

வாடிக்கையாளர் அடையாளம்			
பெயர்	பிறந்த தேதி	அடையாள எண்	
முகவரி	நகரம்	மாநிலம்	அஞ்சல் குறியீடு
தொலைபேசி எண் (பகுதி குறியீடும் உள்ளடங்கும்)		இதர தகவல்கள்	



## ஒப்புதல் Consent

**வாடிக்கையாளர்களுக்கான அறிவிப்பு:** உங்களுக்கும் உங்கள் குடும்பத்தினருக்கும் பரிச்சயமான இதர முகமைகள் மற்றும் தொழில் வல்லுநர்களுடன் இணைந்து எங்களால் பணியாற்ற முடியுமானால், Department of Social and Health Services (DSHS) உங்களுக்கு மேலும் சிறப்பாக உதவ முடியும். இந்த படிவத்தில் கையெழுத்திடுவதன் மூலம், DSHS மற்றும் இதன் கீழே பட்டியலிடப்பட்ட முகமைகள் மற்றும் தனிநபர்களுக்கு உங்கள் தனிப்பட்ட இரகசிய தகவல்களை பயன்படுத்த மற்றும் பகிர நீங்கள் அனுமதி அளிக்கிறீர்கள். உங்கள் தகுதியைத் தீர்மானிக்க உங்கள் ஒப்புதல் தேவைப்பட்டாலேயன்றி, இந்தப் படிவத்தில் நீங்கள் கையெழுத்திடாவிட்டாலும், DSHS உங்களுக்கான பலன்களை வழங்க மறுக்க முடியாது. நீங்கள் இந்த படிவத்தில் கையெழுத்திடாவிட்டாலும் சட்டத்தால் அனுமதிக்கப்பட்டவற்றிற்கு உட்பட்டு உங்களைப் பற்றிய தகவல்களை DSHS பகிர்ந்து கொள்ளும். DSHS எவ்வாறு வாடிக்கையாளர்களின் தனிப்பட்ட இரகசிய தகவல்களை அல்லது உங்கள் தனியுரிமைகளைப் பகிர்ந்து கொள்கிறது என்பது குறித்து உங்களுக்கு ஏதாவது கேள்விகள் இருக்குமானால், DSHS தனியுரிமை நடைமுறைகள் அறிக்கையைப் பாருங்கள் அல்லது அது குறித்து இந்தப் படிவத்தை உங்களுக்கு வழங்கிய நபரிடம் கேட்கவும்.

### ஒப்புதல்

1. DSHS உள்ளகத்தில் திட்டமிட, வழங்க மற்றும் சேவைகள், சிகிச்சை, தொகை செலுத்துதல் மற்றும் எனக்கான பலன்களை ஒருங்கிணைக்க மற்றும் சட்டத்தால் அங்கீகரிக்கப்பட்ட இதர நோக்கங்களுக்கு எனது தனிப்பட்ட இரகசிய தகவல்களைப் பயன்படுத்திக் கொள்ள நான் ஒப்புதல் அளிக்கிறேன். மேலும், DSHS மற்றும் கீழே பட்டியலிடப்பட்ட முகமைகள், வழங்குநர்கள் அல்லது தனிநபர்கள் ஆகியோருக்கு எனது தனிப்பட்ட இரகசிய தகவல்களை மேலே கூறப்பட்ட நோக்கங்களுக்காக பயன்படுத்திக் கொள்ள மற்றும் அவர்கள் ஒருவருக்கொருவர் பகிர்ந்து கொள்ள நான் அதிகாரம் அளிக்கிறேன். தகவல்களானது வாய்மொழி அல்லது மின்னியல் மூலமாக, மின்னஞ்சல் அல்லது நேரடியாக பகிர்ந்து கொள்ளப்படலாம்.

**வெளிப்படுத்தலுக்கான காரணம்:** DSHS மருந்து மற்றும் மது அல்லது மன ஆரோக்கியப் பதிவுகளை பகிர்வதற்கு முன்னர் இந்த தகவல் தேவைப்படுகிறது. நீங்கள் இந்த புலத்தை பூர்த்தி செய்யாவிட்டால், வெளிப்படுத்தலுக்கான காரணத்தை நீங்கள் இதுவரை குறிப்பிடவில்லை என்று DSHS குறிப்பிடும்

DSHS தவிர்க்க கூடுதலாக வேறு யாரெல்லாம் இந்த ஒப்புதல் வழங்கலில் உள்ளடங்குவார்கள் என்பதற்குக் கீழே கொடுக்கப்பட்டவர்களை சரிபார்த்து பெயர் மற்றும் முகவரியால் அவர்களை அடையாளப்படுத்தவும்:

- மருத்துவர்கள்: \_\_\_\_\_
- மனநல மருத்துவர்கள்: \_\_\_\_\_
- போதைப் பொருட்கள் பழக்கத்திலிருந்து விடுபட உதவி புரிபவர்கள்: \_\_\_\_\_
- மற்ற DSHS ஒப்பந்த சேவை வழங்குநர்கள்: \_\_\_\_\_
- வீட்டுவசதி திட்டங்கள்: \_\_\_\_\_
- பள்ளி மாவட்டம் அல்லது கல்லூரி: \_\_\_\_\_
- திருத்தங்கள் துறை: \_\_\_\_\_
- வேலைவாய்ப்பு பாதுகாப்பு துறை மற்றும் அதன் வேலைவாய்ப்பு வழங்கும் கூட்டாளர்கள்: \_\_\_\_\_
- சமூக பாதுகாப்பு நிர்வாகம் அல்லது மற்ற தேசிய நிறுவனங்கள்: \_\_\_\_\_
- இணைக்கப்பட்டிருக்கும் பட்டியலைப் பார்க்கவும்
- மற்றவை: \_\_\_\_\_

2. வெளிப்படுத்தலுக்கான காரணம்:  தொடர் பராமரிப்பு  சட்டம்  தனிப்பட்ட  மற்றவை:

3. பின்வரும் பதிவேடுகள் மற்றும் தகவல்களைப் பகிர்ந்து கொள்ள நான் இதன் மூலம் அங்கீகரித்து ஒப்புக்கொள்கிறேன். (பொருத்தமான அனைத்திலும் குறியிடவும்):

- எனது அனைத்து வாடிக்கையாளர் பதிவேடுகள்  பட்டியலில் உள்ள பதிவேடுகள்
- பின்வரும் பதிவேடுகள் மட்டும்
  - குடும்பம், சமூகம் மற்றும் பணி வரலாறு
  - மருத்துவச் சிகிச்சை அல்லது பராமரிப்பு திட்டங்கள்
  - கட்டணம் செலுத்திய ரசீதுகள்
  - தனிநபர் மதிப்பீடுகள்
  - பள்ளி, கல்வித் தகுதி மற்றும் பயிற்சி
  - மனநல மருத்துவச் சிகிச்சை விவரங்கள் (குறிப்பிடவும்):
  - மருத்துவச் சிகிச்சை விவரங்கள் (குறிப்பிடவும்):
  - மற்றவை (பட்டியல்):

வாடிக்கையாளர் அடையாளம்		
பெயர்	பிறந்த தேதி	அடையாள எண்
<p><b>குறித்துக்கொள்ளவும்: உங்கள் வாடிக்கையாளர் பதிவுகளில் பின்வரும் தகவல்கள் இருந்தால், நீங்கள் இந்தப் பிரிவையும் பூர்த்தி செய்ய வேண்டும்.</b></p> <p>பின்வரும் பதிவேடுகளை வெளிப்படுத்த நான் என் அனுமதியை வழங்குகிறேன் (பொருத்தமான அனைத்திலும் குறியிடவும்):</p> <input type="checkbox"/> மனநலம் <input type="checkbox"/> HIV/AIDS மற்றும் STD பரிசோதனை முடிவுகள், நோய் அறிதல் பரிசோதனை முடிவுகள் அல்லது மருத்துவச் சிகிச்சை <input type="checkbox"/> போதைப் பொருள் பழக்கம்		
<ul style="list-style-type: none"> <li>இந்த ஒப்புதல் ஒரு வருடம் அல்லது <input type="checkbox"/> இதுவரை செல்லுபடியாகும் _____ (தேதி அல்லது நிகழ்வுகள்).</li> <li>இந்த ஒப்புதலை நான் எந்த நேரத்திலும் எழுத்து மூலமாக ரத்து செய்யலாம் அல்லது திரும்பப் பெறலாம், ஆனால் அது ஏற்கனவே பகிர்ந்து கொள்ளப்பட்ட எந்த ஒரு தகவலையும் பாதிக்காது.</li> <li>இதன் கீழ் பகிரப்பட்ட பதிவேடுகள் DSHS -ஐ கட்டுப்படுத்தும் சட்டங்களின் கீழ் இதன் பிறகு பாதுகாக்கப்படாது என்பதை நான் புரிந்து கொண்டுள்ளேன்.</li> <li>பதிவேடுகளைப் பகிர்ந்து கொள்ள எனது ஒப்புதலை வழங்க இந்த படிவத்தின் ஒரு நகல் செல்லத்தக்கதாக இருக்கும்.</li> </ul>		
கையொப்பம்		தேதி
சாட்சி / சான்று அலுவலர் கையெழுத்து, பொருந்துமானால்	சாட்சி / சான்று அலுவலர் பெயரை எழுதவும்	தேதி
பெற்றோர் அல்லது இதர பிரதிநிதியின் கையெழுத்து (பொருந்துமானால்)	தொலைபேசி எண் (பகுதி குறியீடும் உள்ளடங்கும்)	தேதி
<p>இந்த பதிவேடுகளில் குறிப்பிடப்பட்ட நபர் நான் அல்ல என்றால், இதில் கையொப்பமிடுவதற்கு அதிகாரமளிக்கப்பட்டிருப்பதால் நான் கையொப்பமிடுகிறேன்: (அதிகாரமளிக்கப்பட்டதற்கான ஆதாரத்தை இணைக்கவும்)</p> <input type="checkbox"/> பெற்றோர் <input type="checkbox"/> சட்டரீதியான காப்பாளர் (நீதிமன்ற ஆணையை இணைக்கவும்) <input type="checkbox"/> தனிப்பட்ட பிரதிநிதி <input type="checkbox"/> மற்றவை:		

**தகவல் பெறுவோருக்கான அறிவிப்பு:** இந்த பதிவேடுகளில் HIV, STDs அல்லது AIDS பற்றிய தகவல் அடங்கியிருந்தால், வாடிக்கையாளரிடமிருந்து குறிப்பிட்ட வகையில் அதற்கான ஒப்புதல் இல்லாதபட்சத்தில் மேலும் எந்த ஒரு தகவலையும் நீங்கள் வெளிப்படுத்த வேண்டியதில்லை. வாடிக்கையாளர்களின் போதைப்பொருள் அல்லது ஆல்கஹால் பயன்பாடு தொடர்பான தகவலை நீங்கள் பெற்றிருந்தால், மேலும் கூடுதல் தகவல்களை வழங்கும் போது 42 CFR 2.32 -இன் படி தேவைப்படும் பின்வரும் அறிக்கையை நீங்கள் சேர்க்க வேண்டும்:

ஃபெடரல் இரகசியத்தன்மை விதிகளால் (42 CFR பகுதி 2) பாதுகாக்கப்பட்ட பதிவேடுகளிலிருந்து இந்தத் தகவல் உங்களுக்கு வெளிப்படுத்தப்பட்டுள்ளது. இந்த தகவல் யார் சம்பந்தப்பட்டதோ அந்த நபரால் எழுத்துப்பூர்வமாக வெளிப்படையாக அல்லது 42 CFR பகுதி 2 ஆல் வேறு வகையில் அனுமதிக்கப்பட்டிருந்தால் அன்றி இந்த தகவலை மேலும் தொடர்ந்து வெளிப்படுத்துவதை ஃபெடரல் விதிகள் தடைசெய்கிறது. மருத்துவ அல்லது பிற தகவல்களை வெளியிடுவதற்கான ஒரு பொதுவான அங்கீகாரம் இந்த நோக்கத்துக்கு போதுமானதாக இருக்காது. ஆல்கஹால் அல்லது போதைப்பொருளை பயன்படுத்தும் எந்த ஒரு நோயாளியையும் குற்றவியல் விசாரணைக்கு உட்படுத்த அல்லது வழக்குத் தொடர இதன் எந்த ஒரு தகவலையும் பயன்படுத்துவதை ஃபெடரல் விதிகள் கட்டுப்படுத்துகிறது.

## ஒப்புதல் படிவங்கள், DSHS 14-012 ஆகியவற்றைப் பூர்த்தி செய்வதற்கான அறிவுறுத்தல்கள்

**பயன்பாடு:** DSHS -க்குள் ஒரு வாடிக்கையாளரின் தனிப்பட்ட இரகசிய தகவல்களைத் தொடர்ந்து பயன்படுத்த அல்லது பகிர்ந்து கொள்ளும் அடிப்படையிலான தேவை உங்களுக்கு இருந்தால் அல்லது சேவைகளை ஒன்றிணைக்க அல்லது சிகிச்சைக்காக தொகைச் செலுத்த அல்லது முகமையின் செயல்பாடுகளுக்கு அல்லது சட்டத்தால் அங்கீகரிக்கப்பட்ட இதர நோக்கங்களுக்காக அந்த தகவல்களை இதர முகமைகளுக்கு வெளிப்படுத்த வேண்டிய தேவையிருந்தால் இந்த படிவத்தை பயன்படுத்தவும். முடிந்தால் இந்த படிவத்தை மின்னியல் மூலமாகப் பூர்த்தி செய்யவும். குழந்தைகள் உட்பட ஒவ்வொரு நபருக்கும் தனித்தனி படிவத்தை நீங்கள் நிரப்ப வேண்டும்.

### படிவத்தின் பகுதிகள்:

#### அடையாளம்:

- பெயர்:** ஒவ்வொரு படிவத்திலும் ஒரே ஒரு வாடிக்கையாளரின் பெயரை மட்டுமே வழங்கவும். சேவைகளைப் பெறும்போது வாடிக்கையாளர் பயன்படுத்தியிருக்கக் கூடிய வேறு ஏதாவது பழைய பெயர் இருந்தால் அதை உள்ளிடவும்.
- பிறந்த தேதி:** ஒரே பெயரைக் கொண்ட நபர்களிடையே வாடிக்கையாளரை அடையாளம் காணும் பொருட்டு இது தேவைப்படுகிறது.
- அடையாள எண்:** பதிவேடுகளை அடையாளம் காண, வரலாற்றை பின்தொடர மற்றும் பெற்ற சேவைகளுக்கு உதவும் பொருட்டு வாடிக்கையாளர் அடையாள எண் அல்லது சமூகப் பாதுகாப்பு எண் (தேவைப்படாது) போன்ற பிற அடையாள ஆவணங்களை வழங்கவும்.
- மற்றவை:** சேவைகள், குடும்ப உறுப்பினர்களின் பெயர்கள் அல்லது பிற பொருத்தமான தகவல்கள் ஆகியவற்றுடன் சம்பந்தப்பட்ட DSHS போன்ற பதிவேடுகளைக் கண்டறிய உதவுகக்கூடிய, கூடுதல் தகவலை இந்தப் பெட்டியில் சேர்க்கவும்.

#### ஒப்புதல் (அதிகாரமளித்தல்):

- வெளிப்படுத்தலுக்கான காரணம் DSHS மருந்து மற்றும் மது அல்லது மன ஆரோக்கியப் பதிவுகளை பகிர்வதற்கு முன்னர் இந்த தகவல் தேவைப்படுகிறது. நீங்கள் இந்த புலத்தை பூர்த்தி செய்யாவிட்டால், வெளிப்படுத்தலுக்கான காரணத்தை நீங்கள் இதுவரை குறிப்பிடவில்லை என்று DSHS குறிப்பிடும்.
- பதிவேடுகளை பரிமாறிக்கொள்ளும் முகமைகள் அல்லது தனிநபர்கள்:** இந்த பூர்த்தி செய்யப்பட்ட படிவம் பின்வருபவற்றை அனுமதிக்கிறது: (1) DSHS உள்ளகம் மற்றும் முகமைகள் அல்லது பட்டியலிடப்பட்ட தனிநபர்களுடன் இரகசிய தகவல்களைப் பயன்படுத்துதல் மற்றும் வெளிப்படுத்துதல்; மேலும் (2) வெளிப்புற முகமைகள் மற்றும் பட்டியலிடப்பட்ட தனிநபர்கள் DSHS -க்கு இரகசியத் தகவல்களை வெளிப்படுத்துதல். தகவல்களைப் பகிர்ந்து கொள்ள அனுமதிக்கப்பட்ட முகமைகளின் பட்டியல் ஒன்றையும் நீங்கள் இணைக்கலாம் அதில் வாடிக்கையாளரும் கையெழுத்திட்டிருக்க வேண்டும்.
- உள்ளடங்கிய தகவல்கள்:** ஒப்புதலில் எந்தெந்த பதிவேடுகள் உள்ளடங்கியிருக்கின்றன என்பதை வாடிக்கையாளர்கள் குறிப்பிட வேண்டும். அனைத்து பதிவேடுகளையும் வழங்க வேண்டும் அல்லது தேதி, வகை அல்லது அந்த பதிவேட்டின் மூலாதாரம் ஆகியவற்றின் அடிப்படையில் உள்ளடக்கப்பட்டவற்றை வரையறுக்கலாம். ஒரு வாடிக்கையாளர் ஒப்புதலில் கையெழுத்திடவில்லை என்றால் அல்லது குறிப்பிடத் தகுந்த வகையில் ஒரு பதிவேட்டை சுட்டிக்காட்டவில்லை என்றால், சட்டத்தால் அனுமதிக்கப்படும் பட்சத்தில் அப்போதும், அந்த பதிவேடு பகிர்ந்து கொள்ளப்படும். உள்ளடக்கிய பதிவேடுகளின் ஒரு பட்டியலை நீங்கள் இணைக்கலாம், அதில் வாடிக்கையாளரும் கையெழுத்திட்டிருக்க வேண்டும். எந்த ஒரு பதிவேட்டிலும் மன நலம் (RCW 71.05.620), HIV/AIDS அல்லது STD பரிசோதனை அல்லது சிகிச்சை (RCW 70.02.220) அல்லது போதை மருந்து மற்றும் ஆல்கஹால் பயன்பாடு போன்றவை குறித்த தகவல் அடங்கியிருந்தால் (42 CFR 2.31(a)(5)), அந்த பதிவேடுகளைப் பகிர்ந்து கொள்ள அனுமதியளிக்க வாடிக்கையாளர் அந்தப் பகுதிகளை குறிப்பாக அடையாளப்படுத்த வேண்டும். 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) -இன் கீழ் உள்ளவியல் சிகிச்சை குறிப்புகளைச் சேர்க்க இந்தப் படிவம் செல்லாது; அந்தப் பதிவுகளைச் சேர்க்க தனிப் படிவம் பூர்த்தி செய்யப்பட வேண்டும்.
- கால அளவு:** ஒப்புதலின் காலவரையறை ஒரு வருடத்துக்கு மாறாக இருந்தால் ஒப்புதலுக்கான ஒரு காலாவதி தேதியை உள்ளடக்கவும். நீங்கள் வேறு ஒரு தேதியை குறிப்பிடாவிட்டால் அந்த ஒப்புதல் ஒரு வருடத்தில் காலாவதி ஆகிவிடும்.
- புரிதல்:** எந்த வகையான ஒப்புதல் அளிக்கப்படுகிறது என்பதையும், தகவல்கள் எவ்வாறு மற்றும் ஏன் பகிர்ந்து கொள்ளப்படுகின்றன என்பதையும் வாடிக்கையாளர் புரிந்து கொண்டார் என்பதை உறுதி செய்யவும். தேவைப்பட்டால், மொழிபெயர்க்கப்பட்ட ஒரு படிவத்தை மற்றும் மொழிபெயர்ப்பாளரை பயன்படுத்தவும் அல்லது அந்த படிவத்தை உரக்க வாசிக்கவும். வாடிக்கையாளர் கூடுதல் விவரங்களை வழங்க விரும்பினால், தனியுரிமை நடைமுறைகளின் DSHS அறிவிப்பின் கூடுதல் நகலை வழங்கவும் அல்லது வாடிக்கையாளரை உங்கள் அலகுக்கான பொது வெளிப்படுத்தல் அதிகாரிக்கு அனுப்பவும்.

#### கையொப்பங்கள்:

- வாடிக்கையாளர்:** வாடிக்கையாளர் அல்லது ஒரு குழந்தை ஒப்புதல் வழங்கும் வயதை அடைந்துவிட்டார்களா (மன நலம் மற்றும் போதைப்பொருள் மற்றும் ஆல்கஹால் சேவைகளுக்கு 13 வயது; HIV/AIDS மற்றும் இதர STD -க்களுக்கு 14 வயது; குடும்பக் கட்டுப்பாடு மற்றும் கருக் கலைப்புகளுக்கு எந்த வயதினராகவும் இருக்கலாம்; சுகாதாரப் பராமரிப்பு மற்றும் இதர பதிவேடுகளுக்கு 18 வயது; இந்த பெட்டியில் கையெழுத்திட்டு, கையெழுத்திட்ட தேதியை உள்ளிடவும். அதற்கு மாற்றாக வாடிக்கையாளர் இந்தப் பெட்டியில் ஒரு அடையாளத்தை இடலாம் அதற்கு நீங்கள் சாட்சியாக இருக்க வேண்டும்.
- சாட்சி அல்லது ஆவண எழுத்துப் பதிவாளர்:** வாடிக்கையாளர் இந்தப் படிவத்தை நேரில் சமர்ப்பிக்காவிட்டால் அல்லது ஒரு நிரல் சரிபார்ப்பைக் கோரினால், வாடிக்கையாளரின் அடையாளத்தைச் சரிபார்க்க ஒரு சாட்சி அல்லது நோட்டரி தேவைப்படலாம். அந்த நபர் கையெழுத்திட்டு அவரது பெயரை எழுத வேண்டும்.
- பெற்றோர் அல்லது மற்ற பிரதிநிதி:** ஒப்புதல் வழங்கும் வயதை அடையாத குழந்தை வாடிக்கையாளராக இருந்தால், அவருக்குப் பதிலாக பெற்றோர் அல்லது காப்பாளர் கையெழுத்திட வேண்டும். குழந்தை ஒப்புதல் வழங்கும் வயதை அடையவில்லை என்றால், பகிர்ப்பட வேண்டிய அனைத்து பதிவேடுகளிலும் குழந்தை மற்றும் பெற்றோர் இருவரும் கையெழுத்திட வேண்டும். வாடிக்கையாளர் சட்டப்படி திறன் தகுதியற்றவர் என்று அறிவிக்கப்பட்டால், நீதிமன்றத்தால் நியமிக்கப்பட்ட காப்பாளர் கையெழுத்திட வேண்டும் மற்றும் அவ்வாறு நியமிக்கப்பட்ட உத்தரவின் நகலை வழங்க வேண்டும். யாராவது ஒருவர் வேறொரு தகுதியின் அடிப்படையில் கையெழுத்திட்டால், (பவர் ஆப் அட்டார்னி அல்லது சொத்துக்களின் பிரதிநிதி போன்ற நபர்கள் உட்பட) அவர்களை "இதர நபர்கள்" என்று குறிப்பிட வேண்டும் மேலும் அம்மாதிரி செயல்படுவதற்கான சட்டப்பூர்வ அங்கீகாரத்தின் ஒரு நகலைப் பெற வேண்டும். இதில் கையொப்பமிடும் நபர் தேதியைக் குறிப்பிட்டு, கையொப்பமிட வேண்டும் மற்றும் தொலைபேசி எண் அல்லது தொடர்புத் தகவலைக் கொடுக்க வேண்டும்.