

موافقة CONSENT

إشعار إلى العملاء : يمكن لوزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) مساعدتك على نحو أفضل إذا كان بإمكاننا العمل مع الوكالات الأخرى والمهنيين الذين يعرفونك أنت وأسرتك. وبالتوقيع على هذه الاستمارة، فإنك تمنح الإذن لوزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) والوكالات والأفراد المذكورين أدناه لاستخدام وتبادل المعلومات السرية المتعلقة بك. ولا يمكن لوزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) أن ترفض منحك الفوائد إذا لم تقم بالتوقيع على هذه الاستمارة ما لم تكن هناك حاجة إلى موافقتك لتحديد أهليتك. وإذا لم تقم بالتوقيع على هذه الاستمارة، فإنه ما يزال بإمكان وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) أن تتبادل المعلومات المتعلقة بك إلى الحد المسموح به من قبل القانون. إذا كان لديك تساؤلات حول الكيفية التي تتبادل بها وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) معلومات العميل السرية أو حقوق الخصوصية الخاصة بك، يرجى الاطلاع على إشعار وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) بشأن ممارسات الخصوصية أو أسأل الشخص الذي يعطيك هذه الاستمارة .

هوية العميل :		
الاسم	تاريخ الميلاد	رقم الهوية
العنوان البريدي	المدينة	الولاية
رقم الهاتف (بما في ذلك رمز المنطقة)	معلومات أخرى	الرمز البريدي

الموافقة:
أوافق على استخدام المعلومات السرية المتعلقة بي داخل وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) لتخطيط وتقديم وتنسيق الخدمات والعلاج والمدفوعات والفوائد بالنسبة لي أو لأغراض أخرى مصرح بها في القانون. وأنا أيضاً أمتنع الإذن لوزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) والوكالات ومزودي الخدمات والأفراد المذكورين أدناه، لاستخدام المعلومات السرية الخاصة بي والكشف عنها لأي من هذه الأغراض. ويمكن تبادل المعلومات شفهيًا أو عن طريق نقل البيانات بواسطة الكمبيوتر أو البريد أو تسليمها باليد.
الرجاء مراجعة كافة المذكورين أدناه الذين تم تضمينهم في هذه الموافقة، بالإضافة إلى وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) وتحديد هويتهم بالاسم والعنوان:

- مقدمو خدمات الرعاية الصحية _____:
- مقدمو خدمات الرعاية الصحية النفسية _____:
- مقدمو الخدمات الكيميائية التبعية _____:
- مقدمو خدمات آخرون متعاقدون مع وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) _____:
- برامج الإسكان _____:
- مناطق المدارس أو الكليات _____:
- إدارة السجون _____:
- إدارة ضمان التوظيف وشركاؤها في التوظيف _____:
- إدارة الضمان الاجتماعي أو غيرها من الوكالات الاتحادية الأخرى _____:
- انظر القائمة المرفقة _____:
- أخرى _____:

إنني افوض ووافق على تبادل السجلات والمعلومات التالية (اختر كل ما ينطبق):

<input type="checkbox"/> جميع السجلات الخاصة بموكلي	<input type="checkbox"/> معلومات الرعاية الصحية	<input type="checkbox"/> محفوظات العمالة الأسرية والاجتماعية
<input type="checkbox"/> السجلات الموضحة على القائمة المرفقة	<input type="checkbox"/> التقييمات الفردية	<input type="checkbox"/> سجلات الدفع
<input type="checkbox"/> السجلات التالية فقط	<input type="checkbox"/> خطط العلاج والرعاية	<input type="checkbox"/> أخرى (قائمة):
	<input type="checkbox"/> المدرسة والتعليم والتدريب	

الرجاء ملاحظة : إذا كانت سجلات عميلك تتضمن أيًا من المعلومات التالية، يجب عليك إكمال هذا القسم أيضاً لتضمين تلك السجلات أعطي إذني للكشف عن السجلات التالية (اختر كل ما ينطبق):

- الصحة النفسية نتائج اختبار فيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة/ الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً والتشخيص والعلاج خدمات التبعية الكيميائية
- هذه الموافقة صالحة لمدة سنة واحدة طالما كانت وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) تحتاج السجلات، أو حتى _____ (تاريخ أو حدث).
- إنني قد ألغيت أو أسحب هذه الموافقة في أي وقت كتابياً، ولكن لن يؤثر ذلك على أي من المعلومات المتبادلة بالفعل
- إنني أدرك أن السجلات المشتركة بموجب هذه الموافقة قد لا تكون محمية بموجب القوانين التي تنطبق على وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS).
- تكون نسخة من هذا النموذج صالحة لمنح إذني لتبادل السجلات.

التوقيع	التاريخ	اتصال الوكالة/ توقيع الشاهد	التاريخ
توقيع أحد الوالدين أو أي ممثل آخر (إن وجد)	رقم الهاتف (بما في ذلك رمز المنطقة)	التاريخ	

إذا لم أكن موضوعاً للسجلات، فإنني مفوض بالتوقيع لأنني: (ارفق ما يثبت التفويض)
أحد الوالدين الوصي القانوني (إرفاق أمر المحكمة) الممثل الشخصي أخرى _____:

إشعار لمستلمي المعلومات : إذا كانت هذه السجلات تحتوي على معلومات حول نتائج اختبار فيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة والأمراض المنقولة جنسياً، أو مرض الإيدز، فإنه لا يجوز الكشف عن المزيد من مهابدون إذن محدد من العميل. إذا كنت قد تلقيت معلومات ذات صلة بتعاطي المخدرات أو الكحول من قبل العميل، يجب عليك تضمين البيان التالي عند الكشف عن المزيد من المعلومات على النحو المطلوب في قانون اللوائح الفيدرالية، 42 CFR part 2.32 :
لقد تم الكشف لك عن هذه المعلومات من السجلات التي تحميها قواعد السرية الاتحادية (قانون اللوائح الفيدرالية 42 CFR part 2). وتمنعك القواعد الاتحادية من إجراء أي كشف عن المزيد من هذه المعلومات، ما لم يكن ذلك مسموحاً به صراحة عن طريق موافقة خطية من الشخص الذي يتعلق به الكشف، أو كما هو مسموح به على خلاف ذلك بموجب قانون اللوائح الفيدرالية 42 CFR part 2 الجزء الثاني ولا يعتبر التفويض العام من أجل نشر معلومات عادية أو غيرها كافيًا لهذا الغرض. وتقييد القواعد الاتحادية أي استخدام للمعلومات للتحقيق أو المقاضاة الجنائية فيما يتعلق بتعاطي المريض للكحول أو المخدرات.

إرشادات لإكمال استمارة الموافقة

الغرض: استخدم هذه الاستمارة عند الحاجة الى الموافقة على استعمال معلومات سرية على نحو مستمر حول أحد عملاء وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) أو للكشف عن تلك المعلومات إلى وكالات أخرى لتنسيق الخدمات أو النفع أو العلاج أو عمليات الوكالة أو لأغراض أخرى يعترف بها القانون. العملاء هم الأشخاص الذين يتلقون استحقاقات أو خدمات من وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS).

الاستعمال: قم بتعبئة هذا الاستمارة إلكترونياً إذا كان ذلك ممكناً لتيسير القراءة. **يجب ملء استمارة منفصلة لكل شخص، بمن فيهم الأطفال.** وتشير "أنت" في الإرشادات إلى الموظف في وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) بينما تشير "أنت" في الاستمارة إلى العميل. وتتضمن المشاركة في السجلات استخدام ونشر معلومات سرية عن العميل.

أجزاء من الاستمارة :

تحديد الهوية:

- **الاسم:** تقديم اسم عميل واحد فقط في كل استمارة ويتضمن أي أسماء في السابق يمكن أن يكون قد استخدمها العميل عندما كان يتلقي الخدمات.
- **تاريخ الميلاد:** ضروري لتحديد هوية العميل من بين الأشخاص الذين يحملون أسماء متشابهة.
- **رقم الهوية:** تقديم رقم هوية العميل أو غيرها من الهويات مثل رقم الضمان الاجتماعي (غير مطلوب) للمساعدة على تحديد ومتابعة السجلات والخدمات المقدمة.
- **العنوان والهاتف:** هي معلومات إضافية من شأنها أن تساعد في تحديد موقع وهوية العميل أو الاتصال به.
- **أخرى:** إدراج في هذا المربع أي معلومات إضافية قد تساعد في تحديد موقع السجلات التي قد تشمل أطرافاً من وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) تتعامل مع الخدمات، وأسماء أفراد الأسرة، أو المعلومات الأخرى ذات الصلة.

الموافقة (الترخيص):

- **الوكالات أو الأشخاص الذين يتبادلون السجلات:** إكمال العميل لهذه الاستمارة يسمح باستخدام وتبادل المعلومات السرية داخل كل أقسام وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS). وستكون وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) قادرة على الكشف وتلقي المعلومات السرية من الوكالات الخارجية أو الأشخاص المدرجة أسماؤهم. قم بتقديم معلومات لتحديد هويات الوكالات أو مقدمي الخدمات بما في ذلك الاسم والعنوان والموقع إذا كان ذلك ممكناً. يمكنك أيضاً إرفاق قائمة بالوكالات المسموح لها بتبادل المعلومات والتي يجب على العميل التوقيع عليها كذلك.
- **المعلومات المدرجة:** يجب على العملاء أن يبينوا ما هي السجلات التي يجب ان تغطيها الموافقة. يمكن للعملاء أن يجعلوا كل السجلات متاحة أو أن يقيّدوا السجلات المدرجة حسب تاريخ أو نوع أو مصدر السجل. إذا لم يوقع العميل على الموافقة أو لم يحدد سجلاً معيناً، فإن تبادل هذا السجل لا يزال متاحاً إذا كان يسمح به القانون. يمكنك إرفاق قائمة بالسجلات المغطاة التي يجب على العميل التوقيع عليها كذلك. إذا كانت أية سجلات تتضمن معلومات تتعلق بالصحة النفسية حسب القانون المنقح لوشنطن (RCW 71.05.620) أو اختبار فيروس نقص المناعة (الإيدز) أو الأمراض المنقولة جنسياً أو العلاج (RCW 70.02.220)، أو خدمات المخدرات والكحول الجزء من قانون اللوائح الفيدرالية (5)(a) 42 CFR 2.31، يجب على العميل وضع علامة على هذه المجالات على وجه التحديد لإعطاء الإذن لتبادل هذه السجلات. وهذه الاستمارة غير صالحة لتشمل الملاحظات الخاصة بالعلاج النفسي تحت المادة 45 من قانون اللوائح الفيدرالية (ii)(3)(b) 45 CFR 164.508. ويجب إكمال نموذج منفصل ليشمل تلك السجلات.
- **المدة:** قم بإدراج تاريخ انتهاء صلاحية الموافقة التي تخدم أغراض البرنامج الخاص بك أو وفقاً للقانون.
- **الفهم:** تأكد من أن العميل يدرك ما هو الإذن الممنوح وكيف ولماذا سيتم تبادل المعلومات. وإذا لزم الأمر، استخدم استمارة مترجمة ومترجماً فورياً أو قم بقراءة النموذج بصوت عالٍ. إذا كان العميل يحتاج لمزيد من المعلومات، قم بتوفير نسخة إضافية من إشعار وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) حول ممارسات الخصوصية أو إحالة العميل إلى الموظف المسؤول عن الإفصاح العام في وحدتك.

التوقيعات:

- **العميل:** احصل على توقيع العميل أو الطفل فوق سن الرشد (13 سنة للصحة النفسية وخدمات المخدرات والكحول، 14 سنة للنتائج الأخرى لاختبار فيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة/ الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً، أي سن لتحديد النسل والإجهاض، 18 سنة للرعاية الصحية وغيرها من السجلات) في هذا المربع، وقم بإدراج تاريخ التوقيع عليه. يجوز للعميل استبدال العلامة في هذا المربع الذي كنت شاهداً عليها.
- **اتصال الوكالة أو الشاهد:** سوف تقوم بالتوقيع في هذا المربع إذا كنت أنت من قام بتقديم وشرح الاستمارة إلى العميل، يرجى تضمين رقم هاتفك. إذا كان العميل سيقوم بالتوقيع على الاستمارة بعيداً عن موقع العمل، قم بتوجيه العميل بالحصول على شاهد للتوقيع في هذه الخانة وتقديم رقم هاتفك. ويجوز للموثق العام أن يكون بمثابة شاهد على توقيع العميل.
- **الوالدان أو ممثل آخر:** إذا كان العميل طفلاً تحت سن الرشد، يجب على أحد الوالدين أو الوصي أن يقوم بالتوقيع. وإذا كان الطفل لم يستوف سن الموافقة على كافة السجلات التي سيتم تبادلها، يجب على أحد الوالدين والطفل أن يقوموا سوياً بالتوقيع. إذا كان قد تم الإعلان عن أن العميل غير كفء من الناحية القانونية، يجب على الوصي المعين بواسطة المحكمة التوقيع وتقديم نسخة من أمر التعيين. وإذا قام شخص ما بالتوقيع بصفة أخرى (بما في ذلك الشخص الذي يحمل التوكيل أو ممثل العقارات) ضع علامة على "أخرى" واحصل على نسخة من السلطة القانونية للعمل. وعلى الشخص الذي قام بالتوقيع كتابة تاريخ التوقيع وإعطاء رقم هاتفه أو تفاصيل الإتصال به.