo: Ako vaša evidencija klijenta sadrže bilo šta od sljedećih podataka, morate takođe popuniti i ovaj dio da biste uključili tu evidenciju.</p> <p>Dajem dozvolu za otkrivanje sljedeće evidencije (označiti sve primjenjivo):</p> <p><input type="checkbox"/> Mentalno zdravlje <input type="checkbox"/> Rezultati testiranja na HIV/AIDS i polno prenosive bolesti, dijagnoze ili liječenje</p> <p><input type="checkbox"/> Poremećaj zbog zloupotrebe supstanci</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ovaj pristanak važi jednu godinu ili <input type="checkbox"/> do _____ (datum ili događaj). • U svakom trenutku mogu pismeno poništiti ili povući ovaj pristanak, ali to neće uticati na bilo koje podatke koji su već podijeljeni. • Razumijem da evidencije razmijenjene u skladu s ovim pristankom više ne mogu biti zaštićene po zakonima koji važe za DSHS. • Kopija ovog obrasca je važeća za davanje mog pristanka za dijeljenje evidencija. 		
POTPIS		DATUM
POTPIS SVJEDOKA / NOTARA, AKO JE PRIMJENJIVO	IME I PREZIME SVJEDOKA / NOTARA ŠTAMPANIM SLOVIMA	DATUM
POTPIS RODITELJA ILI DRUGOG ZASTUPNIKA (AKO JE PRIMJENJIVO)	BROJ TELEFONA (UKLJUČITI POZIVNI BROJ)	DATUM
<p>Ako ja nisam subjekat evidencija, ja imam ovlaštenje da potpišem jer sam: (priložiti dokaz o ovlaštenju)</p> <p><input type="checkbox"/> Roditelj <input type="checkbox"/> Zakonski staratelj (priložiti sudski nalog) <input type="checkbox"/> Lični zastupnik <input type="checkbox"/> Drugo:</p>		

Obavještenje primaocima informacija: Ako ove evidencije sadrže podatke o HIV-u/AIDS-u ili polno prenosivim bolestima, ne smijete dalje otkrivati te podatke bez izričitog odobrenja klijenta. Ako ste primili podatke u vezi sa klijentovom zloupotrebom droga ili alkohola, kada dalje otkrivete te podatke morate, kao što se zahtjeva po 42 CFR 2.32, uključiti i sljedeću izjavu:

Ovi podaci su vam otkriveni iz evidencija koje su pod zaštitom Saveznih pravila o povjerljivosti (42 CFR deo 2). Savezna pravila vam zabranjuju da vršite dalje otkrivanje ovih podataka osim ukoliko dalje otkrivanje nije izričito dozvoljeno pismenim pristankom osobe na koju se odnose, ili je na drugi način dozvoljeno po 42 CFR dio 2. Opšte ovlaštenje za odavanje medicinskih ili drugih informacija NIJE dovoljno za ovu svrhu. Savezna pravila ograničavaju bilo kakvu upotrebu podataka da bi se vršila krivična istraga ili gonjenje pacijenta zbog zloupotre alkohola ili droge.

Uputstvo za popunjavanje obrazaca pristanka, DSHS 14-012

Upotreba: Koristite ovaj obrazac kada vam je potreban pristanak za korištenje povjerljivih podataka na trajnoj osnovi o klijentu u okviru DSHS-a, ili za otkrivanje takvih podataka drugim agencijama radi koordinacije usluga za liječenje, plaćanje ili agencijske operacije ili u druge svrhe koje zakon priznaje.

Ovaj obrazac popunite elektronski, ako je moguće. Morate popuniti **zaseban obrazac za svaku osobu, uključujući djecu.**

Dijelovi obrasca:

IDENTIFIKACIJA:

- Ime i prezime: Na svakom obrascu navedite ime samo jednog klijenta. Uključite sva ranija imena koja je klijent možda koristio tokom primanja usluga.
- Datum rođenja: Potreban je radi identifikovanja klijenta među osobama sa sličnim imenima.
- Identifikacioni broj: Navedite broj identifikacije klijenta ili drugi identifikator, kao što je broj socijalnog osiguranja (nije obavezan) radi pomoći u identifikaciji evidencija i praćenju hronologije i primljenih usluga.
- Drugo: U ovo polje uključite bilo kakve dodatne informacije koje mogu pomoći u lociranju evidencija, odnosno dokumentacije, kao što je uključenost DSHS-a u usluge, imena članova porodice ili druge relevantne informacije.

PRISTANAK (OVLAŠTENJE):

- Razlog za otkrivanje: Ove informacije su potrebne prije nego što DSHS bude moglo podijeliti zdravstvenu dokumentaciju o drogama i alkoholu ili mentalnom zdravlju. Ako ne popunite ovo polje, DSHS će evidentirati da je razlog za otkrivanje podataka bio na vaš zahtjev.
- Agencije ili osobe koje razmjenjuju evidencije odnosno dokumentaciju: Ovaj popunjeni obrazac omogućava: (1) korištenje i otkrivanje povjerljivih informacija unutar DSHS-a i sa agencijama ili osobama navedenim na listi; i (2) otkrivanje povjerljivih informacija DSHS-u od strane vanjskih agencija ili navedenih osoba. Možete priložiti i listu agencija kojima je dozvoljeno da razmjenjuju podatke, koju klijent takođe mora potpisati.
- Uključeni podaci: Klijenti moraju naznačiti koje su evidencije pokrivene pristankom. Klijenti mogu staviti na raspolaganje sve evidencije ili mogu ograničiti uključene evidencije po datumu, vrsti ili izvoru evidencije. Ako klijent ne potpiše pristanak ili ne precizira određenu evidenciju, dijeljenje takve evidencije će još uvijek biti dozvoljeno ukoliko to dopušta zakon. Možete priložiti listu pokrivenih evidencija, koju klijent takođe mora potpisati. Ako bilo koje evidencije, odnosno dokumentacija, uključuju podatke koji se odnose na mentalno zdravlje (RCW 71.05.620), testiranje na HIV/AIDS ili polno prenosive bolesti i njihovo liječenje (RCW 70.02.220), ili usluge zbog zloupotreba droga i alkohola (42 CFR 2.31(a)(5)), klijent mora posebno označiti te oblasti da bi dao pristanak za dijeljenje tih evidencija. Ovaj obrazac nije važeći za uključivanje bilježaka sa psihoterapije prema 45 CFR 164.508(b)(3)(ii), pa za uključivanje tih evidencija mora biti popunjen poseban obrazac.
- Trajanje: Uključite datum isteka za pristanak, ako mu nije trajanje jednu godinu. Pristanak ističe za godinu dana, osim ako ne navedete drugi datum.
- Razumijevanje: Osigurajte da klijent razumije kakav pristanak se daje i kako i zašto se dijele informacije. Ako je potrebno, koristite prevedeni obrazac i tumača ili pročitajte obrazac naglas. Ako je klijentu potrebno više informacija, obezbedite dodatni primjerak DSHS Obavještenja o praksi privatnih podataka ili uputite klijenta na službenika za javno otkrivanje u vašem sektoru.

POTPIS:

- Klijent: Neka klijent ili dijete starije od dobi potrebne za davanje pristanka (13 godina za mentalno zdravlje i usluge zbog zloupotrebe droge i alkohola; 14 za HIV/AIDS i druge polno prenosive bolesti; bilo koji uzrast za kontrolu rađanja i abortus; 18 za zdravstvenu njegu i drugu dokumentaciju) potpiše ovo polje i unese datum potpisa. Klijent to može zamijeniti oznakom u ovom polju, ako ste vi svjedok.
- Svjedok ili notar: Možda će biti potrebno da svjedok ili notar potvrdi identitet klijenta ako klijent ovaj obrazac ne podnosi lično ili ako program zahtijeva potvrdu. Ta osoba treba staviti svoj potpis i ispisati svoje ime i prezime štampanim slovima.
- Roditelj ili drugi zastupnik: Ako je klijent dijete mlađe od dobi potrebne za davanje pristanka, neophodan je potpis roditelja ili staratelja. Ako dijete ne ispunjava uslov dobi za davanje pristanka za dijeljenje svih evidencija odnosno dokumentacije, potreban je potpis i djeteta i roditelja. Ako je klijent proglašen pravno nekompetentnim, sudski postavljen staratelj mora potpisati i obezbijediti primjerak naloga za svoje imenovanje. Ako neko potpisuje u drugom svojstvu (uključujući osobu sa ovlaštenjem zastupnika ili predstavnika nekretnine), označite „drugo“ i nabavite primjerak pravnog ovlaštenja radi postupaka. Osoba koja potpisuje mora datirati potpis i dati broj telefona ili podatke za kontakt.