

క్లయింట్ గుర్తింపు			
పేరు	పుట్టిన తేదీ	గుర్తింపు సంఖ్య	
చిరునామా	నగరం	రాష్ట్రం	జిప్ కోడ్
టెలిఫోన్ నంబర్ (ఏరియా కోడ్ను చేర్చండి)	ఇతర సమాచారం		



సమ్మతి Consent

క్లయింట్లకు నోటీసు: మీకు మరియు మీ కుటుంబానికి తెలిసిన ఇతర ఏజెన్సీలు మరియు నిపుణులతో మేము పని చేయగలిగితే సామాజిక మరియు ఆరోగ్య సేవల విభాగం (DSHS) మీకు బాగా సహాయపడుతుంది. ఈ ఫారమ్లో మీరు సంతకం చేయడం ద్వారా, మీకు సంబంధించి గోప్యతా సమాచారాన్ని ఉపయోగించడానికి మరియు పంచుకోవడానికి DSHS మరియు క్రింద జాబితా చేయబడిన ఏజెన్సీలు మరియు వ్యక్తులకు మీరు అనుమతి ఇస్తున్నారు. మీ అర్హతలను నిర్ధారించడానికి మీ సమ్మతి అవసరమైతే తప్ప మీరు ఈ ఫారమ్లో సంతకం చేయకపోతే DSHS మీకు వర్తించే ప్రయోజనాలను తిరస్కరించదు. మీరు ఈ ఫారమ్లో సంతకం చేయకపోతే, చట్టం ద్వారా అనుమతించబడిన మేరకు DSHS మీ సమాచారాన్ని ఇతరులతో పంచుకోవచ్చు. క్లయింట్ యొక్క రహస్య సమాచారాన్ని లేదా మీ గోప్యతా హక్కులను DSHS ఎలా పంచుకుంటుందనే దానిపై మీకు ఏవైనా సందేహాలుంటే, దయచేసి DSHS గోప్యతా అభ్యాసాల నోటీసును సంప్రదించండి లేదా మీకు ఈ ఫారమ్ ఇచ్చిన వ్యక్తిని అడగండి.

సమ్మతి

1. నా కొరకు లేదా చట్టం ద్వారా అధికారం పొందిన ఇతర ప్రయోజనాల కొరకు సేవలు, చికిత్స, చెల్లింపులు మరియు ప్రయోజనాలను ప్రణాళిక చేయడానికి, అందించడానికి మరియు సమన్వయం చేయడానికి DSHS లో నాకు సంబంధించిన రహస్య సమాచారాన్ని ఉపయోగించుకోవడానికి నేను అంగీకరిస్తున్నాను. నా గోప్య సమాచారాన్ని ఈ ప్రయోజనాల కోసం ఉపయోగించుకోవడానికి మరియు దానిని ఒకరికొకరు వెల్లడించడానికి DSHS మరియు క్రింద జాబితా చేయబడిన ఏజెన్సీలు, ప్రావైడర్లు లేదా వ్యక్తులకు కూడా నేను అనుమతి ఇస్తున్నాను. సమాచారాన్ని మౌఖికంగా లేదా ఎలక్ట్రానిక్ గా, మెయిల్ ద్వారా లేదా చేతితో డెలివరీ ద్వారా పంచుకోవచ్చు.

వెల్లడించడానికి కారణం: DSHS మాదకద్రవ్యాలు మరియు మద్యం లేదా మానసిక ఆరోగ్య రికార్డులను పంచుకునే ముందు ఈ సమాచారం అవసరం. మీరు ఈ ఫీల్డులను పూరించకపోతే, వెల్లడించడానికి గల కారణాన్ని మీ అభ్యర్థన మేరకు DSHS గమనిస్తుంది.

DSHSలో పాటు ఈ సమ్మతిలో ఎవరు చేర్చబడ్డారో క్రింద ఉన్న వారందరినీ తనిఖీ చేయండి మరియు వారిని పేరు మరియు చిరునామా ద్వారా గుర్తించండి:

- ఆరోగ్య సంరక్షణ ప్రదాతలు: _____
- మానసిక ఆరోగ్యాన్ని కాపాడే వ్యక్తులు లేదా సంస్థలు: _____
- పదార్థ వినియోగ రుగ్మత సేవా ప్రదాతలు: _____
- ఇతర DSHS కాంట్రాక్ట్ ప్రావైడర్లు: _____
- గృహనిర్మాణ కార్యక్రమాలు: _____
- పాఠశాల జిల్లాలు లేదా కళాశాలలు: _____
- దిద్దుబాటు విభాగం: _____
- ఉపాధి భద్రతా విభాగం మరియు దాని ఉపాధి భాగస్వాములు: _____
- సామాజిక భద్రతా పరిపాలన లేదా ఇతర సమాఖ్య సంస్థ: _____
- జత చేసిన జాబితాను చూడండి
- ఇతరాలు: _____

2. వెల్లడించడానికి కారణం: సంరక్షణ కొనసాగింపు చట్టపరమైన వ్యక్తిగత ఇతరాలు:

3. క్రింది రికార్డులు మరియు సమాచారాన్ని పంచుకోవడానికి నేను అధికారం మరియు సమ్మతిని ఇస్తున్నాను (వర్తించేవన్నీ తనిఖీ చేయండి):

- నా క్లయింట్ రికార్డులు జోడించబడిన జాబితాలోని రికార్డులు
- క్రింది రికార్డులు మాత్రమే
 - కుటుంబ, సామాజిక మరియు ఉద్యోగ చరిత్ర
 - చికిత్స లేదా సంరక్షణ ప్రణాళికలు
 - చెల్లింపు రికార్డులు
 - వ్యక్తిగత అంచనాలు
 - పాఠశాల, విద్య మరియు శిక్షణ
 - మానసిక ఆరోగ్య సంరక్షణ సమాచారం (పేర్కొనండి):
 - ఆరోగ్య సంరక్షణ సమాచారం (పేర్కొనండి):
 - ఇతరాలు (జాబితా):

క్లయింట్ గుర్తింపు		
పేరు	పుట్టిన తేదీ	గుర్తింపు సంఖ్య
<p>దయచేసి గమనించండి: మీ క్లయింట్ రికార్డులలో క్రింది సమాచారం ఏదైనా ఉంటే, ఈ రికార్డులను చేర్చడానికి మీరు ఈ విభాగాన్ని కూడా పూర్తి చేయాలి.</p> <p>క్రింది రికార్డులను వెల్లడించడానికి నేను నా అనుమతిని ఇస్తున్నాను (వర్తించేవన్నీ తనిఖీ చేయండి):</p> <p><input type="checkbox"/> మానసిక ఆరోగ్యం <input type="checkbox"/> HIV/AIDS మరియు STD పరీక్ష ఫలితాలు, రోగ నిర్ధారణ లేదా చికిత్స <input type="checkbox"/> పదార్థ వినియోగ రుగ్మత</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • ఈ సమ్మతి ఒక సంవత్సరం లేదా <input type="checkbox"/> వరకు _____ ఉంటుంది (తేదీ లేదా సంఘటన). • నేను ఈ సమ్మతిని ఎప్పుడైనా వ్రాతపూర్వకంగా రద్దు చేయవచ్చు లేదా ఉపసంహరించుకోవచ్చు, కానీ అది ఇప్పటికే పంచుకున్న ఏ సమాచారాన్ని ప్రభావితం చేయదు. • ఈ సమ్మతి క్రింద పంచుకున్న రికార్డులు ఇకపై DSHSకు వర్తించే చట్టాల ప్రకారం రక్షించబడవని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. • రికార్డులను పంచుకోవడానికి నా అనుమతిని ఇవ్వడానికి ఈ ఫారమ్ యొక్క కాపీ చెల్లుబాటు అవుతుంది. 		
సంతకం	తేదీ	
సాక్షి / నోటరీ సంతకం, వర్తిస్తే	సాక్షి / నోటరీ ముద్రిత పేరు	తేదీ
తల్లి/తండ్రి లేదా ఇతర ప్రతినిధుల సంతకం (వర్తిస్తే)	టెలిఫోన్ నంబర్ (ఎరియా కోడ్ను చేర్చండి)	తేదీ
<p>నేను రికార్డుల విషయం కాకపోతే, నేను సంతకం చేయడానికి అధికారం కలిగి ఉన్నాను ఎందుకంటే నేను: (అధికారం యొక్క రుజువును అటాచ్ చేయండి)</p> <p><input type="checkbox"/> తల్లి/తండ్రి <input type="checkbox"/> చట్టపరమైన సంరక్షకుడు (కోర్టు ఆదేశాన్ని జతచేయండి) <input type="checkbox"/> వ్యక్తిగత ప్రతినీధి <input type="checkbox"/> ఇతరాలు:</p>		

సమాచారం అందుకున్న వారికి నోటీసు: ఈ రికార్డులలో HIV, STD లు లేదా AIDS సంబంధించిన సమాచారం ఉన్నట్లైతే, మీరు క్లయింట్ యొక్క నిర్దిష్ట అనుమతి లేకుండా ఆ సమాచారాన్ని మరింత బహిర్గతం చేయలేరు. మీరు క్లయింట్ ద్వారా మాదకద్రవ్యాలు లేదా మద్యపానానికి సంబంధించిన సమాచారాన్ని పొందినట్లయితే, 42 CFR 2.32 ద్వారా అవసరమైన సమాచారాన్ని మరింతగా బహిర్గతం చేసేటప్పుడు మీరు ఈ క్రింది ప్రతిపాదనను చేర్చాలి.

సమాఖ్య గోప్యత నియమాలు (42 CFR పార్టు 2) ద్వారా రక్షించబడిన రికార్డుల నుండి ఈ సమాచారం మీకు వెల్లడించబడింది. ఈ సమాచారాన్ని మరింతగా బహిర్గతం చేయకుండా సమాఖ్య నియమాలు నిషేధించాయి, అది బహిర్గతం చేయబడిన వ్యక్తి యొక్క వ్రాతపూర్వక సమ్మతి ద్వారా లేదా 42 CFR పార్ట్ 2 ద్వారా అనుమతించబడుతుంది. ఈ ప్రయోజనం కోసం వైద్య లేదా ఇతర సమాచారాన్ని విడుదల చేయడానికి సాధారణ అధికారం సరిపోదు. ఏదైనా మద్యం లేదా మాదకద్రవ్య దుర్వినియోగ రోగిని నేరపూరితంగా దర్యాప్తు చేయడానికి లేదా విచారించడానికి సమాఖ్య నియమాలు సమాచారాన్ని ఉపయోగించడాన్ని పరిమితం చేస్తాయి.

సమ్మతి పత్రాలను పూర్తి చేయడానికి సూచనలు, DSHS 14-012

ఉపయోగం: DSHSలోని క్లయింట్ గురించి నిరంతర ప్రాతిపదికన క్లయింట్ గురించి గోప్యమైన సమాచారాన్ని ఉపయోగించడానికి లేదా పంచుకోవడానికి లేదా సేవలను సమన్వయం చేయడానికి లేదా చికిత్స, చెల్లింపు లేదా ఏజెన్సీ కార్యకలాపాల కోసం లేదా చట్టం ద్వారా గుర్తించబడిన ఇతర ప్రయోజనాల కోసం ఆ సమాచారాన్ని ఇతర ఏజెన్సీలకు వెల్లడించడానికి మీకు సమ్మతి అవసరమైనప్పుడు ఈ ఫారమ్ను ఉపయోగించండి.

వీలైతే ఈ ఫారమ్ను ఎలక్ట్రానిక్ గా పూరించండి. మీరు పిల్లలతో సహా ప్రతి వ్యక్తికి ప్రత్యేక ఫారమ్ను పూర్తి చేయాలి.

ఫారం యొక్క భాగాలు:

గుర్తింపు:

- **పేరు:** ప్రతి ఫారమ్లో ఒకే ఒక క్లయింట్ పేరును అందించండి. సేవలను స్వీకరించేటప్పుడు క్లయింట్ ఉపయోగించిన మునుపటి పేర్లను చేర్చండి.
- **పుట్టిన తేదీ:** ఒకేలా పేర్లలో ఉన్న వ్యక్తుల నుండి క్లయింట్ను గుర్తించాల్సిన అవసరం ఉంది.
- **గుర్తింపు సంఖ్య:** రికార్డులను గుర్తించడంలో మరియు చరిత్ర మరియు అందుకున్న సేవలను ట్రాక్ చేయడంలో సహాయపడటానికి క్లయింట్ గుర్తింపు సంఖ్య లేదా సామాజిక భద్రతా సంఖ్య (అవసరం లేదు) వంటి ఇతర గుర్తింపును అందించండి.
- **ఇతర:** సేవలతో సంబంధం ఉన్న DSHS, కుటుంబ సంరక్షణ పేర్లు లేదా ఇతర సంబంధిత సమాచారం వంటి రికార్డులను గుర్తించడంలో సహాయపడే ఏదైనా అదనపు సమాచారాన్ని ఈ బాక్సులో చేర్చండి.

ఓప్పందం (అధికారికంగా):

- **వెల్లడించడానికి కారణం:** DSHS మాదకద్రవ్యాలు మరియు మద్యం లేదా మానసిక ఆరోగ్య రికార్డులను పంచుకునే ముందు ఈ సమాచారం అవసరం. మీరు ఈ ఫీల్డును పూరించకపోతే, వెల్లడించడానికి గల కారణాన్ని మీ అభ్యర్థన మేరకు DSHS గమనిస్తుంది.
- **ఏజెన్సీలు లేదా రికార్డులను మార్పిడి చేసుకునే వ్యక్తులు:** ఈ పూర్తి చేసిన ఫారమ్ వీటిని అనుమతిస్తుంది: (1) DSHS లోపల మరియు జాబితా చేయబడిన ఏజెన్సీలు లేదా వ్యక్తులతో గోప్య సమాచారాన్ని ఉపయోగించడం మరియు వెల్లడించడం; మరియు (2) బయటి ఏజెన్సీలు లేదా జాబితా చేయబడిన వ్యక్తులు DSHSకు గోప్య సమాచారాన్ని వెల్లడించడం. మీరు సమాచారాన్ని పంచుకోవడానికి అనుమతించబడిన ఏజెన్సీల జాబితాను కూడా జతచేయవచ్చు, దానిపై క్లయింట్ కూడా సంతకం చేయాలి.
- **సమాచారం చేర్చబడింది:** ఏ రికార్డులను సమ్మతితో కవర్ చేయాలో క్లయింట్ తప్పక సూచించాలి. క్లయింట్లు రికార్డులన్నింటినీ అందుబాటులో ఉంచవచ్చు లేదా చేర్చబడిన రికార్డుల తేదీ, రకం లేదా రికార్డ్ మూలం ద్వారా పరిమితం చేయవచ్చు. ఒక క్లయింట్ సమ్మతిపై సంతకం చేయనట్లైతే లేదా ఒక నిర్దిష్ట రికార్డును పేర్కొనకపోయినట్లైతే, చట్టం అనుమతిస్తే ఆ రికార్డును పంచుకోవడానికి వీలవుతుంది. క్లయింట్ సంతకం చేయవలసిన రికార్డుల జాబితాను మీరు అటాచ్ చేయవచ్చు. ఏదైనా రికార్డులలో మానసిక ఆరోగ్యం (RCW 71.05.620), HIV / AIDS లేదా STD పరీక్ష లేదా చికిత్స (RCW 70.02.220), లేదా ఔషధం మరియు మద్యం సేవల (42 CFR 2.31 (a) (5)) కు సంబంధించిన సమాచారం ఉన్నట్లైతే, క్లయింట్ ఈ రికార్డులను పంచుకోవడానికి అనుమతి ఇవ్వడానికి ప్రత్యేకంగా ఈ ప్రాంతాలను గుర్తించాలి. 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) క్రింద సైకిడెరిస్టి నోట్లను చేర్చడానికి ఈ ఫారమ్ చెల్లదు; ఆ రికార్డులను చేర్చడానికి ప్రత్యేక ఫారమ్ను పూరించాలి.
- **వ్యవధి:** ఒక సంవత్సరం కంటే భిన్నంగా ఉంటే సమ్మతి కోసం గడువు తేదీని చేర్చండి. మీరు వేరే తేదీని గుర్తించకపోతే సమ్మతి ఒక సంవత్సరంలో ముగుస్తుంది.
- **అవగాహన:** ఏ అనుమతి మంజూరు చేయబడుతుందో మరియు ఎలా మరియు ఎందుకు సమాచారం భాగస్వామ్యం చేయబడుతుందో క్లయింట్ అర్థం చేసుకున్నారని నిర్ధారించుకోండి. అవసరమైతే, అనువదించబడిన ఫారమ్ మరియు వ్యాఖ్యాతను ఉపయోగించండి లేదా ఫారమ్ను గట్టిగా చదవండి. క్లయింట్కు మరియు సమాచారం అవసరమైతే, DSHS గోప్యతా పద్ధతుల నోట్సు యొక్క అదనపు కాపీని అందించండి లేదా క్లయింట్ను మీ యూనిట్ కోసం పబ్లిక్ డిస్కాజర్ అధికారికి సూచించండి.

సంతకం:

- **క్లయింట్:** సమ్మతి కంటే ఎక్కువ వయస్సు గల క్లయింట్ లేదా పిల్లవాడిని కలిగి ఉండండి (మానసిక ఆరోగ్యం మరియు మాదకద్రవ్యాలు మరియు మద్యం సేవలకు 13; HIV/AIDS మరియు ఇతర STD లకు 14; జనన నియంత్రణ మరియు గర్భస్రావం కోసం ఏ వయస్సు; ఆరోగ్య సంరక్షణ మరియు ఇతర రికార్డుల కోసం 18) ఈ పెట్టెపై సంతకం చేసి చొప్పించండి సంతకం తేదీ. క్లయింట్ ఈ పెట్టెలో ఒక ప్రత్యామ్నాయ గుర్తును పెట్టవచ్చు అది మీ సాక్ష్యం
- **సాక్షి లేదా నోటరీ:** క్లయింట్ ఈ ఫారమ్ను స్వయంగా సమర్పించకపోతే లేదా ఒక ప్రోగ్రామ్ ధృవీకరణను అభ్యర్థిస్తే, క్లయింట్ యొక్క గుర్తింపును ధృవీకరించడానికి సాక్షి లేదా నోటరీ అవసరం కావచ్చు ఈ వ్యక్తి సంతకం చేసి తన పేరును ముద్రించాలి.
- **తల్లిదండ్రులు/తండ్రి ఇతర ప్రతినిధి:** క్లయింట్ పిల్లవాడైతే, సమ్మతి వయస్సు సరిపోకపోతే, తల్లిదండ్రులు లేదా సంరక్షకులు సంతకం చేయాలి. ఒకవేళ అన్ని రికార్డులకు సమ్మతి వయస్సు సరిపోనట్లైతే పిల్లవాడు మరియు తల్లిదండ్రులు ఇద్దరూ సంతకం చేయాలి. క్లయింట్ చట్టబద్ధంగా అసమర్థుడని ప్రకటించబడితే, కోర్టు నియమించిన సంరక్షకుడు సంతకం చేసి నియామక ఉత్తర్వు యొక్క కాపీని అందించాలి. ఎవరైనా మరొకరి ప్రోద్బలంతో సంతకం చేస్తుంటే (పవర్ ఆఫ్ అటార్నీ లేదా ఎస్టేట్ ప్రతినిధితో సహా), "ఇతర" అని గుర్తు పెట్టడం మరియు చర్య తీసుకోవడానికి చట్టపరమైన అధికారం యొక్క కాపీని పొందండి. సంతకం చేసిన వ్యక్తి తప్పనిసరిగా సంతకం క్రింద తేదీ వేయాలి మరియు టెలిఫోన్ నంబర్ లేదా సంప్రదింపు సమాచారం ఇవ్వాలి.