

# ความยินยอม

## Consent

**ประกาศสำหรับผู้รับบริการ** สำนักงานบริการสังคมและสาธารณสุข (DSHS) สามารถช่วยท่านได้ดียิ่งขึ้นหากเราสามารถทำงานร่วมกับหน่วยงานและนักวิชาชีพอื่น ๆ ที่รู้จักท่านและครอบครัวของท่าน โดยการลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มนี้ ท่านอนุญาตให้ DSHS และหน่วยงานรวมทั้งบุคคลที่มีรายชื่อในบัญชีด้านล่างนี้สามารถเข้าถึงและแบ่งปันข้อมูลที่เป็นความลับเกี่ยวกับท่านได้ DSHS ไม่สามารถปฏิเสธสิทธิประโยชน์ของท่านได้หากท่านไม่ลงนามในแบบฟอร์มนี้ เว้นแต่ความยินยอมของท่านมีความจำเป็นต่อการพิจารณาการมีสิทธิของท่าน หากท่านไม่ลงนามในแบบฟอร์มนี้ DSHS อาจยังคงแบ่งปันข้อมูลเกี่ยวกับท่านได้ตามขอบเขตที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย หากท่านมีคำถามเกี่ยวกับวิธีที่ DSHS แบ่งปันข้อมูลที่เป็นความลับหรือเกี่ยวกับสิทธิความเป็นส่วนตัวส่วนบุคคลของท่าน กรุณาศึกษาประกาศของ DSHS เรื่องแนวปฏิบัติเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัว (DSHS Notice of Privacy Practices) หรือถามบุคคลที่ให้แบบฟอร์มนี้แก่ท่าน

<b>การระบุอัตลักษณ์ของผู้รับบริการ:</b>			
ชื่อ	วันเดือนปีเกิด	เลขประจำตัว	
ที่อยู่	เมือง	มลรัฐ	รหัสไปรษณีย์
หมายเลขโทรศัพท์ (พร้อมรหัสพื้นที่)	ข้อมูลอื่น:		

**ความยินยอม:**

ข้าพเจ้ายินยอมให้ใช้ข้อมูลที่เป็นความลับเกี่ยวกับข้าพเจ้าภายใน DSHS ในการวางแผน จัดหา และประสานบริการ การรักษา การจ่ายเงิน และสิทธิประโยชน์สำหรับข้าพเจ้า หรือเพื่อวัตถุประสงค์อื่นที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย นอกจากนี้ ข้าพเจ้าอนุญาตให้ DSHS และหน่วยงาน ผู้ให้บริการ หรือ บุคคลที่มีรายชื่อในบัญชีด้านล่างนี้ สามารถใช้ข้อมูลที่เป็นความลับของข้าพเจ้าและเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวต่อกันเพื่อวัตถุประสงค์เหล่านี้ ข้อมูลอาจจะถูกแบ่งปันทางวาจาหรือโดยการถ่ายโอนข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ โดยทางเมล หรือโดยการส่งมอบด้วยมือ

กรุณาทำเครื่องหมายทickedด้านล่างที่รวมอยู่ในความยินยอมนี้ นอกเหนือจาก DSHS และระบบอัตลักษณ์ดังกล่าวโดยชื่อและที่อยู่:

- ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ: \_\_\_\_\_
- ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพจิต: \_\_\_\_\_
- ผู้ให้บริการเกี่ยวกับความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด: \_\_\_\_\_
- ผู้ให้บริการอื่นที่เป็นคู่สัญญาของ DSHS: \_\_\_\_\_
- โครงการที่อยู่อาศัย: \_\_\_\_\_
- เขตการศึกษาหรือวิทยาลัย: \_\_\_\_\_
- กรมราชทัณฑ์ (Department of Corrections): \_\_\_\_\_
- กรมความมั่นคงในการจ้างงาน (Employment Security Department) และพันธมิตรด้านการจ้างงาน: \_\_\_\_\_
- สำนักงานประกันสังคม (Social Security Administration) หรือหน่วยงานอื่นของรัฐบาลกลาง: \_\_\_\_\_
- คุ่มือรายชื่อรายชื่อนาม
- อื่นๆ: \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าอนุญาตและยินยอมให้แบ่งปันระเบียบและข้อมูลต่อไปนี้ (ทำเครื่องหมายทุกข้อที่เกี่ยวข้อง):

<input type="checkbox"/> ระเบียบผู้รับบริการของข้าพเจ้าทั้งหมด	<input type="checkbox"/> ระเบียบตามบัญชีรายชื่อแนบ	
<input type="checkbox"/> ระเบียบต่อไปนี้เท่านั้น		
<input type="checkbox"/> ประวัติทางครอบครัว สังคม และการจ้างงาน	<input type="checkbox"/> ข้อมูลการดูแลสุขภาพ	<input type="checkbox"/> แผนการรักษาหรือการดูแล
<input type="checkbox"/> ระเบียบการจ่ายเงิน	<input type="checkbox"/> การประเมินบุคคล	<input type="checkbox"/> โรงเรียน การศึกษา และการฝึกอบรม
<input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดแจกแจง): _____		

**หมายเหตุ:** หากระเบียบผู้รับบริการของท่านประกอบด้วยข้อมูลใดต่อไปนี้ ท่านต้องกรอกส่วนนี้เพื่อให้ครอบคลุมถึงระเบียบดังกล่าวด้วย

ข้าพเจ้าอนุญาตให้เปิดเผยระเบียบต่อไปนี้ (ทำเครื่องหมายทุกข้อที่เกี่ยวข้อง):

สุขภาพจิต  ผลการทดสอบ การวินิจฉัย หรือการรักษา HIV/AIDS และ STD  ความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด

- ความยินยอมนี้มีผลสมบูรณ์เป็นเวลา  หนึ่งปี  ไตรมาสที่ DSHS ต้องการระเบียบ หรือ  จนถึง \_\_\_\_\_ (วันที่ หรือ เหตุการณ์)
- ข้าพเจ้าสามารถยกเลิกหรือเพิกถอนความยินยอมนี้ได้ตลอดเวลาโดยทำเป็นลายลักษณ์อักษร แต่การนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อข้อมูลใดที่ได้ถูกแบ่งปันไปแล้ว
- ข้าพเจ้าเข้าใจว่าระเบียบที่ถูกแบ่งปันภายใต้ความยินยอมนี้จะไม่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายที่ใช้บังคับกับ DSHS อีกต่อไป
- สำเนาของแบบฟอร์มนี้มีผลสมบูรณ์ในการให้อนุญาตแบ่งปันระเบียบของข้าพเจ้า

ลายมือชื่อ	วันที่	พยาน / โนตารีพับลิก (ลงลายมือชื่อและเขียนชื่อตัวพิมพ์ หากเกี่ยวข้อง)	วันที่
ลายมือชื่อของบิดาหรือมารดาหรือผู้แทนอื่น ๆ (หากเกี่ยวข้อง)		หมายเลขโทรศัพท์ (พร้อมรหัสพื้นที่)	วันที่

หากข้าพเจ้าไม่ใช่บุคคลตามระเบียบ ข้าพเจ้าได้รับอนุญาตให้ลงลายมือชื่อเนื่องจากข้าพเจ้าเป็น:

บิดาหรือมารดา  ผู้อนุญาตตามกฎหมาย (แนบคำสั่งศาล)  ผู้แทนส่วนบุคคล  อื่น ๆ:

**ประกาศสำหรับผู้รับข้อมูล:** หากระเบียบเหล่านี้ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ HIV, STDs, หรือ AIDS ท่านไม่สามารถเปิดเผยข้อมูลนั้นต่อไปโดยไม่ได้รับอนุญาตเป็นการเฉพาะจากผู้รับบริการ หากท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์เกินขนาด จากผู้รับบริการ ท่านต้องระมัดระวังต่อไปเมื่อทำการเปิดเผยข้อมูลต่อไปตามที่กำหนดโดย 42 CFR 2.32:

ข้อมูลนี้เปิดเผยต่อท่านจากระเบียบที่ได้รับคุ้มครองตามกฎหมายของรัฐบาลกลางเรื่องการเก็บเป็นความลับ (42 CFR ส่วนที่ 2) กฎหมายของรัฐบาลกลางห้ามมิให้ท่านทำการเปิดเผยเปิดเผยข้อมูลนี้ต่อไป เว้นแต่การเปิดเผยต่อไปจะได้รับอนุญาตอย่างชัดแจ้งโดยความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากบุคคลที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลดังกล่าวหรือมีเจตจำนงที่ได้รับอนุญาตโดย 42 CFR part 2 การอนุญาตทั่วไปสำหรับการตีพิมพ์ข้อมูลทางการแพทย์หรือข้อมูลอื่นไม่เพียงพอสำหรับวัตถุประสงค์นี้ กฎหมายของรัฐบาลกลางจำกัดการใช้ข้อมูลโดยประการใดเพื่อการสืบสวนทางอาชญากรรมหรือดำเนินคดีกับผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์หรือยาเสพติดเกินขนาด

## คำแนะนำในการกรอกแบบฟอร์มให้ความยินยอม

### วัตถุประสงค์

ให้ใช้แบบฟอร์มนี้เมื่อท่านต้องการให้ความยินยอมอย่างต่อเนื่องสำหรับการใช้ข้อมูลที่เป็นความลับเกี่ยวกับผู้รับบริการท่านใดท่านหนึ่งภายใน DSHS หรือสำหรับการเปิดเผยข้อมูลนั้นต่อหน่วยงานอื่นเพื่อประสานบริการ หรือเพื่อการรักษา การจ่ายเงิน หรือปฏิบัติการของหน่วยงาน หรือเพื่อวัตถุประสงค์อื่นตามที่กฎหมายรับรอง ผู้รับบริการ หมายถึง บุคคลที่ได้รับสิทธิประโยชน์หรือบริการจาก DSHS

**การใช้:** ให้กรอกแบบฟอร์มนี้ทางอิเล็กทรอนิกส์หากเป็นไปได้เพื่อให้ง่ายต่อการอ่าน

**ต้องกรอกแบบฟอร์มแยกต่างหากหนึ่งฉบับสำหรับแต่ละบุคคล รวมถึงเด็ก "ท่าน"** ในคำแนะนำ หมายถึง พนักงานของ DSHS และ "ท่าน" ในแบบฟอร์ม หมายถึง ผู้รับบริการ การแบ่งปันระเบียบรวมถึงการใช้และเปิดเผยข้อมูลที่เป็นความลับเกี่ยวกับผู้รับบริการท่านใดท่านหนึ่ง

### ส่วนต่าง ๆ ของแบบฟอร์ม:

#### การระบุอัตลักษณ์:

- **ชื่อ:** ให้กรอกชื่อของผู้รับบริการหนึ่งท่านต่อหนึ่งแบบฟอร์มเท่านั้น ให้กรอกชื่อของผู้รับบริการหนึ่งท่านต่อหนึ่งแบบฟอร์มเท่านั้น
- **วันเดือนปีเกิด:** จำเป็นสำหรับการระบุอัตลักษณ์ของผู้รับบริการจากบุคคลที่มีชื่อคล้ายคลึงกัน
- **เลขประจำตัว:** กรอกเลขประจำตัวของผู้รับบริการหรือตัวระบุอัตลักษณ์อื่น อาทิ หมายเลขประกันสังคม (ไม่บังคับ) เพื่อช่วยในการระบุระเบียบและการติดตามประวัติรวมทั้งบริการที่ได้รับ
- **ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์:** ข้อมูลเพิ่มเติมที่จะช่วยในการค้นหาและการระบุตัวหรือการติดต่อกับผู้รับบริการ
- **อื่นๆ:** ในช่องนี้ ให้กรอกข้อมูลเพิ่มเติมที่สามารถช่วยให้ค้นหาระเบียบซึ่งอาจจะประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ของ DSHS ที่เกี่ยวข้องกับการขอของสมาชิกในครอบครัว หรือข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง

#### ความยินยอม (การอนุญาต):

- **หน่วยงานหรือบุคคลที่แลกเปลี่ยนระเบียบ:** การกรอกแบบฟอร์มนี้โดยผู้รับบริการช่วยให้สามารถใช้และแชร์ข้อมูลที่เป็นความลับภายใน DSHS ทั้งหมด DSHS จะสามารถเปิดเผยต่อและได้รับข้อมูลที่เป็นความลับจากหน่วยงานหรือบุคคลภายนอกที่มีรายชื่อในบัญชี ให้กรอกข้อมูลระบุอัตลักษณ์เกี่ยวกับหน่วยงานหรือผู้ให้บริการ รวมถึงชื่อ ที่อยู่หรือที่ตั้ง หากเป็นไปได้ นอกจากนี้ ท่านสามารถแนบบัญชีรายชื่อหน่วยงานที่ได้รับอนุญาตให้แบ่งปันข้อมูลซึ่งผู้รับบริการต้องลงลายมือชื่อเช่นกัน
- **ข้อมูลรวมถึงสิ่งต่อไปนี้:** ผู้รับบริการต้องระบุนายการระเบียบที่ความยินยอมนี้ครอบคลุมถึง ผู้รับบริการอาจจะทำให้สามารถเข้าถึงระเบียบทั้งหมดได้หรืออาจจะจำกัดรายการระเบียบที่ถูกรวมไว้โดยแยกตามวันที่ ประเภท หรือ แหล่งระเบียบ หากผู้รับบริการไม่ได้ลงลายมือชื่อในความยินยอมหรือไม่ได้รับระเบียบที่เฉพาะเจาะจงรายการใดรายการหนึ่ง การแบ่งปันระเบียบนั้นจะยังคงได้รับอนุญาตหากกฎหมายให้อนุญาต ท่านสามารถแนบบัญชีรายการระเบียบที่ครอบคลุมถึงซึ่งผู้รับบริการต้องลงลายมือชื่อเช่นกัน หากระเบียบใดประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิต (RCW 71.05.620) การทดสอบหรือการรักษา HIV/AIDS หรือ STD (RCW 70.02.220) หรือบริการที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์ (42 CFR 2.31(a)(5)) ผู้รับบริการต้องทำเครื่องหมายในส่วนดังกล่าวเป็นพิเศษเพื่ออนุญาตให้แบ่งปันระเบียบเหล่านี้ได้ แบบฟอร์มนี้ไม่มีผลสมบูรณ์ครอบคลุมถึงบันทึกจิตบำบัดภายใต้ 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) ซึ่งต้องกรอกแบบฟอร์มแยกต่างหากหนึ่งฉบับเพื่อให้ครอบคลุมถึงระเบียบเหล่านี้
- **ระยะเวลา:** ให้กรอกวันที่สิ้นสุดความยินยอมให้ใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์โครงการของท่านหรือตามที่กฎหมายกำหนด
- **ความเข้าใจ:** ตรวจสอบให้แน่ใจว่าผู้รับบริการเข้าใจในสิ่งที่กำลังให้อนุญาตและวิธีรวมถึงเหตุผลในการแบ่งปันข้อมูล หากต้องการ ให้ใช้แบบฟอร์มที่ได้รับการแปลและล่าม หรือให้อ่านแบบฟอร์มโดยการออกเสียง หากผู้รับต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ให้จัดหาประกาศของ DSHS เรื่องแนวปฏิบัติเกี่ยวกับความเป็นส่วนบุคคล (DSHS Notice of Privacy Practices) หรือส่งผู้รับบริการไปพบเจ้าหน้าที่รับผิดชอบเรื่องการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณชนประจำหน่วยงานของท่าน

#### ลายมือชื่อ:

- **ผู้รับบริการ:** ให้ผู้รับบริการหรือเด็กซึ่งมีอายุสูงกว่าอายุที่สามารถให้ความยินยอมได้ (13 ปีสำหรับบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและยาเสพติดและแอลกอฮอล์; 14 ปีสำหรับ HIV/AIDS และ STDs อื่น ๆ; ไม่จำกัดอายุสำหรับการคุมกำเนิดและการทำแท้ง; 18 ปีสำหรับการดูแลสุขภาพและระเบียบอื่น ๆ) เป็นผู้ลงลายมือชื่อและลงวันที่ที่ลงลายมือชื่อในช่องนี้ ผู้รับบริการสามารถทำเครื่องหมายแทนในช่องนี้ต่อหน้าท่านได้
- **พยานหรือโนตารีพับลิก:** พยานหรือโนตารีพับลิกอาจจะมีความจำเป็นเพื่อตรวจสอบอัตลักษณ์ของท่านหากท่านไม่ได้ยื่นแบบฟอร์มนี้ด้วยตนเองหรือโครงการใดโครงการหนึ่งขอให้การตรวจสอบ บุคคลนี้ควรลงลายมือชื่อและเขียนชื่อของตนเองด้วยตัวพิมพ์
- **บิดาหรือมารดาหรือผู้แทนอื่น:** หากผู้รับบริการเป็นเด็กซึ่งมีอายุต่ำกว่าอายุที่สามารถให้ความยินยอมได้ บิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครองต้องเป็นผู้ลงลายมือชื่อ หากเด็กมีอายุไม่ถึงอายุที่สามารถให้ความยินยอมได้สำหรับระเบียบทั้งหมดที่จะมีการแบ่งปัน ทั้งเด็กและพ่อหรือแม่ต้องเป็นผู้ลงลายมือชื่อ หากผู้รับบริการถูกประกาศให้เป็นผู้ไร้ความสามารถตามกฎหมาย ผู้อนุญาตที่ศาลแต่งตั้งต้องเป็นผู้ลงลายมือชื่อและยื่นสำเนาคำสั่งแต่งตั้งจำนวนหนึ่งชุด หากมีผู้ลงลายมือชื่อในอีกสถานะหนึ่ง (ซึ่งรวมถึงบุคคลที่เป็นผู้รับมอบอำนาจหรือที่เป็นผู้แทนกอมรดก) ให้ทำเครื่องหมาย "อื่น" และขอรับสำเนาหนังสือแสดงอำนาจตามกฎหมายในการดำเนินการ บุคคลที่เป็นผู้ลงลายมือชื่อต้องลงวันที่ที่ลงลายมือชื่อพร้อมระบุหมายเลขโทรศัพท์และข้อมูลการติดต่อ