

Onay Consent

MÜŞTERİLERE DUYURU: Sosyal ve Sağlık Hizmetleri Departmanı (DSHS), sizi ve ailenizi tanıyan diğer ajanslar ve profesyonellerle birlikte çalışırsa size daha iyi yardım edebilir. Bu formu imzalayarak siz DSHS'ye ve aşağıdaki listede adı geçen ajans ve bireylere sizin hakkınızdaki kişiye özel bilgileri kullanma ve paylaşma izni vermiş olacaksınız. Bu formu imzalamazsanız DSHS, uygunluğunuzu saptamak için onayınıza gerek duyuluncaya kadar size sağladığı avantajları reddedemez. Bu formu imzalamazsanız DSHS yine de size ait bilgileri yasaların izin verdiği ölçüde paylaşabilir. DSHS'nin müşterilere ait özel kişisel bilgileri nasıl paylaştığı veya özel yaşam haklarınız konusunda sorularınız varsa lütfen DSHS Özel Yaşam Uygulamaları Bildirimine danışın veya size bu formu veren kişiye sorun.

MÜŞTERİ KİMLİK SAPTAMASI:

AD	DOĞUM TARİHİ	KİMLİK NUMARASI	
ADRES	KENT	EYALET	POSTA KODU
TELEFON NUMARASI (ALAN KODUNU YAZIN)	DİĞER BİLGİLER		

ONAY:

DSHS'de bulunan bana ait kişisel bilgilerin benim için hizmet planlanması yapılması, sağlanması ve koordinasyonu için, tedavi, ödemeler ve bana sağlanacak fayda ve yardımlar veya yasaların yetki verdiği başka amaçlar için kullanılmasını onaylıyorum. Ayrıca DSHS'ye ve aşağıda adı yazılı ajanslara, tedarikçilere veya kişilere bana ait kişisel bilgileri kullanmaları ve bu amaçlarla bilgileri birbirlerine açıklamaları için izin veriyorum. Bilgi sözel olarak veya bilgisayar veri transferi, posta veya elden teslimat şeklinde paylaşılabilir.

Lütfen DSHS'ye ek olarak bu onaya dahil olan aşağıdaki tüm kişi ve ajansları işaretleyin ve bunları isim ve adresleriyle tanımlayın:

- Sağlık bakım tedarikçileri: _____
- Akıl sağlığı bakım tedarikçileri: _____
- Madde kullanımı bozukluğu hizmet tedarikçileri: _____
- Diğer DSHS sözleşmeli tedarikçiler: _____
- Barınak programları: _____
- Okul bölgeleri veya yüksek okullar: _____
- Topluma Geri Kazandırma Departmanı (Ceza İnfaz): _____
- İstihdam Güvenlik Departmanı ve onun istihdam ortakları: _____
- Sosyal Güvenlik Yönetimi ve diğer federal ajanslar: _____
- Ekli listeye bakınız
- Diğer: _____

Aşağıdaki kayıtların ve bilgilerin paylaşılmasına yetki ve onay veriyorum (geçerli olan hepsini işaretleyin):

- Tüm müşteri kayıtlarım Ekli listedeki kayıtlar
- Yalnız aşağıdaki kayıtlar
- Aile, sosyal ve istihdam geçmişi Sağlık bakım bilgileri Tedavi veya bakım planları
- Ödeme kayıtları Bireysel değerlendirmeler Okul, eğitim, ve mesleki kurslar
- Diğer (listeleysin): _____

LÜTFEN NOT EDİNİZ: Müşteri kayıtlarınız aşağıdaki bilgilerden herhangi birini içeriyorsa bu kayıtları dahil etmek için bu bölümü de doldurmalısınız.

Aşağıdaki kayıtların açıklanması için izin veriyorum (Geçerli olan hepsini işaretleyin):

- Akıl sağlığı HIV/AIDS ve STD test sonuçları, teşhis, veya tedavi Madde Kullanımı Bozukluğu

- Bu onay bir yıl için DSHS kayıtlara ihtiyaç duyduğu sürece, veya _____ (tarih veya olay) kadar geçerlidir.
- Bu onayı yazılı olarak her zaman iptal edebilir veya geri çekebilirim, ancak bu halen paylaşılmış olan herhangi bir bilgiyi etkilemeyecektir.
- Bu onay çerçevesinde paylaşılan kayıtların bundan böyle DSHS için geçerli yasalar kapsamında korunmayacağını anladım.
- Bu formun bir kopyası, kayıtları paylaşmak üzere onayım için geçerlidir.

İMZA	TARİH	TANIK / NOTER (İMZALAYIN VE GEÇERLİ İSE ADINIZI, MATBU HARFLERLE YAZIN)	TARİH
EBEVEYN VEYA DİĞER TEMSİLCİLERİN İMZASI (GEÇERLİ İSE)		TELEFON NUMARASI (ALAN KODUNU YAZIN)	TARİH

Kayıtlar bana ait değilse imzalamaya yetkiliyim çünkü ben: (yetki belgesini ekleyin).

- Ebeveyn Yasal Koruyucu (mahkemeye emrini ekleyin) Kişisel temsilci Diğer: _____

BİLGİLERİ ALANLARA ÖNEMLİ NOT: Bu kayıtlar HIV, SIDs veya AIDS bilgileri içeriyorsa müşterinin spesifik izni olmadan bu bilgileri açıklayamazsınız. Müşterinin yanlış ilaç (uyuşturucu) veya alkol kullanımıyla ilgili bilgi aldıysanız 42 CFR 2.32 gereğince bu bilgiyi ileride açıklarken aşağıdaki beyanı eklemelisiniz:

Bu bilgi size Federal gizlilik kuralları ile korunan kayıtlardan açıklanmıştır (42 CFR bölüm 2). Federal kurallar bu bilginin başkalarına açıklanmasını, ilgili kişinin açık şekilde yazılı izni olmadıkça veya 42 CFR bölüm 2 uyarınca başka bir şekilde izin verilmedikçe yasaklamıştır. Tıbbi ve diğer bilgilerin açıklanmasıyla ilgili genel bir yetki/onay bu amaç için yeterli DEĞİLDİR. Federal kurallar bir alkol veya ilaç/madde bağımlısı hastaya ait bilgilerin suç araştırması veya sorgulanması amacıyla kullanılmasını yasaklamaktadır.

ONAY FORMUNUN TAMAMLANMASI İÇİN TALİMATLAR

Amaç: Bu formu DSHS içinde bir müşteri hakkında devamlı kişiye özel gizli bilgi kullanılması için onaya ihtiyacınız olduğunda veya hizmetleri koordine etmek veya tedavi, ödeme veya ajans operasyonları veya yasalarca tanınmış başka amaçlarla kullanılmak üzere bu bilgileri diğer ajanslara açıklamak için onaya ihtiyacınız olduğunda kullanın. Müşteriler DSHS'den yardım veya hizmet alan kişilerdir.

Kullanım: Okumasının kolay olması için mümkünse bu formu elektronik olarak doldurun. **Çocuklar dahil her kişi için ayrı bir form doldurulmalıdır.** Talimatlarda "Siz" ifadesi DSHS çalışanını ve formdaki "siz" ifadesi müşteriye kastedilmektedir. Kayıtların paylaşılması bir müşteri hakkındaki gizli bilgilerin kullanılması ve açıklanmasını içermektedir.

Formun Bölümleri:

KİMLİK SAPTANMASI:

- **Ad:** Her formda yalnız bir müşterinin adını verin. Hizmet alırken müşterinin kullanmış olabileceği başka eski isim varsa yazın.
- **Doğum Tarihi:** Benzer isimli kişilerden müşteriye ayırt etmek için gereklidir.
- **Kimlik Numarası:** Kayıtları saptamaya ve müşteri geçmişini ve hizmetleri izlemeye yardım için bir müşteri kimlik numarası veya müşteriye tanıtacak sosyal güvenlik numarası (şart değil) gibi bir müşteri tanımlama numarası yazın.
- **Adres ve telefon:** Müşterinin yerini belirleyecek ve tanıttak veya müşteriyle iletişim kurmaya yardım edecek ek bilgiler.
- **Diğer konular:** Bu kutuya DSHS'nin hizmetler, aile üyelerinin isimleri veya diğer geçerli bilgiler yönünden dahil olduğu bölümler içeren kayıtları saptamaya yardım edebilecek bilgileri yazın.

ONAY (YETKİ):

- **Kayıtları kullanacak, paylaşacak ajanslar ve kişiler:** Müşterinin bu formu doldurması tüm DSHS içinde kişiye ait özel bilgilerin kullanılmasını ve paylaşılmasını sağlayacaktır. DSHS listedeki dış ajans ve kişilerden kişiye ait özel bilgiler alabilecek ve bilgileri onlarla paylaşabileceklerdir. Ajanslar ve tedarikçiler hakkında isim, adres veya mümkünse yer bilgileri gibi tanımlayıcı bilgileri yazın. Bilgileri paylaşmasına izin verilen ajansların bir listesini de ekleyebilirsiniz. Bu listeyi müşteri de imzalamalıdır.
- **Dahil edilen bilgiler:** Müşteriler onaya hangi kayıtların dahil olduğunu belirtmelidir. Müşteriler tüm kayıtlar için onay verebilir veya kayıtların tarihini, tipini veya kaynağını belirterek onayı sınırlandırabilir. Bir müşteri onay formu imzalamazsa veya belirli bir kayıt adı vermemişse yasalar izin veriyorsa bu kayıtların paylaşılmasına yine de izin verilebilir. Kapsanan kayıtları bir liste olarak ekleyebilirsiniz. Müşteri de bu listeyi imzalamalıdır. Kayıtlar herhangi bir akıl sağlığı (RCW 71.05.620), HIV/AIDS veya STD testi veya tedavisi (RCW 70.02.220) yahut ilaç ve alkol servisleri (42 CFR 2.31(a)(5)) ile ilgili bilgi içeriyorsa müşteri bu kayıtları paylaşmak üzere izin vermek için bu alanları özellikle işaretlemelidir. Bu form 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) kapsamında psikoterapi notlarını içermez. Bu kayıtları dahil etmek için ayrı bir form doldurulmalıdır.
- **Süre:** Onay için program amacınıza uygun olacak veya yasanın öngördüğü bir süre bitim tarihi koyun.
- **Anlama:** Müşterinin ne izni verildiğini ve bilginin nasıl ve neden paylaşıldığını anladığından emin olun. Gerekirse tercüme edilmiş bir form ve tercüman kullanın veya formu yüksek sesle okuyun. Müşteri daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsa DSHS'nin Özel Yaşam Uygulamaları Bildirimini fazla bir kopyasını verin veya müşteriye biriminizdeki kamuyu aydınlatma görevlisine yönlendirin

İMZALAR:

- **Müşteri:** Onay verme yaşının üzerindeki bir müşteriye veya çocuğa (akıl sağlığı, ilaç ve alkol hizmetleri için 13; HIV/AIDS ve diğer STD'ler için 14; doğum kontrolü ve kürtaj için her yaşta; sağlık bakımı ve diğer kayıtlar için 18) bu kutuyu imzalatın ve imza tarihini yazın. Müşteri bu kutuya sizin tanıklığınızda bir işaret koyabilir.
- **Tanık veya Noter:** Bu formu şahsen vermiyorsanız veya bir program doğruluğunun tasdikini gerektiriyorsa kimliğinizi doğrulamak için bir tanık veya notere ihtiyaç olabilir. Bu kişi imzasını atmalı ve adını matbu harflerle yazmalıdır.
- **Ebeveyn veya Başka Temsilci:** Müşteri onay yaşının altında çocuk ise bir ebeveyn veya vasi imzalamalıdır. Çocuk, paylaşılacak tüm kayıtlar için onay yaşının altında ise hem çocuk hem ebeveyni imzalamalıdır. Müşterinin yasal olarak yetersiz olduğu bildirilmişse mahkemenin tayin ettiği vasi imzalamalı ve tayin emrinin bir kopyası verilmelidir. Bir kişi başka bir yetki ile imza atıyorsa (vekalet yetkisi olan veya emlak temsilciliği dahil) "diğer"i işaretleyin ve yasal yetki belgesini bir kopyasını ekleyin. İmza atan kişi imzaya tarih koymalı ve telefon numarasını veya başka iletişim bilgisini yazmalıdır.