

Súhlas Consent

OZNÁMENIE PRE KLIENTOV: Department of Social and Health Services (DSHS) vám môže poskytnúť lepšiu pomoc, ak budeme môcť spolupracovať s inými agentúrami a odborníkmi, ktorí poznajú vás a vašu rodinu. Podpísaním tohto formulára udeľujete DSHS a agentúram a jednotlivcom uvedeným ďalej povolenie používať a zdieľať dôverné informácie o vás. DSHS vám v prípade, že nepodpíšete tento formulár, nemôže odmietnuť vaše výhody, pokiaľ váš súhlas nie je potrebný na určenie vašej oprávnenosti. Ak tento formulár nepodpíšete, DSHS môže aj naďalej zdieľať informácie o vás v rozsahu povolenom podľa práva. Ak máte akékoľvek otázky týkajúce sa spôsobu, akým DSHS zdieľa dôverné informácie o klientoch, alebo vašich práv na ochranu osobných údajov, pozrite si Oznámenie DSHS o postupoch ochrany osobných údajov (DSHS Notice of Privacy Practices) alebo sa obráťte na osobu, ktorá vám poskytla tento formulár.

IDENTIFIKÁCIA KLIENTA:

MENO	DÁTUM NARODENIA	IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO	
ADRESA	MESTO	ŠTÁT	PSČ
TELEFÓNNE ČÍSLO (VRÁTANE SMEROVÉHO ČÍSLA)	ĎALŠIE INFORMÁCIE		

SÚHLAS:

Súhlasím, aby DSHS použilo dôverné informácie o mne na plánovanie, poskytovanie a koordináciu služieb, liečby, platieb a výhod pre mňa alebo na iné účely povolené podľa práva. Ďalej udeľujem DSHS a ďalej v texte uvedeným agentúram, poskytovateľom, príp. osobám povolenie na používanie mojich dôverných informácií a ich vzájomné poskytovanie na tieto účely. Informácie je možné zdieľať ústne, počítačovým prenosom údajov, poštou alebo osobným doručením.

Pozrite si všetky ďalej uvedené subjekty, na ktoré sa okrem DSHS tento súhlas vzťahuje, a identifikujte ich podľa mena a adresy:

- Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti: _____
- Poskytovatelia starostlivosti o duševné zdravie: _____
- Poskytovatelia liečby porúch spojených s užívaním látok: _____
- Iní zmluvní poskytovatelia DSHS: _____
- Programy bývania: _____
- Školské obvody alebo vysoké školy: _____
- Úrad pre výkon trestov (Department of Corrections): _____
- Úrad pre istotu zamestnania (Employment Security Department) a jeho pracovní partneri: _____
- Správa sociálneho zabezpečenia (Social Security Administration) alebo iná federálna agentúra: _____
- Pozri pripojený zoznam
- Iné: _____

Udeľujem povolenie a súhlas na zdieľanie týchto záznamov a informácií (označte všetky relevantné možnosti):

- Všetky moje klientske záznamy Záznamy na pripojenom zozname
- Iba tieto záznamy
- Rodinná, sociálna a pracovná história Informácie o zdravotnej starostlivosti Plány liečby alebo starostlivosti
- Platobné záznamy Individuálne posúdenia Škola, vzdelávanie a odborná príprava
- Iné (uvedte): _____

UPOZORNENIE: Ak vaše klientske záznamy obsahujú ktorúkoľvek z nasledujúcich informácií, na zahrnutie týchto záznamov musíte vyplniť aj túto časť.

Udeľujem povolenie poskytnúť tieto záznamy (označte všetky relevantné možnosti):

- Duševné zdravie Výsledky testov, diagnostika alebo liečba HIV/AIDS a STD Porucha spôsobená užívaním látok

- Tento súhlas je platný jeden rok, kým DSHS bude potrebovať záznamy, alebo do _____ (dátum alebo udalosť).

- Tento súhlas môžem kedykoľvek zrušiť alebo odvolať, nebude to však mať vplyv na žiadne už zdieľané informácie.

- Chápem, že záznamy zdieľané na základe tohto súhlasu už nie je možné chrániť podľa právnych predpisov, ktoré sa vzťahujú na DSHS.

- Kópia tohto formulára je platná na účely udelenia môjho súhlasu na zdieľanie záznamov.

PODPIS	DÁTUM	SVEDOK/NOTÁR (AK JE TO RELEVANTNÉ, PODPIS A MENO TLAČENÝM PÍSMOM)	DÁTUM
PODPIS RODIČA ALEBO INÉHO ZÁSTUPCU (AK JE TO RELEVANTNÉ)		TELEFÓNNE ČÍSLO (VRÁTANE SMEROVÉHO ČÍSLA)	DÁTUM

Ak nie som predmetom týchto záznamov, mám oprávnenie podpísať tento dokument, pretože som: (pripojte doklad o oprávnení)

- Rodič Poručník (pripojte súdny príkaz) Osobný zástupca Iné: _____

OZNÁMENIE PRE PRÍJEMCOV INFORMÁCIÍ: Ak tieto záznamy obsahujú informácie o HIV, STD alebo AIDS, tieto informácie už nesmieme ďalej poskytovať bez osobitného povolenia klienta. Ak ste dostali informácie týkajúce sa závislosti klienta od užívania drog alebo alkoholu, pri ďalšom poskytovaní informácií musíte zahrnúť toto vyhlásenie vyžadované podľa 42 kodifikácie federálnych predpisov Spojených štátov amerických (CFR) časti 2.32:

Tieto informácie sa vám poskytnú zo záznamov chránených federálnymi pravidlami zachovávania dôvernosti (42 CFR časti 2). Federálne pravidlá zakazujú, aby ste ďalej poskytovali tieto informácie, pokiaľ to výslovne nepovoľuje písomný súhlas osoby, ktorej sa týkajú, alebo pokiaľ to nie je inak povolené podľa 42 CFR časti 2. Na tento účel NEPOSTAČUJE všeobecné povolenie na poskytovanie zdravotných alebo iných informácií. Federálne pravidlá obmedzujú akékoľvek použitie informácií na trestné vyšetrovanie alebo stíhanie každého pacienta závislého od užívania alkoholu alebo drog.

POKYNY NA VYPLNENIE FORMULÁRA SÚHLASU

Účel: Tento formulár použijete, ak potrebujete súhlas na priebežné použitie dôverných informácií o klientovi v rámci DSHS alebo na poskytnutie týchto informácií iným agentúram na koordináciu služieb alebo liečby, platbu alebo činnosti agentúry, príp. na iné účely uznané podľa práva. Klienti sú osoby poberajúce výhody alebo služby od DSHS.

Použitie: V záujme zrozumiteľnosti vyplňte tento formulár podľa možnosti elektronicky. **Pre každú osobu vrátane detí sa musí vyplniť samostatný formulár.** „Vy“ v pokynoch označuje zamestnanca DSHS a „vy“ na formulári označuje klienta. Súčasťou zdieľania záznamov je použitie a poskytnutie dôverných informácií o klientovi.

Časti formulára:

IDENTIFIKÁCIA:

- **Meno:** Na každom formulári uveďte meno iba jedného klienta. Uveďte všetky bývalé mená, ktoré klient mohol použiť pri poberaní služieb.
- **Dátum narodenia:** Je potrebný na rozpoznanie klienta od osôb s podobným menom.
- **Identifikačné číslo:** Poskytnutím identifikačného čísla klienta alebo iného identifikátora, ako je napríklad číslo sociálneho poistenia (nevyžaduje sa), pomôžete pri identifikácii záznamov a sledovaní histórie a poberaných služieb.
- **Adresa a telefónne číslo:** Dodatočné informácie, ktoré pomôžu pri lokalizácii a identifikácii alebo kontaktovaní klienta.
- **Iné:** Do tejto kolónky uveďte prípadné dodatočné informácie, ktoré môžu pomôcť pri vyhľadávaní záznamov, ktoré môžu obsahovať strany podieľajúce sa na službách poskytovaných zo strany DSHS, mená rodinných príslušníkov alebo iné relevantné informácie.

SÚHLAS (POVOLENIE):

- **Agentúry alebo osoby vymieňajúce si záznamy:** Vyplnením tohto formulára klientom sa povoľuje použitie a zdieľanie dôverných informácií v rámci všetkých zložiek DSHS. DSHS bude môcť dôverné informácie poskytovať uvedeným externým agentúram alebo osobám alebo od nich tieto informácie prijímať. Podľa možnosti poskytnite identifikačné informácie o agentúrach alebo poskytovateľoch vrátane názvu, adresy alebo miesta. Môžete pripojiť aj zoznam agentúr, ktoré majú povolené zdieľať informácie. Klient musí podpísať aj tento zoznam.
- **Zahrnuté informácie:** Klienti musia uviesť, na aké záznamy sa tento súhlas vzťahuje. Klienti môžu sprístupniť všetky záznamy, príp. môžu zahrnuté záznamy obmedziť podľa dátumu, typu alebo zdroja záznamu. Ak klient nepodpíše súhlas alebo neurčí konkrétny záznam, zdieľanie tohto záznamu bude naďalej povolené, ak to umožňuje právo. Môžete pripojiť zoznam zahrnutých záznamov. Klient musí podpísať aj tento zoznam. Ak nejaké záznamy obsahujú informácie týkajúce sa duševného zdravia (RCW 71.05.620), testovania na HIV/AIDS alebo STD alebo ich liečby (RCW 70.02.220), prípadne služieb poskytovaných v prípade závislosti od užívania drog alebo alkoholu (42 CFR 2.31 písm. a) ods. 5), klient musí na účely udelenia povolenia na zdieľanie týchto záznamov tieto oblasti osobitne označiť. Platnosť tohto formulára sa nevzťahuje na záznamy týkajúce sa psychoterapie podľa 45 CFR 164.508 písm. b) ods. 3 bodu ii) a na zahrnutie týchto záznamov sa musí vyplniť samostatný formulár.
- **Dĺžka trvania:** Uveďte dátum uplynutia platnosti tohto súhlasu, ktorý slúži na účely vášho programu, príp. ho stanovuje právo.
- **Porozumenie:** Klient musí porozumieť obsahu udeľovaného povolenia a spôsobu a účelu zdieľania informácií. V prípade potreby použijete preložený formulár a služby tlmočníka alebo prečítajte formulár nahlas. Ak klient potrebuje ďalšie informácie, poskytnite mu ďalšiu kópiu DSHS Notice of Privacy Practices, prípadne mu poradte, aby sa obrátil na osobu zodpovednú za sprostredkovanie informácií verejnosti vo vašej jednotke.

PODPISY:

- **Klient:** Túto kolónku dajte podpísať klientovi alebo dieťaťu staršiemu ako osoba, ktorá môže udeliť súhlas (13 rokov v prípade služieb v oblasti duševného zdravia a závislosti od užívania drog a alkoholu; 14 rokov v prípade HIV/AIDS a iných STD; akýkoľvek vek v prípade antikoncepcie a potratov; 18 rokov v prípade záznamov o zdravotnej a inej starostlivosti), a uveďte aj dátum podpisu. V tejto kolónke môže klient nahradiť označenie možností, ktorej je svedkom.
- **Svedok alebo notár:** Ak tento formulár nepodávate osobne alebo ak si program vyžaduje overenie, na overenie vašej totožnosti môže byť potrebná prítomnosť svedka alebo notára. Táto osoba musí uviesť svoj podpis a meno tlačeným písmom.
- **Rodič alebo iný zástupca:** Ak je klientom dieťa mladšie ako osoba, ktorá môže udeliť súhlas, súhlas musí podpísať rodič alebo opatrovník. Ak dieťa nespĺňa požiadavku na vek osoby, ktorá môže udeliť súhlas týkajúci sa všetkých záznamov, ktoré sa majú zdieľať, súhlas musí podpísať dieťa aj rodič. Ak bol klient vyhlásený za právne nespôsobilého, súhlas musí podpísať súdom ustanovený opatrovník, ktorý poskytne kópiu príslušného súdneho príkazu. Ak sa podpisuje niekto v inej funkcii (vrátane osoby s plnou mocou alebo zástupcu poberateľa dôchodku), označte „Iné“ a získajte kópiu zákonnej právomoci konať. Podpisujúca osoba musí datovať podpis a uviesť telefónne číslo alebo kontaktné údaje.