

සේවාවලාභී හඳුනාගැනීම			
නම	උපන් දිනය	හැඳුනුම්පත් අංකය	
ලිපිනය	නගරය	ප්‍රාන්තය	තැපැල් කේතය
දුරකථන අංකය (ප්‍රදේශයේ කේතය ඇතුළුව)	වෙනත් තොරතුරු		



කැමැත්ත ලබා දීම Consent

සේවාවලාභීන් වෙත දැනුම් දීම: සමාජ හා සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුවට (DSHS) ඔබ සහ ඔබේ පවුල ගැන දන්නා අනෙකුත් ආයතන සහ වෘත්තිකයන් සමඟ එක්ව කටයුතු කළ හැකිනම් ඔබට වඩා හොඳ සේවාවක් සැපයිය හැකිය. මෙම පෝරමයට අත්සන් කිරීමෙන්, ඔබ ගැන රහසිගත තොරතුරු භාවිතා කිරීමට සහ බෙදා ගැනීමට DSHS ආයතනයට සහ පහත ලැයිස්තුගත කර ඇති ආයතන හා පුද්ගලයින්ට ඔබ අවසර ලබා දෙයි. ඔබේ සුදුසුකම් තීරණය කිරීම සඳහා ඔබේ කැමැත්ත අවශ්‍ය වන්නේ නම් මිස, ඔබ මෙම පෝරමයට අත්සන් නොකළ නිසා ඔබට හිමි ප්‍රතිලාභ ප්‍රතික්ෂේප කිරීමට DSHS හට නොහැකිය. ඔබ මෙම පෝරමයට අත්සන් නොකළද, නීතියෙන් අවසර දී ඇති ප්‍රමාණයට ඔබ පිළිබඳ තොරතුරු බෙදා ගැනීමට DSHS හට හැකියාව ඇත. DSHS විසින් සේවාවලාභී රහසිගත තොරතුරු බෙදා ගන්නා ආකාරය හෝ ඔබේ රහස්‍යතා අයිතිවාසිකම් පිළිබඳව ඔබට ප්‍රශ්න ඇත්නම්, කරුණාකර DSHS රහස්‍යතා පිළිවෙත් පිළිබඳ නිවේදනය පරිශීලනය කරන්න හෝ මෙම පෝරමය ඔබට ලබා දුන් පුද්ගලයාගෙන් විමසන්න.

කැමැත්ත ලබා දීම

1. මට අවශ්‍ය සේවාවන්, ප්‍රතිකාර, ගෙවීම් සහ ප්‍රතිලාභ සැලසුම් කිරීමට, සැපයීමට සහ සම්බන්ධීකරණය කිරීමට හෝ නීතියෙන් අවසර දී ඇති වෙනත් අරමුණු සඳහා DSHS තුළ මා පිළිබඳ රහසිගත තොරතුරු භාවිතා කිරීමට මම එකඟ වෙමි. එම අරමුණු සඳහාම මගේ රහසිගත තොරතුරු භාවිතා කිරීමට සහ ඒවා එකිනෙකා අතර හෙළිදරව් කිරීමට DSHS ආයතනයට සහ පහත ලැයිස්තුගත කර ඇති ආයතන, සේවා සපයන්නන් හෝ පුද්ගලයින්ට මම අවසර ලබා දෙමි. තොරතුරු වාවිකව, විද්‍යුත් ක්‍රමයට, තැපෑලෙන් හෝ අනිත් ගෙන ගොස් බෙදා ගත හැකිය. හෙළිදරව් කිරීමට හේතුව: මන්දුවා සහ මධ්‍යසාර හෝ මානසික සෞඛ්‍ය වාතර්‍ය බෙදා ගැනීමට පෙර DSHS වෙත මෙම තොරතුරු අවශ්‍ය වේ. ඔබ මෙම කොටස සම්පූර්ණ නොකළහොත්, තොරතුරු හෙළිදරව් කිරීමට හේතුව ඔබේ ඉල්ලීම පරිදි සිදු වුවක් ලෙස DSHS විසින් සටහන් කරනු ඇත.

DSHS ට අමතරව මෙම කැමැත්තට ඇතුළත් වන පහත සඳහන් සියල්ල සලකුණු කර ඔවුන්ගේ නම සහ ලිපිනය සඳහන් කරන්න:

- සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන්: _____
- මානසික සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන්: _____
- මන්දුවා භාවිතය පිළිබඳ ආබාධ සඳහා වන සේවා සපයන්නන්: _____
- අනෙකුත් DSHS ගිවිසුම්ගත සේවා සපයන්නන්: _____
- නිවාස වැඩසටහන්: _____
- පාසල් දිස්ත්‍රික්ක හෝ විද්‍යාල: _____
- බන්ධනාගාර දෙපාර්තමේන්තුව: _____
- රැකියා සුරැකුම් දෙපාර්තමේන්තුව සහ එහි රැකියා පාලකවරුන්: _____
- සමාජ ආරක්ෂණ පරිපාලනය හෝ වෙනත් ෆෙඩරල් ආයතනයක් _____
- අමුණා ඇති ලැයිස්තුව බලන්න
- වෙනත්: _____

2. හෙළිදරව් කිරීමට හේතුව: ප්‍රතිකාරවල අඛණ්ඩතාව නීතිමය පෞද්ගලික වෙනත්:

3. පහත සඳහන් වාතර්‍ය සහ තොරතුරු හුවමාරු කර ගැනීමට මම අවසරය සහ කැමැත්ත ලබා දෙමි (අදාළ සියල්ල සලකුණු කරන්න):

- මගේ සියලුම සේවාවලාභී වාතර්‍ය අමුණා ඇති ලැයිස්තුවේ ඇති වාතර්‍ය
- පහත සඳහන් වාතර්‍ය පමණි
 - පවුල්, සමාජීය සහ රැකියා ඉතිහාසය
 - ප්‍රතිකාර හෝ රැකවරණ සැලසුම්
 - ගෙවීම් වාතර්‍ය
 - පුද්ගල ඇගයීම්
 - පාසල්, අධ්‍යාපන සහ පුහුණු
 - මානසික සෞඛ්‍ය සේවා තොරතුරු (සඳහන් කරන්න):
 - සෞඛ්‍ය සේවා තොරතුරු (සඳහන් කරන්න):
 - වෙනත් (ලැයිස්තුගත කරන්න):

සේවාවලාභී හඳුනාගැනීම		
නම	උපන් දිනය	හැඳුනුම්පත් අංකය
<p>කරුණාකර සලකන්න: ඔබේ සේවාවලාභී වාතර්චල පහත සඳහන් යම් තොරතුරක් ඇතුළත් වේ නම්, එම වාතර්චල ඇතුළත් කිරීමට ඔබ මෙම කොටස ද සම්පූර්ණ කළ යුතුය.</p> <p>පහත සඳහන් වාතර්චල හෙළිදරව් කිරීමට මම මගේ අවසරය ලබා දෙමි (අදාළ සියල්ල සලකුණු කරන්න):</p> <p><input type="checkbox"/> මානසික සෞඛ්‍යය <input type="checkbox"/> HIV/AIDS සහ ලිංගිකව සම්ප්‍රේෂණය වන රෝග (STD) පරීක්ෂණ ප්‍රතිඵල, රෝග විනිශ්චය හෝ ප්‍රතිකාර</p> <p><input type="checkbox"/> මන්ද්‍රව්‍ය භාවිතය පිළිබඳ ආබාධ</p> <ul style="list-style-type: none"> • මෙම කැමැත්ත වසරක කාලයක් සඳහා හෝ <input type="checkbox"/> දක්වා වලංගු වේ _____ (දිනය හෝ සිදුවීම). • මට ඕනෑම අවස්ථාවක ලිඛිතව මෙම කැමැත්ත අවලංගු කිරීමට හෝ ඉල්ලා අස්කර ගැනීමට හැකිය, නමුත් එය දැනටමත් හුවමාරු කර ගෙන ඇති කිසිදු තොරතුරකට බලපාන්නේ නැත. • මෙම කැමැත්ත යටතේ හුවමාරු කර ගන්නා වාතර්චල මින් ඉදිරියට DSHS වෙත අදාළ වන නීති යටතේ ආරක්ෂා නොවිය හැකි බව මම වටහා ගනිමි. • වාතර්චල හුවමාරු කර ගැනීමට මගේ අවසරය ලබා දීම සඳහා මෙම පෝරමයේ පිටපතක් වලංගු වේ. 		
අත්සන		දිනය
අදාළ වන්නේ නම් සාක්ෂිකරු / නොතාරිස් අත්සන,	සාක්ෂිකරුගේ / නොතාරිස්වරයාගේ මුද්‍රිත නම	දිනය
මව, පියා හෝ වෙනත් නියෝජිතයෙකුගේ අත්සන (අදාළ වන්නේ නම්)	දුරකථන අංකය (ප්‍රදේශයේ කේතය ඇතුළුව)	දිනය
<p>මා මෙම වාතර්චලට අදාළ පුද්ගලයා නොවේ නම්, මා අත්සන් කිරීමට බලය ලත් තැනැත්තා වන්නේ මා: (බලය පැවරීමේ සාක්ෂි අමුණන්න)</p> <p><input type="checkbox"/> මව/පියා <input type="checkbox"/> නීත්‍යානුකූල භාරකරු (අධිකරණ නියෝගය අමුණන්න) <input type="checkbox"/> පෞද්ගලික නියෝජිතයා <input type="checkbox"/> වෙනත්:</p>		

තොරතුරු ලබන්නන් සඳහා දැනුම්දීම: මෙම වාතර්චල **HIV, STD** හෝ **AIDS** පිළිබඳ තොරතුරු අඩංගු වේ නම්, සේවාවලාභියාගේ විශේෂ අවසරයකින් තොරව ඔබට එම තොරතුරු තවදුරටත් හෙළිදරව් කළ නොහැක. සේවාවලාභියා විසින් මන්ද්‍රව්‍ය හෝ මත්පැන් අනිසි ලෙස භාවිතා කිරීම සම්බන්ධ තොරතුරු ඔබට ලැබී ඇත්නම්, 42 CFR 2.32 මගින් නියම කර ඇති පරිදි තොරතුරු තවදුරටත් හෙළිදරව් කිරීමේදී ඔබ පහත සඳහන් ප්‍රකාශය ඇතුළත් කළ යුතුය:

ෆෙඩරල් රහස්‍යතා රීති (42 CFR part 2) මගින් ආරක්ෂිත වාතර්චල වලින් මෙම තොරතුරු ඔබට හෙළිදරව් කර ඇත. අදාළ පුද්ගලයාගේ ලිඛිත කැමැත්ත මගින් පැහැදිලිවම අවසර දී ඇත්නම් මීස හෝ 42 CFR part 2 මගින් වෙනත් ආකාරයකින් අවසර දී ඇත්නම් මීස, මෙම තොරතුරු තවදුරටත් හෙළිදරව් කිරීම ෆෙඩරල් රීති මගින් තහනම් කර ඇත. වෛද්‍ය හෝ වෙනත් තොරතුරු මුදා හැරීම සඳහා වන සාමාන්‍ය බලය පැවරීමක් මේ සඳහා ප්‍රමාණවත් නොවේ. මත්පැන් හෝ මන්ද්‍රව්‍ය අනිසි ලෙස භාවිතා කරන ඕනෑම රෝගියෙකුට එරෙහිව අපරාධ පරීක්ෂණ පැවැත්වීම හෝ නඩු පැවරීම සඳහා මෙම තොරතුරු භාවිතා කිරීම ෆෙඩරල් රීති මගින් සීමා කර ඇත.

කැමැත්ත ප්‍රකාශ කිරීමේ පෝරම සම්පූර්ණ කිරීම සඳහා උපදෙස්, DSHS 14-012

භාවිතය: DSHS තුළ සේවාවලට සහභාගී වීමට හෝ ප්‍රතිකාර, ගෙවීම් හෝ නියෝජිතයන්ගේ මෙහෙයුම් සඳහා හෝ නීතියෙන් පිළිගත් වෙනත් අරමුණු සඳහා එම තොරතුරු වෙනත් නියෝජිතයන් වෙත හෙළිදරව් කිරීමට කැමැත්ත අවශ්‍ය වූ විට මෙම පෝරමය භාවිතා කරන්න.

හැකි නම් මෙම පෝරමය විද්‍යුත් ක්‍රමයට සම්පූර්ණ කරන්න. **ළමයින් ද ඇතුළුව සෑම පුද්ගලයෙකු සඳහාම** ඔබ වෙතම පෝරමයක් සම්පූර්ණ කළ යුතුය.

පෝරමයේ කොටස්:

අනන්‍යතාවය

- **නම:** එක් පෝරමයක එක් සේවාවලට සහභාගී වීමට හෝ පමණක් ලබා දෙන්න. සේවා ලබා ගැනීමේදී සේවාදායකයා භාවිතා කර තිබිය හැකි ඕනෑම පෙර නම් ඇතුළත් කරන්න.
- **උපන් දිනය:** සමාන නම් ඇති පුද්ගලයින්ගෙන් සේවාවලට සහභාගී වීමට අවශ්‍ය වේ.
- **හැඳුනුම්පත් අංකය:** වාතර්‍ය හඳුනා ගැනීමට සහ ලබාගත් සේවාවන් පිළිබඳ ඉතිහාසය නිරීක්ෂණය කිරීමට උපකාරී වන සේවාවලට අනන්‍යතා අංකයක් හෝ සමාජ ආරක්ෂණ අංකයක් (අනිවාර්ය නොවේ) වැනි වෙනත් හඳුනාගැනීමක් ලබා දෙන්න.
- **වෙනත්:** වාතර්‍ය සොයා ගැනීමට උපකාරී විය හැකි අමතර තොරතුරු, එනම් සේවාවන් සමඟ සම්බන්ධ වී ඇති DSHS අංශ, පවුලේ සාමාජිකයන්ගේ නම් හෝ වෙනත් අදාළ තොරතුරු මෙම කොටුවට ඇතුළත් කරන්න.

කැමැත්ත (බලය පැවරීම):

- **හෙළිදරව් කිරීමට හේතුව:** මන්දවාස සහ මධ්‍යසාර හෝ මානසික සෞඛ්‍ය වාතර්‍ය බෙදා ගැනීමට පෙර DSHS වෙත මෙම තොරතුරු අවශ්‍ය වේ ඔබ මෙම කොටස සම්පූර්ණ නොකළහොත්, තොරතුරු හෙළිදරව් කිරීමට හේතුව ඔබේ ඉල්ලීම පරිදි සිදු වුවක් ලෙස DSHS විසින් සටහන් කරනු ඇත.
- **වාතර්‍ය හුවමාරු කර ගන්නා නියෝජිතයන්ගේ පුද්ගලයන්:** මෙම සම්පූර්ණ කරන ලද පෝරමය මගින් පහත දෑ සඳහා ඉඩ ලබා දේ: (1) DSHS තුළ සහ ලැයිස්තුගත කර ඇති නියෝජිතයන්ගේ පුද්ගලයන් සමඟ රහස්‍ය තොරතුරු භාවිතා කිරීමට සහ හෙළිදරව් කිරීමට; සහ (2) ලැයිස්තුගත කර ඇති බාහිර නියෝජිතයන්ගේ පුද්ගලයින් විසින් DSHS වෙත රහස්‍ය තොරතුරු හෙළිදරව් කිරීම. තොරතුරු හුවමාරු කර ගැනීමට අවසර ඇති නියෝජිතයන්ගේ ද ඔබට අමුණා ගත හැකි අතර, සේවාවලට සේවාදායකයා ඒ සඳහා ද අත්සන් කළ යුතුය.
- **ඇතුළත් තොරතුරු:** මෙම කැමැත්ත මගින් ආවරණය වන වාතර්‍ය මොනවාදැයි සේවාවලට විසින් දැක්විය යුතුය. සේවාවලට සියලුම වාතර්‍ය ලබා දීමට හෝ දිනය, වගර්‍ය හෝ වාතර්‍යවේ මූලාශ්‍රය අනුව ඇතුළත් කර ඇති වාතර්‍ය සීමා කිරීමට හැකිය. සේවාවලට සේවාවලට සේවාවලට කැමැත්ත ප්‍රකාශ කිරීමේ පත්‍රයකට අත්සන් නොකළහොත් හෝ නිශ්චිත වාතර්‍යවක් සඳහන් නොකළහොත්, නීතියෙන් අවසර ඇත්නම් එම වාතර්‍යව හුවමාරු කර ගැනීමට තවදුරටත් ඉඩ දෙනු ලැබේ. ආවරණය වන වාතර්‍ය ලැයිස්තුවක් ඔබට අමුණා ගත හැකි අතර, සේවාවලට සේවාදායකයා ඒ සඳහා ද අත්සන් කළ යුතුය. යම් වාතර්‍යවල මානසික සෞඛ්‍යය (RCW 71.05.620), HIV/AIDS හෝ ලිංගික සම්ප්‍රේෂණය වන රෝග (STD) පරීක්ෂණ හෝ ප්‍රතිකාර (RCW 70.02.220), හෝ මන්දවාස සහ මත්පැන් සේවා (42 CFR 2.31(a)(5)) සම්බන්ධ තොරතුරු ඇතුළත් වන්නේ නම්, මෙම වාතර්‍ය හුවමාරු කිරීමට අවසර දීම සඳහා සේවාවලට මෙම ක්ෂේත්‍ර විශේෂයෙන් සලකුණු කළ යුතුය. **45 CFR 164.508(b)(3)(ii)** යටතේ මනෝචිකිත්සක සටහන් (psychotherapy notes) ඇතුළත් කිරීමට මෙම පෝරමය වලංගු නොවේ; එම වාතර්‍ය ඇතුළත් කිරීමට වෙනම පෝරමයක් සම්පූර්ණ කළ යුතුය.
- **කාලසීමාව:** කැමැත්ත ප්‍රකාශ කිරීමේ කාලය වසරකට වඩා වෙනස් නම්, එය කල් ඉකුත් වන දිනයක් ඇතුළත් කරන්න. ඔබ වෙනත් දිනයක් සඳහන් නොකළහොත් මෙම කැමැත්ත වසරකින් කල් ඉකුත් වේ.
- **අවබෝධ කර ගැනීම:** ලබා දෙන්නේ කුමන අවසරයක්ද යන්න සහ තොරතුරු හුවමාරු කර ගන්නේ කෙසේද සහ ඇයිද යන්න පිළිබඳව සේවාවලට අවබෝධයක් ඇති බවට සහතික වන්න. අවශ්‍ය නම්, පරිවර්තනය කරන ලද පෝරමයක් සහ පරිවර්තනයක සඳහා භාවිතා කරන්න හෝ පෝරමය ශබ්ද නඟා කියවන්න. සේවාවලට වැඩි විස්තර අවශ්‍ය නම්, DSHS පුද්ගලික රහස්‍යතා පිළිවෙත් පිළිබඳ නිවේදනයේ අමතර පිටපතක් ලබා දෙන්න හෝ සේවාවලට ඔබේ අංශයේ මහජන හෙළිදරව් කිරීමේ නිලධාරියා (public disclosure officer) වෙත යොමු කරන්න.

අත්සන්:

- **සේවාවලට:** සේවාවලට හෝ කැමැත්ත ලබා දිය හැකි වයසේ පසුවන දරුවෙකු ලවා (මානසික සෞඛ්‍ය සහ මන්දවාස සේවා සඳහා 13; HIV/AIDS සහ අනෙකුත් STD සඳහා 14; උපන් පාලන සහ ගබ්සා කිරීම් සඳහා ඕනෑම වයසක; සෞඛ්‍ය සේවා සහ අනෙකුත් වාතර්‍ය සඳහා 18) මෙම කොටුවේ අත්සන් කරවා අත්සන් කළ දිනය ඇතුළත් කරන්න. සේවාවලට ඔබ සාක්ෂි දරන සලකුණක් මෙම කොටුවේ ආදේශ කළ හැකිය.
- **සාක්ෂිකරු හෝ නොතාර්ස්:** සේවාවලට මෙම පෝරමය පෞද්ගලිකව ඉදිරිපත් නොකරන්නේ නම් හෝ වැඩසටහනක් මගින් සත්‍යාපනයක් ඉල්ලා සිටින්නේ නම්, සේවාවලට අනන්‍යතාවය තහවුරු කිරීමට සාක්ෂිකරුවෙකු හෝ නොතාර්ස්වරයෙකු අවශ්‍ය විය හැකිය. මෙම පුද්ගලයා අත්සන් කර ඔහුගේ හෝ ඇයගේ නම මුද්‍රිත අකුරින් ලිවිය යුතුය.
- **මව, පියා හෝ වෙනත් නියෝජිතයෙකු:** සේවාවලට කැමැත්ත ලබා දිය හැකි වයසට වඩා අඩු දරුවෙකු නම්, මව, පියා හෝ භාරකරු අත්සන් කළ යුතුය. හුවමාරු කර ගත යුතු සියලුම වාතර්‍ය සඳහා දරුවා කැමැත්ත දිය හැකි වයසේ පසුවන්නේ නැතිනම්, දරුවා සහ මව/පියා යන දෙදෙනාම අත්සන් කළ යුතුය. සේවාවලට නීත්‍යානුකූලව අයෝග්‍ය තැනැත්තෙකු ලෙස ප්‍රකාශයට පත් කර ඇත්නම්, අධිකරණය විසින් පත් කරන ලද භාරකරු අත්සන් කර පත්වීම් නියෝගයේ පිටපතක් ලබා දිය යුතුය. වෙනත් ධුරයක් දරන්නෙකු (ඇටෝනරි බලපත්‍රයක් සහිත පුද්ගලයෙකු හෝ දේපළ නියෝජිතයෙකු ඇතුළුව) අත්සන් කරන්නේ නම්, "වෙනත්" යන්න සලකුණු කර ක්‍රියා කිරීම සඳහා වන නීත්‍යානුකූල බලය දක්වන ලියකියවිල්ලක පිටපතක් ලබා ගන්න. අත්සන් කරන පුද්ගලයා අත්සන් කරන ලද දිනය යොදා දුරකථන අංකයක් හෝ සම්බන්ධ කර ගත හැකි තොරතුරු ලබා දිය යුතුය.