

సమ్మతి

Consent

ఖాతాదారులకు 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 వర్తింపే ప్రయోజనాలను తీరస్కరించదు. మీరు ఈ ఫారమ్లో సంతకం చేయకపోతే, చట్టం ద్వారా అనుమతించబడిన మేరకు DSHS మీ సమాచారాన్ని ఇతరులతో పంచుకోవచ్చు. క్లయింట్ యొక్క రహస్య సమాచారాన్ని లేదా మీ గోప్యతా హక్కులను DSHS ఎలా పంచుకుంటుందో దానిపై మీకు ఏవైనా సందేహాలున్నట్లైతే, దయచేసి DSHS గోప్యతా అభ్యుపాసన నోటీసును సంప్రదించండి లేదా మీకు ఈ ఫారమ్ ఇచ్చిన వ్యక్తిని అడగండి.

క్లయింట్ గుర్తింపు:			
పేరు	పుట్టిన తేదీ	గుర్తింపు సంఖ్య	
చిరునామా	సిటీ	స్టేట్	జిప్ కోడ్
టెలిఫోన్ నంబర్ (ఏరియా కోడ్ను చేర్చండి)	ఇతర సమాచారం		

అమోదం తెలుపుట

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 గోప్యతా సమాచారాన్ని ఉపయోగించుకోవడానికి మరియు ఇతర ప్రయోజనాల కొరకు ఒకరికొకరు బహిష్కరణ చేయడానికి DSHS మరియు దిగువ జాబితా చేయబడిన ఏజెన్సీలు, ప్రైవేట్ వ్యక్తులు లేదా వ్యక్తులకు నేను మరియు అనుమతి ఇస్తున్నాను. సమాచారాన్ని నోటిమాటల ద్వారా లేదా కంప్యూటర్ డేటా బదిలీ ద్వారా, ఇ - మెయిల్ లేదా చేతి డెలివరీ ద్వారా పంచుకోవచ్చు.

DSHS కి అదనంగా ఈ సమ్మతిలో చేర్చబడిన వారందరినీ తనిఖీ చేయండి మరియు పేరు మరియు చిరునామా ద్వారా వారిని దయచేసి గుర్తించండి:

ఆరోగ్యాన్ని కాపాడే వ్యక్తులు లేదా సంస్థలు: _____

మానసిక ఆరోగ్యాన్ని కాపాడే వ్యక్తులు లేదా సంస్థలు: _____

పదార్థ వినియోగ రుగ్మత సేవా ప్రదాతలు: _____

ఇతర DSHS ఒప్పంద ప్రదాతలు: _____

గృహ కార్యకలాపాలు: _____

పాఠశాల జిల్లాలు లేదా కళాశాలలు: _____

దిడ్డుబాటు విభాగం: _____

ఉపాధి భద్రతా విభాగం మరియు దాని ఉపాధి బాగస్వాములు: _____

సామాజిక భద్రతా పరిపాలన లేదా ఇతర సమాఖ్య ఏజెన్సీ: _____

జోడించబడిన జాబితాను చూడండి

ఇతరం: _____

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

నా క్లయింట్ రికార్డులు జోడించబడిన జాబితాలోని రికార్డులు

క్రింది రికార్డులు మాత్రమే

కుటుంబం, సామాజిక మరియు ఉపాధి చరిత్ర ఆరోగ్య సంరక్షణ సమాచారం చికిత్స లేదా సంరక్షణ ప్రణాళికలు

చెల్లింపు రికార్డులు వ్యక్తిగత మదింపులు పాఠశాల, విద్య మరియు శిక్షణ

ఇతర (జాబితా): _____

దయచేసి గమనించండి: మీ క్లయింట్ రికార్డులు ఈ క్రింది సమాచారాన్ని కలిగి ఉన్నట్లైతే, ఈ రికార్డులను చేర్చడానికి మీరు ఈ విభాగాన్ని కూడా పూర్తి చేయాలి.

క్రింది రికార్డులను వెల్లడించడానికి నేను నా అనుమతిని ఇస్తున్నాను (వర్తించేవన్నీ తనిఖీ చేయండి)::

మానసిక ఆరోగ్యం HIV / AIDS మరియు STD పరీక్ష ఫలితాలు, రోగ నిర్ధారణ లేదా చికిత్స పదార్థ వినియోగ రుగ్మత

- కొరకు ఈ సమ్మతి చెల్లుబాటుంది ఒక సంవత్సరం DSHS కు రికార్డులు అవసరమైనంత కాలం, లేదా వరకు _____ (తేదీ లేదా సంవత్సరం).

- నేను ఈ సమ్మతిని ఎప్పుడైనా వ్రాతపూర్వకంగా ఉపసంహరించుకోవచ్చు లేదా రద్దు చేసుకోవచ్చు, కాని ఇది ఇదివరకు పంచుకున్న ఏ సమాచారాన్ని ప్రభావితం చేయదు.

- ఈ సమ్మతి ద్వారా బాగస్వామ్యం చేయబడిన రికార్డులు DSHS కి వర్తించే చట్టాల క్రింద రక్షించబడవని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

- రికార్డులను పంచుకోవడానికి అవసరమైన నా అనుమతి కొరకు ఈ ఫారం యొక్క నఖలు చెల్లుబాటుంది.

సంతకం	తేదీ	సాక్షి / నోటరీ (పేరును సంతకం మరియు ప్రింట్ చేయండి, వర్తించే)	తేదీ
తల్లిదండ్రులు లేదా ఇతర ప్రతినిధుల సంతకం (వర్తించే)		టెలిఫోన్ నంబర్ (ఏరియా కోడ్ను చేర్చండి)	తేదీ

నేను రికార్డుల విషయం కాకపోతే, నేను సంతకం చేయడానికి అధికారం కలిగి ఉన్నాను ఎందుకంటే నేను: (అధికారం యొక్క రుజువును అటాచ్ చేయండి)

తల్లిదండ్రులు చట్టబద్ధమైన సంరక్షకుడు (కోర్టు ఉత్తర్వులను అటాచ్ చేయండి) వ్యక్తిగత ప్రతినిధి ఇతరం: _____

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

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

ఒప్పంద పత్రం పూర్తి చేయడానికి సూచనలు

లక్ష్యము: DSHS లోని క్లయింట్ కు సంబంధించిన నిరంతర ప్రాతిపదికన రహస్య సమాచారాన్ని ఉపయోగించుకోవడానికి లేదా సేవలను సమన్వయం చేయడానికి లేదా చికిత్స, చెల్లింపు లేదా ఏజెన్సీ కార్యకలాపాల కొరకు లేదా చట్టం ద్వారా గుర్తించబడిన ఇతర ప్రయోజనాల కొరకు ఇతర ఏజెన్సీలకు ఆ సమాచారాన్ని బహిష్కరణ చేయడానికి మీకు సమ్మతి అవసరమైనప్పుడు ఈ ఫారమ్‌ను ఉపయోగించండి. DSHS నుండి ప్రయోజనాలు లేదా సేవలను పొందుతున్న క్లయింట్లు వ్యక్తులు.

ఉపయోగం: చదవడానికి వీలుగా సాధ్యమైతే ఈ ఫారమ్‌ను ఎలక్ట్రానిక్ ఫూరించండి, పిల్లలతో సహా ప్రతి వ్యక్తికి ఒక ప్రత్యేక ఫారం పూర్తి చేయాలి. సూచనలలోని "మీరు" DSHS ఉద్యోగిని సూచిస్తుంది మరియు ఫారమ్‌లోని "మీరు" క్లయింట్‌ను సూచిస్తుంది. రికార్డుల భాగస్వామ్యం అనగా క్లయింట్ కు సంబంధించిన రహస్య సమాచారం యొక్క ఉపయోగం మరియు బహిష్కరణాన్ని సూచిస్తుంది.

ఫారం యొక్క భాగాలు:

గుర్తింపు:

- **పేరు:** ప్రతి ఫారమ్‌లో ఒక క్లయింట్ పేరును మాత్రమే అందించండి. సేవలను స్వీకరించేటప్పుడు క్లయింట్ ఉపయోగించిన మునుపటి పేర్లను చేర్చండి.
- **పుట్టిన తేదీ:** ఒకేలా పేర్లతో 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.
- **చిరునామ మరియు టెలిఫోన్ నెంబరు:** క్లయింట్‌ను గుర్తించడానికి మరియు కనుక్కోవడానికి లేదా సంప్రదించడానికి సహాయపడే అదనపు సమాచారం.
- **ఇతరం:** సేవలతో సంబంధం ఉన్న DSHS యొక్క భాగాలు, కుటుంబ సభ్యుల పేర్లు లేదా ఇతర సంబంధిత సమాచారాన్ని కలిగి ఉన్న రికార్డులను గుర్తించడంలో సహాయపడే ఏదైనా అదనపు సమాచారాన్ని ఈ పెట్టెలో చేర్చండి.

ఒప్పందం (అధికారికంగా):

- **ఏజెన్సీలు లేదా రికార్డులను పంచుకోవడం వ్యక్తులు:** క్లయింట్ ఈ ఫారమ్‌ను పూర్తి చేయడం వలన అన్ని DSHS లోని రహస్య సమాచారాన్ని ఉపయోగించుకోవడానికి మరియు పంచుకోవడానికి అనుమతిస్తుంది. DSHS బయటి ఏజెన్సీలు లేదా జాబితా చేయబడిన వ్యక్తుల నుండి రహస్య సమాచారాన్ని బహిష్కరణ చేయగలదు. సాధ్యమైతే పేరు, చిరునామా లేదా ప్రదేశంలో సహా ఏజెన్సీలు లేదా ప్రావైడర్లను గుర్తించే సమాచారాన్ని అందిస్తుంది. క్లయింట్ సంతకం చేయవలసిన సమాచారాన్ని పంచుకోవడానికి అనుమతించబడిన ఏజెన్సీల జాబితాను కూడా మీరు జతచేయవచ్చు.
- **సమాచారం జోడించబడింది:** ఏ రికార్డులను సమ్మతిలో కవర్ చేయాలో క్లయింట్ తప్పక సూచించాలి. క్లయింట్లు రికార్డులన్నింటినీ అందుబాటులో ఉంచవచ్చు లేదా చేర్చబడిన రికార్డుల తీదీ, 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 (బి) (3) (ii) ప్రకారం మానసిక చికిత్స నోట్స్ ను చేర్చడానికి ఈ ఫారం చెల్లదు మరియు ఆ రికార్డులను చేర్చడానికి ప్రత్యేక ఫారం పూర్తి చేయాలి.
- **వ్యవధి:** మీ కార్యక్రమ ప్రయోజనాలకు లేదా చట్టం ద్వారా అందించబడిన సమ్మతి కొరకు గడువు తీదీని చేర్చండి.
- **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 మరింత సమాచారం అవసరమైతే, DSHS గోప్యతా అభ్యాసాల నోటీసు యొక్క అదనపు కాపీని అందించండి లేదా మీ యూనిట్ లోని క్లయింట్ కు పబ్లిక్ బహిష్కరణ అధికారి కి చూపించండి

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 గర్భశ్రావం కోసం ఏ వయస్సు; ఆరోగ్య సంరక్షణ మరియు ఇతర రికార్డుల కోసం 18) ఈ పెట్టెపై సంతకం చేసి చొప్పించండి సంతకం తీదీ. క్లయింట్ ఈ పెట్టెలో ఒక ప్రత్యామ్నాయ గుర్తును పెట్టవచ్చు అది మీ సాక్ష్యం
- **సాక్షి లేదా నోటరీ:** మీరు ఈ ఫారమ్‌ను వ్యక్తిగతంగా సమర్పించకపోతే లేదా ప్రోగ్రామ్ ధృవీకరణ కోసం అభ్యర్థిస్తే మీ గుర్తింపును ధృవీకరించడానికి సాక్షి లేదా నోటరీ అవసరం కావచ్చు. ఈ వ్యక్తి తన పేరు మీద సంతకం చేసి ముద్రించాలి.
- **తల్లిదండ్రులు లేదా ఇతర ప్రతినిధులు:** క్లయింట్ పిల్లవాడైతే, సమ్మతి వయస్సు సరిపోనట్లైతే, తల్లిదండ్రులు లేదా సంరక్షకులు సంతకం చేయాలి. ఒకవేళ అన్ని రికార్డులకు సమ్మతి వయస్సు సరిపోనట్లైతే పిల్లవాడు మరియు తల్లిదండ్రులు ఇద్దరు సంతకం చేయాలి. క్లయింట్ చట్టబద్ధంగా అసమర్థుడని ప్రకటించబడితే, కోర్టు నియమించిన సంరక్షకుడు సంతకం చేసి నియామక ఉత్తర్వు యొక్క కాపీని అందించాలి. ఎవరైనా మరొకరి ప్రాధాన్యతలో సంతకం చేస్తుంటే (పవర్ ఆఫ్ అటార్నీ లేదా ఎన్వైట్ ప్రతినిధిలో సహా), "ఇతర" అని గుర్తు పెట్టండి మరియు చర్య తీసుకోవడానికి చట్టపరమైన అధికారం యొక్క కాపీని పొందండి. సంతకం చేసిన వ్యక్తి తప్పనిసరిగా సంతకం క్రింద తీదీ వేయాలి మరియు టెలిఫోన్ నంబర్ లేదా సంప్రదింపు సమాచారం ఇవ్వాలి.