

Müşteri Kimlik Saptanması

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

**Onay
Consent**

Müşterilere 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 kuruluş 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.

Onay

1. 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 listelenen kuruluşlara, tedarikçilere veya kişilere bana ait gizli bilgileri kullanması ve bu amaçla birbirlerine açıklamalar yapması için izin veriyorum. Bilgi sözlü veya elektronik olarak, postayla veya elden teslimatla paylaşılabilir.

Açıklama Nedeni: DSHS tarafından ilaç ve alkol veya ruh sağlığı hizmetleri ile ilgili kayıtlar paylaşılmadan önce bu bilgilere gerek duyulmaktadır. DSHS, bu alanı doldurmadığınız takdirde açıklama nedeninin talebiniz üzerine olduğunu belirtecektir.

Lütfen DSHS'ye ek olarak bu onaya dâhil edilen tüm aşağıdakileri işaretleyin ve onları adları ve adresleri ile tanımlayın:

- Sağlık hizmetleri ile ilgili tedarikçiler: _____
- Mental sağlık bakım tedarikçileri: _____
- Madde kullanım bozukluğu ile ilgili hizmet tedarikçileri: _____
- Diğer DSHS sözleşmeli tedarikçiler: _____
- Barınak programları: _____
- Okul bölgeleri veya yüksek okullar: _____
- Topluma Geri Kazandırma Departmanı: (Ceza İnfaz): _____
- İstihdam Güvenlik Departmanı ve istihdam ortakları: _____
- Sosyal Güvenlik Yönetimi veya diğer federal kuruluşlar: _____
- Ekli listeye bakabilirsiniz
- Diğer: _____

2. Açıklama nedeni: Sürekli bakım Yasal Kişisel Diğer:

3. 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
 - Tedavi veya bakım planları
 - Ödeme kayıtları
 - Bireysel değerlendirmeler
 - Okul, eğitim ve mesleki kurslar
 - Mental sağlık bakım bilgileri (açıklayın):
 - Sağlık hizmetlerine ilişkin bilgiler (açıklayınız):
 - Diğer (liste):

Müşteri Kimlik Saptanması

AD	DOĞUM TARİHİ	KİMLİK NUMARASI
----	--------------	-----------------

Lütfen not ediniz: Müşteri kayıtlarınız aşağıdaki bilgilerden herhangi birini içeriyorsa bu kayıtları dâhil etmek için bu bölümü de doldurmalısınız.

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

Ruh sağlığı HIV/AIDS ve STD test sonuçları, teşhis veya tedavi Madde Kullanım Bozukluğu

- Bu onay bir yıl için veya _____ tarihine kadar geçerlidir (tarih veya olay).
- Bu onaydan her zaman yazılı olarak vazgeçebilirim veya onayı geri çekebilirim, ancak bu daha önce paylaşılmış bilgileri etkilemez.
- Bu onayla paylaşılan kayıtların DSHS için geçerli yasalar kapsamında artık korunmayabileceğini anlıyorum.
- Bu formun bir kopyası benim kayıtları paylaşmak üzere iznim için geçerlidir.

İMZA	TARİH	
TANIK / NOTERLİK İMZASI, GEÇERLİ İSE	TANIK / NOTERLİK MATBU HARFLERLE ADI	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 Vasi (mahkeme emrini ekleyin) Personal temsilci Diğer:

Bilgi Alanlara Uyarı: 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 veya başka bilgilerin açıklanmasıyla ilgili genel bir onay bu amaç için yeterli DEĞİLDİR. Federal kurallar bir alkol veya ilaç/madde bağımlısı hastaya ait bilgilerin suç araştırması veya sorgulanması amacıyla kullanılmasını yasaklamaktadır.

DSHS 14-012, Onay Formlarının Tamamlanması için Talimatlar

Kullanım: Bu formu DSHS içinde bir müşterinin gizli bilgilerini sürekli olarak kullanmaya veya paylaşmaya ihtiyacınız olduğu zaman veya bu bilgileri hizmetleri koordine etmek yahut tedavi, ödeme veya kuruluş operasyonları veya yasayla tanınmış diğer amaçlar için diğer kuruluşlara açıklamak üzere kullanın.

Mümkünse bu formu elektronik ortamda doldurun. **Çocuklar dâhil her kişi için ayrı bir form** tamamlamanız gerekmektedir.

Formun Bölümleri:

KİMLİK SAPTANMASI:

- **Adı:** Her formda yalnız bir müşteri adı verin. Hizmet alırken müşterinin kullanmış olabileceği başka eski isim varsa yazın.
- **Doğum Tarihi:** Benzer isimli kişilerden müşteriyi ayırt etmek için gereklidir.
- **Kimlik Numarası:** Kayıtları saptamaya ve müşteri geçmişini ve hizmetleri izlemeye yardım için bir müşteri kimlik numarası veya müşteriyi tanıyacak sosyal güvenlik numarası (şart değil) gibi bir müşteri tanıtım numarası yazın.
- **Diğer:** Bu kutuya kayıtları saptamak için yardımcı olabilecek ek bilgileri yazın. Örneğin DSHS ile ilgili hizmetler, aile üyelerinin adları veya başka geçerli bilgiler.

ONAY (YETKİ):

- **Açıklama nedeni:** DSHS tarafından ilaç ve alkol veya ruh sağlığı hizmetleri ile ilgili kayıtlar paylaşılmadan önce bu bilgilere gerek duyulmaktadır. DSHS, bu alanı doldurmadığınız takdirde açıklama nedeninin talebiniz üzerine olduğunu belirtecektir.
- **Kayıtları alıp verecek kuruluşlar veya kişiler:** Tamamlanmış olan bu form aşağıdakilere izin vermektedir: (1) gizli bilgilerin DSHS içinde ve listedeki kuruluşlar veya kişiler ile kullanılması ve açıklanması; ve (2) listedeki dış kuruluşlar veya kişiler tarafından gizli bilgilerin DSHS'ye açıklanması. Bilgi paylaşmasına izin verilen kuruluşların bir listesini de ekleyebilirsiniz ancak müşteri bunları da imzalamalıdır
- **Bilgilere dâhil olanlar:** Müşteriler onaya hangi kayıtların dâhil 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 ruh 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) kapsamındaki psikoterapi notlarını kapsayacak şekilde geçerli değildir; bu kayıtları kapsamak üzere ayrı bir form doldurulmalıdır.
- **Süre:** Onay için, bir yıldan farklı bir süre ise, bir onay son geçerlik tarihi yazın. Farklı bir tarih belirtmedi iseniz onay bir yıl sonunda geçerliğini yitirecektir.
- **Açıklama:** 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 duyduğu takdirde DSHS'nin Gizlilik Uygulamaları Bildiriminden ek bir suret verebilir veya müşteriyi biriminizdeki kamuyu aydınlatma görevlisine yönlendirebilirsiniz.

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 imzalattın ve imza tarihini yazın. Müşteri bu kutuya sizin tanıklığınızda bir işaret koyabilir.
- **Tanık veya Noter:** Müşteri bu formu şahsen vermiyorsa veya bir programın doğrulanması talep ediliyorsa müşterinin kimliğinin doğrulanabilmesi için bir tanık veya noter gerekebilir. Bu kişi formu imzalamalı ve adını matbu harflerle yazmalıdır.
- **Ebeveyn veya Diğer 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 (vekâlet yetkisi olan veya emlak temsilciliği dâhil) "diğer"i işaretleyin ve yasal yetki belgesini bir kopyasını ekleyin. İmza atan kişi imzaya tarih koymalı ve telefon numarasını veya başka iletişim bilgisini yazmalıdır.