

Згода Consent

ПОВІДОМЛЕННЯ ДЛЯ КЛІЄНТІВ: Департамент соціального захисту й охорони здоров'я (Department of Social and Health Services, DSHS) зможе ефективніше допомогти вам, якщо ми матимемо можливість взаємодіяти з іншими організаціями та спеціалістами, які знають вас та вашу родину. Підписуючи цю форму, ви надаєте згоду на використання та розкриття вашої конфіденційної інформації Департаментом DSHS, а також іншими організаціями та особами, які зазначені нижче. Департамент DSHS не може відмовити вам у допомозі, якщо ви не підпишете цю форму, за винятком випадків, коли ваш дозвіл на розкриття інформації потрібний для того, щоб визначити наявність у вас необхідних прав. Якщо ви не підпишете цю форму, Департамент DSHS може розкрити вашу інформацію настільки, наскільки це передбачено законодавством. Якщо у вас є питання про те, яким чином Департамент DSHS розкриває конфіденційну інформацію про клієнтів, або питання про ваші права на конфіденційність, зверніться до Повідомлення про порядок забезпечення конфіденційності Департаменту DSHS (DSHS Notice of Privacy Practices) або ж поставте їх особі, яка надала вам цю форму.

ІДЕНТИФІКАЦІЯ КЛІЄНТА:			
ПРІЗВИЩЕ, ІМ'Я		ДАТА НАРОДЖЕННЯ	ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР
АДРЕСА	МІСТО		ШТАТ
	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС		
НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (ВКАЖІТЬ КОД РЕГІОНУ)		ІНША ІНФОРМАЦІЯ	

ЗГОДА:

Я даю згоду на використання моєї конфіденційної інформації на рівні Департаменту DSHS у цілях планування, надання та координації послуг, лікування, оплати та допомоги для мене, а також з іншою метою згідно з законом. Я також даю дозвіл Департаменту DSHS та зазначеним нижче організаціям, постачальникам послуг та особам на використання моєї конфіденційної інформації та на її розкриття одне одному в зазначених цілях. Інформація може передаватися усно або через засоби передавання інформації, поштою або особисто.

Зазначте нижче, на які ще організації/особи, окрім Департаменту DSHS, розповсюджується дія цієї згоди, та ідентифікуйте їх, зазначивши назви/імена та адреси:

- Постачальники медичних послуг: _____
- Постачальники послуг щодо охорони психічного здоров'я: _____
- Постачальники послуг у зв'язку із залежністю від психоактивних речовин: _____
- Інші постачальники послуг, що співпрацюють із Департаментом DSHS на підставі контрактів: _____
- Житлові програми: _____
- Шкільні округи або коледжі: _____
- Департамент з питань виправних установ: _____
- Департамент охорони праці та партнери в сфері працевлаштування: _____
- Адміністрація соціального забезпечення та інші федеральні агенції: _____
- Див. список, що додається
- Інше: _____

Я даю дозвіл та згоду на розкриття таких документів та інформації (відмітьте все, що стосується вас):

- Усі мої документи клієнта Документи зі списку, що додається
- Лише такі документи
- Родинний анамнез, соціальний анамнез та історія працевлаштування Інформація про медичне обслуговування Плани лікування та догляду
- Платіжні документи Індивідуальна оцінка Інформація про навчання у школі, професійне навчання та інша академічна інформація
- Інше (перелічити): _____

МАЙТЕ НА УВАЗІ: Якщо ваша медична інформація також містить інформацію, що відноситься до будь-якого з наступних типів, ви **мусите заповнити цей розділ, щоб поширити згоду на цю інформацію.**

Я даю дозвіл на розкриття такої інформації (відмітьте все, що вас стосується):

- Психічне здоров'я Результати аналізів на ВІЛ/СНІД та ХПСШ, а також діагнози та лікування Послуги для осіб із залежністю від психоактивних речовин

- Ця згода є дійсною протягом одного року усього часу та застосовується у будь-який, коли Департаменту DSHS знадобляться ті чи інші документи, або до _____ (дата або подія).
- Я можу відкликати або анулювати цю згоду в будь-який час у письмовій формі, але такий відклик або анулювання не стосуватиметься вже розкритої інформації.
- Я розумію, що моя інформація та документи, розкриті на підставі цієї згоди, більше не захищені законодавством, що регулює діяльність Департаменту DSHS.
- Копія цієї форми може використовуватися для надання дозволу від мене на розкриття інформації.

ПІДПИС	ДАТА	ПІДПИС ПРЕДСТАВНИКА АГЕНЦІЇ/СВІДКА	ДАТА
ПІДПИС БАТЬКА ЧИ МАТЕРІ АБО ІНШОГО ПРЕДСТАВНИКА (ЯКЩО ЗАСТОСОВНО)		НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (ВКАЖІТЬ КОД РЕГІОНУ)	ДАТА

Якщо я не є особою, зазначеною в цих документах, у мене є право підпису, оскільки я є: (додайте підтвердження повноважень)

- Батьком/матір'ю Офіційним опікуном (додайте постанову суду) Особистим представником Інше: _____

ПОВІДОМЛЕННЯ ОТРИМУВАЧУ ІНФОРМАЦІЇ: Якщо в цих документах містяться відомості про ВІЛ, ХПСШ або СНІД, ви не маєте права на подальше передавання такої інформації без спеціальної згоди клієнта. Якщо ви отримали інформацію, яка стосується зловживання клієнтом наркотиками або алкоголем, тоді для подальшого передавання такої інформації ви мусите додати таку заяву, яка вимагається розділом 42 CFR 2.32 Збірки федеральних постанов:

Цю інформацію передано вам з документів, на які розповсюджуються федеральні вимоги про забезпечення конфіденційності (згідно 42 CFR part 2). Федеральні вимоги забороняють подальше передавання такої інформації без спеціальної письмової згоди особи, якої вона стосується, або без будь-якої іншої підстави, згаданої в Частині 2 розділу 42 CFR. Загальної згоди на передавання медичної та іншої інформації для цього НЕДОСТАТНЬО. Згідно федеральним нормативним документам цю інформацію можна використовувати виключно в рамках кримінальних розслідувань та переслідувань пацієнтів, які зловживають алкоголем та наркотиками.

ІНСТРУКЦІЇ ЩОДО ЗАПОВНЕННЯ ФОРМИ ЗГОДИ

Призначення: Скористайтеся цією формою, якщо ви потребуєте згоди на регулярне використання конфіденційної інформації клієнта на рівні Департаменту DSHS, або на розкриття такої інформації іншим організаціям та установам, для координації обслуговування або для лікування, оплати, у рамках діяльності організації або для інших цілей згідно законодавства. Клієнти — то є особи, що отримують від Департаменту DSHS допомогу та обслуговування.

Використання: Якщо можливо, заповніть цю форму в електронному вигляді для зручності читання; **передбачте окрему форму для кожної особи, включаючи дітей.** Звернення на «ви» в інструкціях відноситься до співробітників Департаменту DSHS; звернення на «ви» у формі відноситься до клієнта. Передання документів передбачає використання та розкриття конфіденційної інформації про клієнта.

Частини форми:

ІДЕНТИФІКАЦІЯ:

- **Ім'я та прізвище:** На кожній формі позначайте ім'я та прізвище одного клієнта. Також вкажіть будь-які імена та прізвища, якими клієнт міг користуватися на момент отримання обслуговування.
- **Дата народження:** Дата народження необхідна для того, щоб відрізнити клієнта від осіб з такими самими іменами та прізвищами.
- **Ідентифікаційний номер:** Наведіть ідентифікаційний номер або інший номер клієнта, як-от: номер у системі соціального забезпечення (не обов'язково), щоб допомогти з ідентифікацією документів та з визначенням отриманих клієнтом послуг.
- **Адреса й телефон:** Додаткова інформація, яка допоможе визначити місцезнаходження, ідентифікувати клієнта або ж зв'язатися з ним.
- **Інше:** Укажіть і цій області будь-яку додаткову інформацію, яка допоможе знайти документацію з даними про відділення та служби Департаменту DSHS, що брали участь у наданні обслуговування, іменами членів родини, а також з іншою релевантною інформацією.

ЗГОДА (ДОЗВІЛ):

- **Організації або особи, які можуть обмінюватися інформацією:** Заповнивши цю форму, клієнт дає згоду на використання та передання його конфіденційної інформації на рівні Департаменту DSHS. Департамент DSHS зможе розкривати конфіденційну інформацію зазначеним організаціям та особам та отримувати її від них. Якщо можливо, надайте ідентифікуючі дані організації або постачальників послуг, зокрема: назву/ім'я, прізвище, адресу або місцезнаходження. Ви також можете додати список організацій, з якими дозволено обмін інформацією; клієнт також має підписати цей список.
- **Інформація, на яку розповсюджується згода:** Клієнти мають зазначити, на яку саме документацію розповсюджується згода. Клієнти можуть відкрити доступ до всієї документації або обмежити документи за датами, типом або джерелом документів. Якщо клієнт не підпише згоду або не зазначить той чи інший документ, передання такого документу буде дозволено, якщо воно передбачено законом. Ви можете додати список документів, на які розповсюджується згода клієнта; клієнт має підписати цей список. Якщо будь-який документ містить інформацію, яка відноситься до стану психічного здоров'я клієнта (RCW 71.05.620), до аналізів або до лікування з приводу ВІЛ/СНІД або ЗПСШ (RCW 70.02.220), а також до послуг, які надаються у зв'язку із вживанням клієнтом наркотиків або алкоголю (42 CFR 2.31(a)(5)), клієнт має дати окрему згоду на передання такої документації, відмітив відповідні поля. Ця форма не передбачає згоди на розкриття інформації, що має відношення до психотерапевтичного лікування згідно до 45 CFR 164.508(b)(3)(ii); аби розкрити таку інформацію, необхідно заповнити окрему форму.
- **Тривалість дії:** Зазначте термін дії згоди з урахуванням цілей вашої програми або згідно до законодавства.
- **Розуміння:** Забезпечте розуміння клієнтом суті дозволу, що він його надає, а також засобів та причин розкриття інформації. За необхідності скористайтеся переведеною версією форми або послугами перекладача, або ж прочитайте форму вголос. Якщо клієнту необхідна додаткова інформація, надайте додаткову копію Повідомлення про політику конфіденційності Департаменту DSHS, або направте клієнта до спеціаліста з питань публічного розкриття інформації у вашому секторі

ПІДПИСИ:

- **Клієнт:** Попросіть клієнта або дитину у віці прийняття рішень (рішення щодо згоди надання інформації про психіатричні послуги та вживання наркотиків та алкоголю - 13 років; рішення щодо згоди надання інформації про лікування від ВІЛ/СНІД та інших ЗПСШ - 14 років; рішення щодо згоди надання інформації про заходи щодо контролю народжуваності та абортів - будь-який вік; рішення щодо згоди про надання інформації про медичне обслуговування та інших даних - 18 років) поставити підпис у цьому полі та вказати дату підписання форми. Клієнт може поставити відмітку у цьому полі, що ви маєте засвідчити.
- **Свідок або нотаріус:** Для підтвердження вашої особи може знадобитися свідок або нотаріус, якщо ви не подаєте цю форму особисто, або якщо перевірка особи є вимогою програми. Свідок або нотаріус має поставити свій підпис та зазначити своє ім'я
- **Батько/мати або інший представник:** Якщо клієнт є дитиною, молодшою за вік прийняття рішень, форму має підписати один із батьків або опікун. Якщо клієнт задовольняє вимозі щодо віку прийняття рішень лише для деяких документів, дані яких розкриваються, підпис мають поставити дитина та один із батьків/опікун. Якщо клієнта оголошено неправоздатним, опікун, призначений судом, має підписати форму та додати копію постановлення суду. Якщо форму підписує інша особа (приміром, особа за дорученням або майновий розпорядник), відмітьте «Інше» та додайте правоустановчий документ. Особа, що підписала документ, має поставити дату підписання документу та вказати свій номер телефону або контактні дані.