

## ஒப்புதல் Consent

வாடிக்கையாளர்களுக்கு அறிவிப்பு: சமூக மற்றும் சுகாதார சேவைகள் துறை (DSHS) உங்களுக்கும் உங்கள் குடும்பத்தினருக்கும் தெரிந்த மற்ற நிறுவனங்களுடனும் தொழில் முயற்சியாளர்களுடனும் இணைந்து பணியாற்றினால் உங்களுக்கு சிறப்பாக உதவ முடியும். இந்த படிவத்தில் கையொப்பமிடுவதன் மூலம் DSHS மற்றும் கீழே பட்டியலிடப்பட்டுள்ள முகவர் மற்றும் தனிநபர்களுக்கு உங்களைப் பற்றிய ரகசிய தகவலைப் பயன்படுத்த அனுமதி வழங்குகின்றீர்கள். உங்கள் தகுதியைத் தீர்மானிக்க உங்கள் ஒப்புதல் தேவைப்பட்டாலன்றி, இந்த படிவத்தில் நீங்கள் கையெழுத்திடவில்லை எனினும் DSHS உங்களுக்கான பயன்களை மறுக்காது. நீங்கள் இந்த படிவத்தில் கையொப்பமிடவில்லையெனில், DSHS உங்களைப் பற்றிய தகவலை சட்டத்தால் அனுமதிக்கப்படும் அளவிற்கு பகிரும். DSHS வாடிக்கையாளர் ரகசிய தகவல் அல்லது உங்கள் தனியுரிமைகளை எவ்வாறு பகிர்ந்து கொள்கிறது என்பதைப் பற்றிய கேள்விகள் இருந்தால், தயவுசெய்து DSHS இன் தனியுரிமை நடைமுறைகள் அறிவிப்பைப் பார்க்கவும் அல்லது இந்த படிவத்தை உங்களுக்கு வழங்கியவரிடம் கேளுங்கள்.

<b>வாடிக்கையாளர் அடையாளம்:</b>			
பெயர்	பிறந்த தேதி	அடையாள எண்	
முகவரி	நகரம்	மாநிலம்	அஞ்சல் குறியீடு
தொலைபேசி எண் (பகுதி குறியீடு அடங்கும்)	மற்ற தகவல்		

### ஒப்புதல்:

DSHS க்குள் திட்டமிட, வழங்க, சேவைகளை ஒருங்கிணைக்க, சிகிச்சை, பணம் செலுத்துதல் மற்றும் என் நன்மைக்காக அல்லது சட்டம் மூலம் அங்கீகரிக்கப்பட்ட பிற நோக்கங்களுக்காக என்னைப்பற்றிய இரகசிய தகவல்களை பயன்படுத்த நான் ஒப்புதல் வழங்குகிறேன். நான் DSHS மற்றும் கீழே பட்டியலிடப்பட்ட முகவர், வழங்குநர்கள் அல்லது நபர்கள் எனது ரகசிய தகவலைப் பயன்படுத்துவதற்கும் இந்த நோக்கங்களுக்காக ஒருவருக்கொருவர் அதை வெளிப்படுத்துவதற்கும் அனுமதி வழங்குகிறேன். வாய்மொழியாக அல்லது கணினி தரவு பரிமாற்றம் மூலமாக, அஞ்சல் அல்லது நேரடியாக விநியோகித்தல் மூலமாக தகவலை பகிர்ந்து கொள்ளலாம்.

DSHS உடன் கூடுதலாக இந்த ஒப்புதலில் சேர்க்கப்பட்டுள்ள அனைவரையும் குறியீடு மற்றும் பெயரையும் முகவரிகளையும் அடையாளம் காணவும்:

- ஆரோக்கிய பராமரிப்பு வழங்குநர்கள்: \_\_\_\_\_
- மனநல சுகாதாரம் வழங்குநர்கள்: \_\_\_\_\_
- மருந்துத் துஷ்பிரயோகக் கோளாறுக்கான சேவை வழங்குநர்கள்: \_\_\_\_\_
- மற்ற DSHS ஒப்பந்த வழங்குநர்கள்: \_\_\_\_\_
- வீட்டுத் திட்டங்கள்: \_\_\_\_\_
- பள்ளி மாவட்டங்கள் அல்லது கல்லூரிகள்: \_\_\_\_\_
- திருத்தங்கள் துறை: \_\_\_\_\_
- ஊழியர் பாதுகாப்பு துறை மற்றும் அதன் வேலைவாய்ப்புப் பங்காளிகள்: \_\_\_\_\_
- சமூக பாதுகாப்பு நிர்வாகம் அல்லது பிற கூட்டாட்சி நிறுவனம்: \_\_\_\_\_
- இணைக்கப்பட்ட பட்டியலைப் பார்க்கவும்
- வேறு: \_\_\_\_\_

பின்வரும் பதிவுகள் மற்றும் தகவலைப் பகிர் அனுமதிக்கிறேன் மற்றும் ஒப்புக்கொள்கிறேன் (பொருந்தும் அனைத்தையும் சரி குறியீடுக):

- என் வாடிக்கையாளர் பதிவுகள்  இணைக்கப்பட்ட பட்டியலில் பதிவு
- பின்வரும் பதிவுகள் மட்டும்
  - குடும்ப, சமூக மற்றும் வேலைவாய்ப்பு வரலாறு  சிகிச்சை அல்லது பராமரிப்புத் திட்டங்கள்  பணம் வழங்குதல் பதிவுகள்
  - ஆரோக்கியம் பராமரிப்புத் தகவல்  தனிமனித மதிப்பீடுகள்  பள்ளி, கல்வி மற்றும் பயிற்சி
  - மற்றவை (பட்டியல்): \_\_\_\_\_

தயவுசெய்து கவனிக்கவும்: உங்கள் வாடிக்கையாளர் பதிவுகள் பின்வரும் தகவல்களில் அடங்கியிருந்தால், இந்த ஆவணங்களை நீங்கள் சேர்க்க வேண்டும்.

பின்வரும் பதிவுகளை வெளியிட நான் அனுமதிக்கிறேன் (பொருந்தும் அனைத்தையும் சரி குறியீடுக):

- மனநல ஆரோக்கியம்  எச்.ஐ.வி / எய்ட்ஸ் மற்றும் எச்.டி.வி. சோதனை முடிவு, நோய் கண்டறிதல், அல்லது சிகிச்சை  மருந்துத் துஷ்பிரயோகக் கோளாறு

- இந்த ஒப்புதல் செல்லுபடியாகும் காலம்  ஒரு வருடம்  DSHS க்குப் பதிவு தேவைப்படும் வரை அல்லது  வரை \_\_\_\_\_ (தேதி அல்லது நிகழ்வு).
- நான் எப்போது வேண்டுமானாலும் எழுத்து மூலம் இந்த ஒப்புதலை திரும்பப் பெறலாம், ஆனால் இது ஏற்கனவே பகிரப்பட்ட எந்த தகவலையும் பாதிக்காது.
- இந்த ஒப்புதலுடன் பகிரப்பட்ட பதிவுகள் இனி DSHS க்கு பொருந்தும் சட்டங்களின் கீழ் பாதுகாக்கப்படாது என்பதை நான் புரிந்துகொண்டேன்.
- இந்த படிவத்தின் நகல் என் தகவல்களை பகிர் என் அனுமதியை வழங்குவதற்கு செல்லுபடியாகும்.

கையொப்பம்	தேதி	முகவர் தொடர்பு/சாட்சி கையொப்பம்	தேதி
பெற்றோர்கள் அல்லது மற்ற பிரதிநிதிகளின் கையொப்பம் (தேவையானால்)		தொலைபேசி எண்(குதி குறியீடு அடங்கும்)	தேதி

நான் பதிவு செய்தவர் இல்லை என்றாலும், நான் கையொப்பமிட அதிகாரமுள்ளவன் ஏனெனில்: (அதிகாரத்திற்கான சான்றுகளை இணைக்கவும்)

- பெற்றோர்  சட்டபூர்வமான பாதுகாவலர் (நீதிமன்ற உத்தரவை இணைக்கவும்)  தனி பிரதிநிதி  மற்றவை: \_\_\_\_\_

தகவல் பெறுபவர்களுக்கான அறிவிப்பு: இந்த பதிவுகளில் HIV, STDs, அல்லது AIDS பற்றிய தகவல்கள் இருந்தால், வாடிக்கையாளரின் குறிப்பிட்ட அனுமதியின்றி அந்த தகவலை நீங்கள் மேலும் வெளிப்படுத்த முடியாது. வாடிக்கையாளரால் மது அல்லது மது அருந்துதல் தொடர்பான தகவலை நீங்கள் பெற்றிருந்தால், 42 சி.எஃப்.ஆர் 2.32 என்பதன்படி மேலும் தகவலை வெளிப்படுத்தும் போது பின்வரும் அறிக்கையை சேர்க்க வேண்டும்:

இந்த தகவல் :பெடரல் இரகசியத்தன்மை விதிகள் (42 சி.எஃப்.ஆர் பகுதி 2) மூலம் பாதுகாக்கப்பட்டுள்ள பதிவுகளிலிருந்து உங்களுக்குத் தெரிவிக்கப்பட்டுள்ளது. மேலும் வெளிப்படையாக அனுமதிக்கப்பட்ட நபரின் அனுமதியுடனோ அல்லது 42 சி.எஃப்.ஆர் பகுதியாகவோ அனுமதிக்கப்படாவிட்டால், :பெடரல் விதிகள் உங்களை இந்தத் தகவலை வெளியிடுவதைத் தடுக்கின்றன. மருத்துவம் மற்றும் மற்ற தகவல்களை பொது அங்கீகாரம் மூலம் வெளியிடுவது சரியானதாக இல்லை. எந்த ஆல்கஹால் அல்லது போதைப்பொருள் துஷ்பிரயோக நோயாளிகளுக்கு குற்றம்சார்ந்த புலனாய்வு அல்லது குற்றச்சாட்டுக்களுக்கு பேரில் எந்தவொரு விசாரணையையும் பெடரல் விதிகள் கட்டுப்படுத்துகின்றன.

## ஒப்புதல் படிவத்தை நிறைவு செய்வதற்கான வழிமுறைகள்

**நோக்கம்:** DSHS க்குள் உள்ள ஒரு வாடிக்கையாளர் பற்றிய தகவல்களை தொடர்ச்சியாக பயன்படுத்துவதற்கு அல்லது இரகசியத் தகவலைப் பயன்படுத்த ஒப்புதல் அல்லது சேவையை ஒருங்கிணைத்தல் அல்லது சிகிச்சை, பணம் செலுத்துதல் அல்லது ஏஜென்சி செயல்பாடுகள் அல்லது சட்டத்தால் அங்கீகரிக்கப்படும் பிற நோக்கங்களுக்காக மற்ற நிறுவனங்களுக்கு அந்த தகவலை வெளியிடுவதற்கு ஒப்புதல் தேவைப்படும்போது இந்த படிவத்தைப் பயன்படுத்தவும். வாடிக்கையாளர்கள் DSHS இலிருந்து நன்மைகள் அல்லது சேவைகளைப் பெறுபவர்கள்..

**பயன்படுத்தவும்:** வாசிப்பை சுலபமாக்க மின்னணு வடிவத்தில் இந்த படிவத்தை பூர்த்தி செய்யவும், குழந்தை உட்பட ஒவ்வொரு நபருக்கும் ஒரு தனி வடிவம் பூர்த்தி செய்யப்பட வேண்டும். வழிமுறைகளில் "நீ" என்பது DSHS பணியாளரை குறிக்கிறது மற்றும் "நீ" என்பது வாடிக்கையாளரைக் குறிக்கிறது. பதிவுகளை பகிர்தல் என்பதில் வாடிக்கையாளர் பற்றிய இரகசியத் தகவல்களைப் பயன்படுத்துவது மற்றும் வெளிப்படுத்துதல் ஆகியவையும் அடங்கும்.

படிவத்தின் பகுதிகள்:

### IDENTIFICATION:

- **பெயர்:** ஒரே ஒரு வாடிக்கையாளரின் பெயரை ஒவ்வொரு வடிவத்திலும் கொடுக்கவும். சேவைகளைப் பெறுகையில் வாடிக்கையாளர் முன்னாள் பயன்படுத்திய எந்த பெயரையும் சேர்க்கவும்.
- **பிறந்த தேதி:** இதே பெயர்களுடன் இருக்கும் வாடிக்கையாளரில் அடையாளம் காணாதல்.
- **அடையாள எண்:** அடையாளம் காணும் பதிவுகள் மற்றும் தடமறிதல் வரலாறு மற்றும் சேவைகளைப் பெற உதவுவதற்காக ஒரு வாடிக்கையாளர் அடையாள எண் அல்லது ஒரு சமூக பாதுகாப்பு எண் (தேவை இல்லை) போன்ற அடையாளங்காட்டியை வழங்குதல்.
- **முகவரி மற்றும் தொலைபேசி:** வாடிக்கையாளர் இடத்தை கண்டுபிடிப்பதில் அல்லது அடையாளம் காணுவதற்கு உதவும் கூடுதல் தகவல்.
- **வேறு:** இந்தப் பெட்டியில் சேவைகளுடன் தொடர்புடைய DSHS பகுதிகள், குடும்ப உறுப்பினர்களின் பெயர்கள், அல்லது பிற தொடர்புடைய தகவல்கள் ஆகியவற்றை உள்ளடக்கிய பதிவுகளை கண்டறிய உதவும் எந்த கூடுதல் தகவலையும் சேர்க்கவும்..

### ஒப்புதல் (அனுமதி):

- **பதிவுகளை பரிமாறிக் கொள்ளும் முகவர்கள் அல்லது நபர்கள்:** வாடிக்கையாளர் இந்த படிவத்தை பூர்த்தி செய்தால் DSHS இன் அனைத்தும் உங்கள் இரகசிய தகவல் பயன்பாடு மற்றும் பகிர்வை அனுமதிக்கிறது. DSHS வெளி நிறுவனங்கள் அல்லது பட்டியலிடப்பட்ட நபர்களிடமிருந்து ரகசிய தகவலை வெளியிட மற்றும் பெற முடியும். முடிந்தால் பெயர், முகவரி அல்லது இருப்பிடம் உள்ளிட்ட முகவர்கள் அல்லது வழங்குநர்களைப் பற்றி அடையாளம் காணும் தகவலை வழங்கவும். வாடிக்கையாளர் கையொப்பமிட வேண்டிய தகவலை பகிர அனுமதிக்கும் முகவர் பட்டியலை நீங்கள் இணைக்கலாம்.
- **சேர்க்கப்பட்ட தகவல்:** அனுமதியின்படி என்ன பதிவுகள் பதிவு செய்யப்படுகின்றன என்பதை வாடிக்கையாளர்கள் கண்டிப்பாகக் குறிப்பிட வேண்டும். வாடிக்கையாளர்கள் அனைத்து பதிவையும் வைத்திருக்கலாம் அல்லது பதிவுகளின் தேதி, வகை அல்லது ஆதாரத்தின் மூலம் பதிவுகளை வைத்திருக்கலாம். ஒரு வாடிக்கையாளர் ஒப்புதலில் கையொப்பமிடவில்லை அல்லது ஒரு குறிப்பிட்ட பதிவை குறிப்பிடவில்லை என்றால் அந்தப் பதிவின் பகிர்வு சட்டத்தால் அனுமதிக்கப்பட்டால் பகிரப்படலாம். வாடிக்கையாளர் கையொப்பமிட வேண்டிய மூடப்பட்டபதிவுகள் பட்டியலை நீங்கள் இணைக்கலாம். எச்.ஐ.வி / எய்ட்ஸ் அல்லது எச்.டி.வி. சோதனை அல்லது சிகிச்சை (RCW 70.02.220) அல்லது மது மற்றும் ஆல்கஹால் சேவைகள் (42 சிஎஃப்ஆர் 2.31 (அ) (5)), போன்ற தகவல்கள் உள்ளடங்கிய பதிவுகள் இருந்தால் இதனை அனுமதிப்பதற்கு வாடிக்கையாளர் குறிப்பாக இந்த பகுதிகளை குறிப்பிட வேண்டும். 45 CFR 164.508 (b) (3) (ii) கீழ் சைடோதெரபிக் குறிப்புகளை உள்ளடக்குவதற்கு இந்த வடிவம் செல்லுபடியாகாது, மேலும் அந்த ஆவணங்களைச் சேர்க்க ஒரு தனி படிவம் பூர்த்தி செய்யப்பட வேண்டும்
- **காலம்:** உங்கள் நிரல் நோக்கங்களுக்காக அல்லது சட்டத்தால் வழங்கப்படும் பாதுகாப்பிற்காக ஒப்புதலின் காலாவதி தேதியைக் குறிப்பிடவும்.
- **புரிந்துகொள்ளுதல்:** என்னமாதிரியான அனுமதிப்பத்திரம் வழங்கப்பட்டது என்பதையும் எப்படி, ஏன் தகவல் பகிரப்படுகிறது என்பதையும் வாடிக்கையாளர்கள் புரிந்துகொண்டிருக்கின்றார் என்பதை உறுதிப்படுத்திக் கொள்ளுங்கள். தேவைப்பட்டால், மொழிபெயர்க்கப்பட்ட படிவத்தையும் மொழிபெயர்ப்பாளரையும் பயன்படுத்தவும் அல்லது படிவத்தை உரக்க படிக்கவும். வாடிக்கையாளருக்கு மேலும் தகவல் தேவைப்பட்டால், DSHS இன் தனியுரிமை நடைமுறைகளின் கூடுதல் நகலை வழங்கவும் அல்லது வாடிக்கையாளர் தங்கள் அலகுக்கான பொது வெளிப்படுத்தும் அதிகாரியிடம் பார்க்கவும்.

கையொப்பங்கள்:

- **வாடிக்கையாளர்:** வாடிக்கையாளர் அல்லது ஒரு குழந்தை ஒப்புதலுக்கான வயதைக்கொண்டிருக்க வேண்டும் (மனநலத்திற்கான மருந்து, போதை மருந்து மற்றும் ஆல்கஹால் சேவைக்கு 13 வயது, எச்.ஐ.வி / எய்ட்ஸ் மற்றும் பிற எச்.டி.ஐ க்கு வயது 14., பிறப்பு கட்டுப்பாடு மற்றும் கருக்கலைப்பு எந்த வயதிலும், ஆரோக்கியப் பராமரிப்பு மற்றும் மற்ற பதிவுகளுக்கு 18) இந்தப் பெட்டியில் கையொப்பமிடவும் கையொப்பத்தின் தேதியை செருகவும். வாடிக்கையாளர் இந்த பெட்டியில் ஒரு சாட்சியாக ஒரு குறியிடலாம்.
- **சாட்சியாளர் அல்லது பதிவாளர்:** நீங்கள் இப்படிவத்தை நேரில் சமர்ப்பிக்கவில்லை எனில் அல்லது இத்திட்டத்திற்குச் சரிபார்ப்பு தேவைப்படுகிறது எனில், உங்கள் அடையாளத்தைச் சரிபார்க்க ஒரு சாட்சியாளர் அல்லது பதிவாளர் தேவைப்படலாம்.
- **பெற்றோர் அல்லது பிற பிரதிநிதி:** வாடிக்கையாளர் ஒப்புதல் வயதுக்குட்பட்ட குழந்தை என்றால், பெற்றோர் அல்லது காப்பாளர் கையெழுத்திட வேண்டும். குழந்தை எல்லா பதிவுகளையும் பகிர்ந்து கொள்வதற்கான ஒப்புதல் வயதை அடைந்திருக்காவிட்டால் குழந்தை மற்றும் பெற்றோர் இரண்டுபேரும் கையெழுத்திட வேண்டும். வாடிக்கையாளர் சட்டபூர்வமாக தகுதியற்றவராக அறிவிக்கப்பட்டிருந்தால், நீதிமன்றத்தால் நியமிக்கப்பட்ட பாதுகாவலர் கையெழுத்திட வேண்டும் மற்றும் கட்டளையின் உத்தரவை வழங்க வேண்டும். ஒருவர் மற்றொருவரின் அதிகாரத்தில் கையொப்பமிட்டிருந்தால் (வழக்கறிஞர் அல்லது எஸ்டேட் பிரதிநிதி உள்ளிட்டோர்), "பிற" என்பதைக் குறிக்கவும், செயல்படுவதற்கு சட்டப்பூர்வ அதிகாரியின் நகலைப் பெறவும். கையொப்பம் இடும் நபர் கையெழுத்து தேதி, தொலைபேசி எண் அல்லது தொடர்புத் தகவலைக் கொடுக்க வேண்டும்.