

ONAY CONSENT

MÜŞTERİLERE BİLDİRİ: Sosyal ve Sağlık Hizmetleri Departmanı (DSHS) sizi ve ailenizi tanıyan diğer kuruluşlarla ve profesyonellerle birlikte çalışabilirsek size daha fazla yardımcı olabilecektir. Bu formu imzalayarak, DSHS ve aşağıda belirtilen kuruluş ve kişilere sizin hakkınızdaki gizli bilgileri kullanma ve paylaşma yetkisi vermiş olacaksınız. DSHS, uygunluğunuzun belirlenmesi için onayınızın gerektiği durumlar hariç, bu formu imzalamamanız halinde sosyal yardım alma hakkınızı reddetmeyecektir. Bu formu imzalamazsanız dahi DSHS, yasaların izin verdiği ölçüde sizin hakkınızdaki bilgileri paylaşabilir. DSHS'nin müşterilere ait gizli bilgileri nasıl paylaştığı veya gizlilik haklarınız hakkında sorularınız varsa, lütfen DSHS Gizlilik Uygulamaları Bildirimine başvurun veya size bu formu veren kişiye sorun.

MÜŞTERİNİN TANIMLANMASI:			
AD	DOĞUM TARİHİ	TANIMLAMA NUMARASI	
ADRES	ŞEHİR	EYALET	ZİP KODU
TELEFON NUMARASI (ALAN KODU DAHİL)	DİĞER BİLGİLER		

ONAY:

Benim için veya yasaların izin verdiği diğer gerekçelerle hizmetlerin, tedavilerin, ödemelerin ve sosyal yardımların planlanması, sağlanması ve koordine edilmesi için DSHS bünyesinde hakkımdaki gizli bilgilerin kullanılmasına izin veriyorum. Ayrıca, bu amaçlarla DSHS ve aşağıda belirtilen kuruluşlar, hizmet sağlayıcıları veya kişilere de gizli bilgilerimi kullanma ve birbirine ifşa etme yetkisini veriyorum. Bilgiler, sözlü olarak veya bilgisayar veri transferi, posta ya da elden teslim yoluyla paylaşılabilir.

Lütfen DSHS'ye ek olarak bu onay kapsamında yer alanların tümünü işaretleyin ve adlarını ve adreslerini belirtin:

Sağlık hizmeti sağlayıcıları: _____

Akıl sağlığı hizmeti sağlayıcıları: _____

Kimyasal bağımlılık hizmeti sağlayıcıları: _____

Diğer DSHS sözleşmeli hizmet sağlayıcıları: _____

Konut programları: _____

Okul bölgeleri veya kolejer: _____

Düzeltme Departmanı: _____

İstihdam Güvenliği Departmanı ve istihdam ortakları: _____

Sosyal Güvenlik İdaresi veya diğer federal kuruluşlar: _____

Ekteki listeye bakın

Diğer: _____

Aşağıdaki kayıt ve bilgilerin paylaşılmasına izin ve yetki veriyorum (uygun olanların tümünü işaretleyin):

Tüm müşteri kayıtlarım

Ekteki listede bulunan kayıtlar

Sadece aşağıdaki kayıtlar

Aile, sosyal ve istihdam geçmişi

Sağlık hizmeti bilgileri

Tedavi veya bakım planları

Ödeme kayıtları

Bireysel değerlendirmeler

Okul ve eğitim

Diğer (belirtin): _____

NOT: Müşteri kayıtlarınız aşağıdaki bilgilerden herhangi birini içeriyorsa, bu kayıtları içermesi amacıyla bu bölümü de doldurmalısınız.

Aşağıdaki kayıtların paylaşılmasına izin veriyorum (uygun olanların tümünü işaretleyin):

Akıl sağlığı

HIV/AIDS ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık test sonuçları, teşhis veya tedavi

Kimyasal Bağımlılık hizmetleri

- Bu izin DSHS kayıtlara ihtiyaç duyduğu sürece bir yıl boyunca veya _____ (tarih veya olay)'a kadar geçerlidir.

- Bu onayı herhangi bir zamanda yazılı olarak iptal edebilir veya geri çekebilirim, ancak bu halihazırda paylaşılan bilgileri etkilemeyecektir.

- Bu onay kapsamında paylaşılan kayıtların, DSHS için geçerli olan yasalar kapsamında artık korunmayabileceğini kabul ediyorum.

- Bu formun bir kopyası, kayıtların paylaşılmasına ilişkin verdiğim izin için geçerlidir.

İMZA	TARİH	KURULUŞ İRTİBAT KİŞİSİ/TANIK İMZASI	TARİH
EBEVEYN VEYA DİĞER TEMSİLCİ İMZASI (VARSA)		TELEFON NUMARASI (ALAN KODU DAHİL)	TARİH

Kayıtlar benimle ilgili değilse, aşağıdakilerden biri olduğum için imza yetkisine sahibim: (yetkiye dair kanıt belgesi ekenmelidir)

Ebeveyn Yasal Koruyucu (mahkeme emrini ekleyin) Kişisel Temsilci Diğer: _____

BİLGİLERİ ALAN KİŞİYE YÖNELİK BİLDİRİ: Bu kayıtlar, HIV, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar veya AIDS ile ilgili bilgiler içeriyorsa, müşterinin özel izni olmadan bu bilgileri ifşa edemezsiniz. Müşterinin uyuşturucu veya alkol bağımlılığı ile ilgili bilgi aldıysanız, 42 CFR 2.32

uyarınca bilgi ifşasında bulunurken aşağıdaki beyanı da dahil etmelisiniz:

Bu bilgiler size Federal gizlilik kuralları (42 CFR kısım 2) tarafından korunan kayıtlardan ifşa edilmiştir. Federal kurallar, ilgili kişinin yazılı onayı ile açık bir şekilde izin verilmemişse veya 42 CFR kısım 2 tarafından başka şekilde izin verilmemişse, bu bilgileri ifşa etmenizi yasaklamaktadır. Tıbbi veya diğer bilgilerin açıklanmasına ilişkin genel yetki bu amaç doğrultusunda yeteri DEĞİLDİR. Federal kurallar, bilgilerin alkol veya uyuşturucu bağımlısı bir hastayı cezai olarak soruşturmak veya hakkında kovuşturma yurutmek için kullanılmasını sınırlandırmaktadır.

ONAY FORMUNUN DOLDURULMASINA İLİŞKİN TALİMATLAR

Amaç: Bu formu, DSHS bünyesinde gizli bilgileri sürekli olarak kullanmanız veya tedavi, ödeme veya kuruluş faaliyetleri ya da yasaların gerektirdiği diğer amaçlar için hizmetleri koordine etmek amacıyla bu bilgileri başka kuruluşlara ifşa etmeniz gerektiğinde kullanın. Müşteriler, DSHS'den sosyal yardım veya hizmet alan kişilerdir.

Kullanım: Okuma kolaylığı açısından mümkünse bu formu elektronik olarak doldurun. **Çocuklar dahil her kişi için ayrı bir form doldurulmalıdır.** Talimatlardaki "siz" DSHS çalışanı ve formdaki "siz" müşteriye gönderme yapmaktadır. Kayıtların paylaşılması, bir müşteri hakkındaki gizli bilgilerin kullanılmasını ve ifşasını kapsar.

Formun Bölümleri:

TANIMLAMA:

- **Ad:** Her formda sadece bir müşterinin adı yer almalıdır. Müşterinin hizmet alırken kullanmış olabileceği eski adlar dahil edilmelidir.
- **Doğum Tarihi:** Benzer ada sahip müşterileri tanımlamak için gereklidir.
- **Tanımlama Numarası:** Kayıtların tanımlanması ve geçmiş ve alınan hizmetlerin takip edilebilmesi için bir müşteri tanımlama numarası veya sosyal güvenlik numarası gibi başka bir tanımlayıcı (gerekli değil) belirtin.
- **Adres ve telefon:** Müşterinin yerinin tespit edilmesi ve tanımlanması veya müşteriyle irtibata geçilmesine yardımcı olacak ek bilgiler.
- **Diğer:** Hizmetlerle ilgilenen DSHS bölümleri, aile üyelerinin adları veya ilgili diğer bilgileri içerebilecek kayıtların bulunmasına yardımcı olabilecek ek bilgileri bu kutucuğa yazın.

ONAY (YETKİ):

- **Kayıt alışıverenisi yapan kuruluşlar ve kişiler:** Bu formun müşteri tarafından tamamlanması, gizli bilgilerin tüm DSHS bünyesinde kullanılması ve paylaşılmasına yönelik izin verecektir. DSHS, belirtilen harici kuruluşlar veya kişilere gizli bilgileri ifşa edebilecek ve bunlardan gizli bilgi alabilecektir. Mümkünse ad, adres ve yerini de belirterek kuruluşlar veya hizmet sağlayıcılar hakkında tanımlayıcı bilgiler verilmelidir. Ayrıca, müşteri tarafından da imzalanması gereken, bilgi paylaşımına izin verilen kuruluşların bir listesini de ekleyebilirsiniz.
- **Dahil olan bilgiler:** Müşteriler, onayın hangi kayıtları kapsadığını belirtmelidir. Müşteriler, tüm kayıtları kullanıma açabilir veya dahil edilen kayıtları tarih, tür ve kayıt kaynağına göre sınırlandırabilir. Bir müşteri onayı imzalamazsa veya belirli bir kaydı belirtmezse, söz konusu kayıt, yasaların izin verdiği ölçüde paylaşılmaya devam edecektir. Ayrıca, müşteri tarafından da imzalanması gereken, kapsanan kayıtların listesini de ekleyebilirsiniz. Kayıtlar, akıl sağlığı (RCW 71.05.620), HIV/AIDS veya Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar testi veya tedavisi (RCW 70.02.220) veya uyuşturucu ve alkol hizmetleri (42 CFR 2.31(a)(5)) ile ilgili bilgiler içeriyorsa, müşteri kayıtların paylaşılmasına ilişkin izin vermek için bu alanları özellikle işaretlemelidir. Bu form, 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) kapsamındaki psikoterapi notlarını içermemektedir ve bu kayıtların dahil edilebilmesi için ayrı bir form doldurulmalıdır.
- **Süre:** Program amaçlarınıza uygun veya yasaların belirttiği şekilde onay için bir geçerlilik tarihi girin.
- **Anlama:** Müşterinin neye izin verildiğini ve bilgilerin nasıl ve neden paylaşılacağını anladığından emin olun. Gerekirse, tercüme edilmiş bir form ve tercüman kullanın veya formu yüksek sesle okuyun. Müşteri daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsa, DSHS Gizlilik Uygulamaları Bildirimini bir kopyasını verin veya müşteriye biriminizdeki kamu açıklamaları görevlisine yönlendirin.

İMZALAR:

- **Müşteri:** Müşterinin veya onay yaşındaki çocuğun (akıl sağlığı ve uyuşturucu ve alkol hizmetleri için 13; HIV/AIDS ve cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklar için 14; doğum kontrol ve kürtaj için tüm yaşlar; sağlık hizmetleri ve diğer kayıtlar için 18) bu kutucuğu imzalamasını ve imza tarihini yazmasını sağlayın. Müşteri sizin tanıklığınızda bu kutucuğa işaret de koyabilir.
- **Kuruluş İrtibat Kişisi veya Tanık:** Formu müşteriye sunan ve açıklayan kişi siz iseniz, bu kutucuğu imzalayacaksınız. Lütfen telefon numaranızı da verin. Müşteri formu, bir iş sahasından uzakta imzalayacaksa, müşteriden bu kutucuğu bir tanığın da imzalamasını ve telefon numarasını vermesini isteyin. Noter, müşteri imzasına tanık olarak kabul edilebilir.
- **Ebeveyn veya Diğer Temsilci:** Müşteri onay yaşının altında bir çocuk ise, ebeveyn veya koruyucu imzalamalıdır. Çocuk, paylaşılacak tüm kayıtlara ilişkin yaşı karşılamıyorsa, hem çocuk hem ebeveyn imzalamalıdır. Müşterinin yasal olarak imzalama ehliyeti olmadığına karar verilirse, mahkeme tarafından atanan bir koruyucu imzalamalı ve atama kararının bir kopyasını sunmalıdır. Birisi başka biri adına imzalayorsa (vekaletnameye sahip biri veya mülk temsilcisi dahil), "diğer" kısmı işaretlenmeli ve yasal temsil belgesinin bir kopyası alınmalıdır. İmzalayan kişi, imza tarihini belirtmeli ve telefon numarasıyla irtibat bilgilerini vermelidir.

CONSENT

DSHS 14-012 TK (REV. 04/2018) (AC 12/2019) Turkish

