

# ODOBRENJE

**PORUKA KORISNICIMA:** Odjeljenje socijano zdravstvenih servisa (Department of Social and Health Services- DSHS) može vam pomoći bolje ako imamo mogućnosti da suradjujemo sa drugim agencijama i profesionalcima koji znaju vasi vasu familiju. Potpisom ovog obrasca dajete odobrenje DSHS-u, agencijama i osobama koji su navedeni na ovom obrascu da raspolazu sa vasim tajnim podacima. DSHS nemoze ukinuti vase beneficije ako vi ne potpisete ovaj obrazac osim ako je ovo odobrenje potrebno za uskladjivanje vasih beneficija. Ako ne potpisete ovaj obrazac, DSHS jos uvijek moze da raspolaze vasim podacima koje su u skladu zakonskih normi. Ako imate pitanja u vezi nacina kako DSHS koristi tajne informacije musterija ili o vasim licnim pravima, molimo vaskontaktirajte DSHS-ovo odjeljenje za privatna prava ili pitajte osobu koja vam daje ovaj obrazac za odobrenje.

IDENTIFIKACIJE KORISNIKA:			
IME	DATUM RODJENJA	IDENTIFIKACIONI BROJ	
ADRESA	GRAD	DRZAVA	POSTANSKI BROJ
BROJ TELEFONA (SA POZIVNIM BROJEM)	OSTALE INFORMACIJE		

ODOBRENJE:
<p>Ja odobravam korištenje mojim privatnih podataka u okviru DSHS-a da planira, provodi, i upravlja servise, tretmane, racune, i beneficije za mene ili za druge svrhe odobrene zakonski. Isto tako dajem dozvolu DSHS-u i navedenim agencijama i osobama koji vode te servise da koriste moje privatne/licne podatke i da mogu raspolagati njima za ove namjere. Informacije se mogu djeliti usmeno ili kompjuterski, postom, ili licnim prenosjenjem.</p> <p><u>Molimo vas da oznacite sve osobe kojima je dato ovo odobrenje sa dodatkom DSHS-a i da ih navedete imenom i adresom:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Doktori: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Psiholozi i savjetnici: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Farmaceuti: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ostale osobe koje imaju ugovor sa DSHS-om: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Stambeni programi: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Skole ili koledji: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Odjel za ispravljanje gresaka: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Odjel za sigurnost zaposlenih i njihovi radni partneri: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Administracija socialne sigurnosti ili druge federalne agencije: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pogledaj na dodatnom listu</p> <p><input type="checkbox"/> Druge: _____</p>

<p>Ja ovascujem raspolaganje slijedećih informacija (oznaci sve koje su potrebne):</p> <p><input type="checkbox"/> Sve informacije (podatke) o meni</p> <p><input type="checkbox"/> Podatke na dodatnoj listi</p> <p><input type="checkbox"/> Samo slijedeće podatke:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Familijamu, socijalnu i radnu istoriju</td> <td><input type="checkbox"/> Zdravstvene informacije</td> <td><input type="checkbox"/> Planove za njegu i tretmane</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Evidenciju o placanju</td> <td><input type="checkbox"/> Licne procjene</td> <td><input type="checkbox"/> Skolstvo, obrazovanje i teninzi</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Druge (navedi): _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Familijamu, socijalnu i radnu istoriju	<input type="checkbox"/> Zdravstvene informacije	<input type="checkbox"/> Planove za njegu i tretmane	<input type="checkbox"/> Evidenciju o placanju	<input type="checkbox"/> Licne procjene	<input type="checkbox"/> Skolstvo, obrazovanje i teninzi	<input type="checkbox"/> Druge (navedi): _____		
<input type="checkbox"/> Familijamu, socijalnu i radnu istoriju	<input type="checkbox"/> Zdravstvene informacije	<input type="checkbox"/> Planove za njegu i tretmane							
<input type="checkbox"/> Evidenciju o placanju	<input type="checkbox"/> Licne procjene	<input type="checkbox"/> Skolstvo, obrazovanje i teninzi							
<input type="checkbox"/> Druge (navedi): _____									

<p><b>MOLIMO VAS OBRATITE PAZNJU:</b> Ako vasi podatci obuhvataju slijedeće stvake morate kompletirati i ovu rubriku da bi se ti podatci mogli uzeti u obzir.</p> <p>Ja dajem moje odobrenje za raspolaganje slijedećih podataka (oznaci sve koje su potrebne):</p> <p><input type="checkbox"/> Psihicko stanje    <input type="checkbox"/> Rezultati testova, diagnoze ili tretmani side i seksualno prenosivih bolesti    <input type="checkbox"/> Farmaceutski servisi</p>
---

<p>- Ovo odobrenje vazi za <input type="checkbox"/> jednu godinu <input type="checkbox"/> sve dok su DSHS-u navedeni podatci potrebni, ili <input type="checkbox"/> do _____ (odredjenog datuma promjene).</p> <p>- Ja mogu pismeno ponistiti ili povuci ovo odobrenje u svakog trenutka, ali to neće imati efekta na već korištene informacije.</p> <p>- Ja razumijem da podatci koji su ovim odobrenjem navedeni neće biti zaštićeni zakonima koji su postavljeni od DSHS-a.</p> <p>- Kopija ove forme daje dozvolu da se raspolaze mojim podacima.</p>
---

POTPIS	DATUM	SLUŽBENIK/POTPIS SVIJEDOKA	DATUM
POTPIS RODITELJA ILI PREDSTAVNIKA (AKO JE POTREBNO)		BROJ TELEFONA	DATUM

<p>Ako ja nisam gore navedena osoba ja imam punomoc da potpisem ovu formu zato sto sam ja: (dodaj pismenu punomoc)</p> <p><input type="checkbox"/> Roditelj    <input type="checkbox"/> Legalni zastitnik (dodaj sudsku odluku)    <input type="checkbox"/> Licni predstavnik    <input type="checkbox"/> Ostalo: _____</p>
---

**NAPOMENA ZA KORISNIKA OVOG FORMULARA:** Ako ov i podatci obuhvataju informacije o sidi ili seksualno zaraznim bolestima, vi nemozete objelodaniti te informacije bez specijalnog odobrenja musterije. Ako ste dobili informacije o uzimanju droge ili alkohola musterije i hocete da otkrijete te informacije, morate se drzati clana zakona koji je naveden u 42 CFR 2.32:

Ove informacije o vama su se objelodanile i one su zasticene federalnim zakonom (pod 42 CFR dio 2). Federani zakon zabranjuje prenos daljih informacija osim ako imate pismeno odobrenje od osobe o kojoj su navedene informacije ili ako je dozvoljeno zakonom 42 CFR dio 2. Opste odobrenje za korištenje zdravstvenih ili drugih informacije nije dovoljno za ove namjere. Informacije o alkoholu i drogi su zasticene federalnim zakonom i nesmiju se koristiti na sudskom procesu ili drugom ispitivanju.

## INSTRUKCIJE ZA KOMPLETIRANJE OVOG FORMULARA ZA ODOBRENJE

**Cilj:** Koristite ovaj formular ako vam treba licne informacije o musteriji DSHS-a ili da odobrite te informacije drugim agencijama za za servise, tretmane, placanja ili za druge svrhe koje su pravno zasticene. Musterije su osobe koje dobijaju beneficije ili druge servise od DSHS-a.

**Koristenje:** Ispuni ovaj formular kompjuterski ako je moguće radi lakseg citanja, **Posebno se ova forma mora ispuniti za svaku osobu, obuhvatajući i djecu.** "Vi" u instrukcijama ovog formulara se odnosi na sluzbenika DSHA-a a "vi" na formularu se odnosi na musteriju. Raspolaganje informacija obuhvata koristenje i otkrivanje licnih informacija o musteriji.

### Rubrike formulara:

#### IDENTIFIKACIJA:

- **Ime:** Napisi samo ime klijenta na svakoj formi. Obuhvati sva imena koja je klijent koristilo pri dobijanju beneficija.
- **Datum rođenja:** Potrebno za indentifikaciju klijenta za osobe sa slicnim imenima.
- **Identifikacioni broj:** Napisi klijentov identifikacioni broj ili drugi broj kao socialni broj (social security) koji ce da pomogne za indentifikaciju klijentovih podataka, istorije, i servisa koje je klijent koristio.
- **Adresa i telefon:** Dodatne informacije koje ce pomoci da indentifikuju klijenta ili za kontaktiranje klijenta.
- **Ostalo:** Obuhvati u ovoj rubrici dodatne informacije koje ce pomoci pri indentifikaciji podataka koje mogu obuhvatati koristenje servisa DSHS-a, imena clanova porodice, ili druge raspolozive informacije.

#### ODOBRENJE (PUNOMOC):

- **Agencije ili osobe koje koriste informacije:** Popunom ovog formulara, klijent daje odobrenje za koristenje licnih podataka sluzbenicima DSHS-a. DSHS je u mogucnosti da raspolaze i dobija licne podatke od agencija van DSHS-a koje su navedene i ovom formularu. Dodaj imena, adrese ili lokacije agencija ili doktora ako je moguće. Vi isto mozete dodati listu agencija sa tim informacijama, ali ta listu klijent mora isto da potpise.
- **Obuhvacene informacije:** Klijent mora naglasiti koje informacije su obuhvacene u ovom odobrenju. Klient moze dati sve informacije na raspolaganje ili isto moze da ograniči koje informacije i koliko dugo se mogu koristiti. Ako klijent ne potpise ovo odobrenje ili ako ne naglasi specificne informacije, sa tim informacijama se moze da raspolaze samo ako je zakonski dozvoljeno. Vi mozete isto dodati listu podataka koje se iznose na raspolaganje i klijent mora da potpise tu listu. Ako ti podatci obuhvataju informacije o umnom zdravlju (RCW 71.05.620), sidi ili testovima ili tretmanima seksualno prenosivih bolesti (RCW 70.02.220), ili o koriscenju droge ili alkohola I servisa za alkoholicare (42 CFR 2.31(a)(5)), klijent mora da naglasi ove rubrike specificno dabi dao odobrenje za raspolaganje tih informacija. Ovaj formular nesime sadrzati zabiljeske o psiho-terapiji pod clanom 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) i posebni formular se treba ispuniti dabi se raspolagalo sa tim informacijama.
- **Rok:** Dodaj datum roka kada ovo odobrenje isticice koji ce biti baziran po tipu i duzini servisa ili po zakonskoj odluci.
- **Razumljevanje:** Klijent mora da razumije zasto daje odobrenje i na koji naci i zasto se stavlja njegove informacije na raspolaganje. Ako je potrebno koristi preveden formular ili prevodioca ili procitaj formular glasno pred klijentom. Ako klijent zahtjeva vise informacija o ovome, dosatvi mu kopiju o DSHS-ovim pravima privatnosti. ili ga uputite u biro za odobrenja informacija u vasoj ustanovi.

#### POTPISI:

- **Klijent:** Potpis klijenta ili djeteta koje je zakonski dozvoljeno da potpise (13 za umno zdravlje i za servise za drogu i alkohol; 14 za sidu i druge seksualno prenosive bolesti; u bilo kojim godinama za kontracepciju i abortuse; 18 za zdravstvo) potpisi ovu rubriku i dodaj datum kad je potpisano. Klijent smije isto dati otisak prsta u ovoj rubrici pred svjedomom.
- **Agent ili svjedok:** Vi ce te potpisati u ovoj rubrici ako ste onaj koji daje ovu formu klijentu i objasnjava je njemu. Molimo vas dodajte vas broj telefona. Ako klijent potpisuje ovaj formular na lokaciji koja nije ustanova za DSHS servise, savjetujte klijenta da ima svjedoka koji ce potpisati u ovoj rubrici i dodati njegov broj telefona. Legalni notar moze isto da sluzi kao svjedok za potpis klijenta.
- **Roditelji ili drugi predstavnik:** Ako je klijent dijete koje nije legalno ovlascono da potpise ovo odobrenje, roditelj ili legalni zastitnik mora da potpise. Ako dijete nije dovoljno staro za odobrenje svih informacija onda moraju i dijete i roditelj da potpisu. Ako klijent nije umno stabilan da potpise za sebe, zastitnik klijenta koji je sudski odredjen mora da potpise i kopija sudskog odredjenja mora da se doda. Ako neko drugi potpisuje ko ima kapacitet autorizacije, zabiljezi "Ostalo" I dodaj kopiju koja pokazuje legalnu autorizaciju. Osoba koja potpisuje mora dodati datum i broj telefona ili druge kontakt informacije.

#### CONSENT