

Kitambulisho ya Mteja

JINA	TAREHE YA KUZALIWA	NAMBARI YA KITAMBULISHO	
ANWANI	JIJI	JIMBO	MSIMBO WA POSTA
NAMBARI YA SIMU (JUMUISHA MSIMBO WA ENEO)		HABARI NYINGINE	

**Kibali**

Taarifa kwa Mteja: The Department of Social and Health Services (Idara ya Huduma za Jamii na Afya, DSHS) itakusaidia vyema iwapo tutaweza kufanya kazi na mashirika na wataalamu wanaokujua wewe na familia yako. Kwa kusaini fomu hii, inaipatia ruhusa DSHS na mashirika na watu binafsi walioorodheshwa hapa chini kutumia na kushiriki taarifa inayokuhusu ya siri. DSHS haitakukataza faida iwapo hutasaini fomu hii isipokuwa idhini yako ihitajike kuamua ustahili wako. Iwapo hutasaini fomu hii, DSHS bado itashiriki taarifa inayokuhusu kwa kiwango inayokubalika kisheria. Iwapo una maswali kuhusu vile DSHS inashiriki taarifa ya kisiri ya mteja au haki zako za faragha, tafadhali shauriana na Notice of Privacy Practices (Notisi ya Mbinu za Faragha) ya DSHS au uliza mtu atakayekupa fomu hii.

Kibali

1. Ninakubali kutumika kwa taarifa ya kisiri inayonihusu ndani ya DSHS kupanga, kutoa, na kuratibu huduma, matibabu, malipo, na faida kwangu au kwa malengo mengine yaliyoidhinishwa na sheria. Pia ninaipa ruhusa DSHS na mashirika yaliyoorodheshwa hapa chini, watoa huduma, au watu kutumia habari yangu ya kisiri na kufumbua kati yao wenyewe kwa malengo haya. Taarifa inaweza kushirikishwa kupitia maneno au kielektroniki, kwa tovuti, au kupitisha mkononi.

Sababu ya Kufichua: Taarifa hii inahitajika kabla ya DSHS kuweza kushiriki rekodi za madawa za kulevya na pombe na afya ya akili. Usipojaza sehemu hii, DSHS itajaza sababu ya kufichua kuwa katika ombi lako.

Tafadhali angalia hizi zote hapa chini katika idhini hii pamoja na DSHS na kuzitambulisha kwa jina na anwani;

- Watoa huduma ya afya: _____
- Watoa huduma ya afya ya akili: _____
- Watoa huduma ya Substance use disorder (Matatizo ya utumiaji wa madawa ya kulevya): _____
- Watoa huduma wengine walio na kandarasi na DSHS: _____
- Programu ya makazi: _____
- Wilaya za shule au vyuo: _____
- Idara ya marekebisho: _____
- Idara ya Usalama wa Ajira na washirika wa ajira: _____
- Usimamiaji wa Shirikisho la Usalama wa Social Security Administration
(Jamii au shirika zingine za shirikisho): _____
- Tazama orodha iliyoambatanishwa
- Nyingine:

2. Sababu ya kufichua: Mwendelezo wa huduma Kisheria Kibinafsi Nyingine:

3. Ninaruhusu na kuidhinisha kushiriki rekodi na taarifa zifuatazo (weka tiki kwa yote yanayotumika):

- Rekodi zote za wateja wangu Rekodi katika orodha iliyoambatanishwa
- Rekodi za orodha zifuatazo pekee
 - Historia ya familia, jamii na ajira
 - Mipango ya matibabu na huduma
 - Rekodi ya malipo
 - Tathmini za kibinafsi
 - Shule, masomo, na mafunzo
 - Taarifa ya malezi ya afya ya akili (bainisha):
 - Taarifa ya malezi ya afya (bainisha):
 - Mengine (taja):

Kitambulisho ya Mteja		
JINA	TAREHE YA KUZALIWA	NAMBARI YA KITAMBULISHO
<p>Tafadhali kumbuka: Iwapo rekodi za mteja wako ni pamoja na kati ya taarifa yoyote inayofuata, ni lazima pia ujaze sehemu hii kujumuisha rekodi hizi.</p> <p>Ninatoa ruhusa yangu kufichua rekodi zifuatazo (weka tiki kwa yote yanayotumika):</p> <p><input type="checkbox"/> Afya ya kiakili <input type="checkbox"/> matokeo ya HIV/AIDS (VVU/UKIMWI) na STD, <input type="checkbox"/> Substance Use Disorder (Matatizo ya utambuzi, au matibabu) <input type="checkbox"/> Matumizi ya Dawa za Kulevya)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idhini hii ina uhalali wa mwaka moja au <input type="checkbox"/> hadi _____ (tarehe au tokeo). • Ninaweza kubatilisha au kuondoa idhini hii wakati wowote kwa maandishi, lakini hiyo haitaathiri taarifa yoyote ambayo nimeshashiriki. • Ninaelewa kuwa rekodi zinazoshirikishwa chini ya idhini hii haiwezi kulindwa tena chini za sheria zinazotumika na DSHS. • Nakala ya fomu hii ni halali kupeana ruhusa yangu kushiriki rekodi. 		
SAINI		TAREHE
SHAHIDI/SAINI YA MTHIBITISHAJI, IWAPO INAWEZEKANA	SHAHIDI/JINA LA MTHIBITISHAJI LILILOCHAPISHWA	TAREHE
SAINI YA MZAZI AU MTHIBITISHAJI YEYOTE (IWAPO INAWEZEKANA)	NAMBARI YA SIMU (JUMUISHA MSIMBO WA ENEO)	TAREHE
<p>Iwapo mimi sio mada ya rekodi, nimeidhinishwa kusaini kwa sababu mimi ni: (ambatanisha thibitisho la mamlaka)</p> <p><input type="checkbox"/> Mzazi <input type="checkbox"/> Mlinzi wa Kisheria (ambatanisha mamlaka ya mahakama) <input type="checkbox"/> Msimamizi binafsi <input type="checkbox"/> Nyingine:</p>		

Tangazo kwa Wapokeaji wa Taarifa: Iwapo rekodi hizi zinahusu taarifa kuhusu HIV, STD, au AIDS, huwezi kufichua zaidi habari hii bila ya ruhusa mahususi ya mteja. Iwapo umepokea taarifa inayohusiana na **matumizi mabaya ya madawa au pombe** kutoka kwa mteja, unapaswa kujumuisha kauli ifuatayo unapotaka kufichua taarifa zaidi inavyohitajika na 42 CFR 2.32:

Taarifa hii imefichuliwa kwako kutoka kwa rekodi zilizolindwa na Sheria za Shirikisho za Usiri (42 CFR sehemu 2). Sheria za Shirikisho zinakuzuia kufichua zaidi taarifa yoyote isipokuwa kufichua zaidi unaruhusiwa na idhini iliyoandikwa ya mwenye rekodi au vinginevyo iliyoamrisha na 42 CFR sehemu 2. Idhini ya jumla ya utoaji wa taarifa ya kiafya au nyingineyo HAITOSHI kwa hii sababu. Sheria za Shirikisho zinazuia matumizi yoyote ya taarifa kuchunguza au kushtaki kwa jinai mgonjwa yeyote wa matumizi mabaya ya pombe au madawa ya kulevya.

Maelezo ya Kukamilisha Fomu ya Idhini, DSHS 14-012

Tumia: Tumia fomu hii unapohitaji kutumia au kushiriki taarifa ya kisiri kuhusu mteja katika msingi unaoendelea kuhusu mteja ndani ya DSHS au kufichua taarifa hiyo kwa washiriki wengine ili kushirikisha huduma au kwa matibabu, malipo au shughuli za shirika au kwa sababu zingine zilizobainiwa kisheria.

Jaza fomu hii kielektroniki ikiwezekana. Lazima ujaze **fomu tofauti ya kila mmoja, pamoja na watoto.**

Sehemu za Fomu:

KITAMBULISHO:

- Jina: Toa jina la mteja mmoja pekee kwa kila fomu. Ongeza jina zozote za kitambo ambayo mteja anaweza kuwa ametumia kupokea huduma.
- Tarehe ya Kuzaliwa: Inahitajika kutambulisha mteja kutokana na watu walio na jina sawa.
- Nambari ya Kitambulisho: Toa nambari ya kitambulisho au kitambulisho nyingine kama vile social security number (nambari ya usalama ya jamii) (haihitajiki) kusaidia kutambua rekodi na historia ya kufuatilia na huduma zilizopokewa.
- Nyingine: Ongeza kwenye jedwali hili taarifa yoyote ya ziada inayoweza kutusaidia kufikia rekodi, kama vile DSHS kuhusika katika huduma, jina za wanafamilia, au taarifa yoyote inayohusiana.

IDHINI (RUHUSA):

- Sababu ya Kufichua: Taarifa hii inahitajika kabla ya DSHS kuweza kushiriki rekodi za madawa za kulevya na pombe na afya ya akili. Usipojaza sehemu hii, DSHS itajaza sababu ya kufichua kuwa katika ombi lako.
- Mashirika au watu wanaobadilishana rekodi: Fomu hii iliyojazwa inaruhusu: (1) matumizi na ufichuaji wa taarifa za siri ndani ya DSHS na mashirika au watu walioorodheshwa; na (2) ufichuaji wa taarifa za siri kwa DSHS na mashirika ya nje au watu walioorodheshwa. Unaweza pia kuambatanisha orodha ya mashirika yanayoruhusiwa kushiriki habari, ambayo mteja lazima pia atie saina.
- Taarifa iliyojumuishwa: Wateja lazima waonyeshe ni rekodi zipi zinazoshughulikiwa na idhini. Wateja wanaweza kufanya rekodi zote kupatikana au wanaweza kupunguza rekodi zilizojumuishwa kwa tarehe, aina au chanzo cha rekodi. Ikiwa mteja hatatia saina idhini au hajabainisha rekodi fulani, kushiriki rekodi hiyo bado kutaruhusiwa ikiwa inaruhusiwa na sheria. Unaweza kuambatanisha orodha ya rekodi zilizofunika ambazo mteja lazima atie saina. Ikiwa rekodi zozote zinajumuisha maelezo yanayohusiana na afya ya akili (RCW 71.05.620), upimaji wa HIV/AIDS au matibabu ya STD (RCW 70.02.220), au huduma za dawa kulevya na pombe (42 CFR 2.31(a)(5)), mteja lazima aweke alama kwenye maeneo haya mahususi ili kutoa idhini ya kushiriki rekodi hizi. Fomu hii si halali kujumuisha maelezo ya tiba ya kisaikolojia chini ya 45 CFR 164.508(b)(3)(ii); fomu tofauti lazima ijazwe ili kujumuisha rekodi hizo.
- Muda: Jumuisha tarehe ya mwisho ya matumizi ya idhini, ikiwa ni tofauti na mwaka mmoja. Muda wa idhini utaisha baada ya mwaka mmoja isipokuwa utabainisha tarehe tofauti.
- Uelewa: Hakikisha mteja anaelewa ni ruhusa gani inatolewa na jinsi na kwa nini habari itashirikishwa. Ikihitajika, tumia fomu iliyotafsiriwa na mkalimani au soma fomu hiyo kwa sauti. Iwapo mteja anahitaji maelezo zaidi, toa nakala ya ziada ya Notisi ya DSHS ya Notice of Privacy Practices (Mazoea ya Faragha) au mpe mteja kwa afisa wa ufichuzi wa umma wa kitengo chako.

SAINI:

- Mteja: Uwe na mteja au mtoto aliye juu ya umri wa idhini (13 kwa afya ya akili na huduma za madawa ya kulevya na pombe; 14 kwa HIV/AIDS na STD mengine ya ngono; umri wowote wa kudhibiti uzazi na utoaji mimba; 18 kwa huduma ya afya na rekodi nyingine) kutia sahihi kisanduku hiki. na ingiza tarehe ya saina. Mteja anaweza kubadilisha alama katika kisanduku hiki unachoshuhudia.
- Shahidi au Mthibitishaji: Shahidi au mthibitishaji anaweza kuhitajika ili kuthibitisha utambulisho wa mteja ikiwa mteja hatawasilisha fomu hii ana kwa ana au ikiwa mpango unaomba uthibitisho. Mtu huyu anapaswa kusaina na kuchapisha jina yake.
- Mzazi au Mwakilishi Mwingine: Ikiwa mteja ni mtoto aliye chini ya umri wa idhini, mzazi au mlezi lazima atie saina. Ikiwa mtoto hatakidhi umri wa idhini ili rekodi zote zishirikiwe, ni lazima mtoto na mzazi watie saina. Ikiwa mteja ametangazwa kuwa hana uwezo wa kisheria, mlezi aliyeteuliwa na mahakama lazima atie saina na kutoa nakala ya amri wa uteuzi. Ikiwa mtu anatia sahihi katika cheo kingine (ikiwa ni pamoja na mtu aliye na mamlaka ya wakili au mwakilishi wa mali isiyohamishika), weka alama "nyingine" na upate nakala ya mamlaka ya kisheria kuchukua hatua. Mtu anaye saina lazima aandike tarehe ya saina na kuandika nambari ya simu au taarifa ya kupatikana.