

رضامندی Consent

نوٹس برائے کلانٹس: اگر ہم ایسی ایجنسیز اور ماہرین کے ساتھ کام کر سکیں جو آپ اور آپ کے اہل خانہ کو جانتے ہیں تو محکمہ برائے سماجی و صحت کی خدمات [Department of Social and Health Services (DSHS)] آپ کی بہتر مدد کر سکتا ہے۔ اس فارم پر دستخط کر کے آپ DSHS اور ذیلی فہرست میں موجود ایجنسیز اور افراد کو اپنی خفیہ معلومات کو استعمال کرنے اور ہائٹے کی اجازت فراہم کر رہے ہیں۔ اگر آپ اس فارم پر دستخط نہیں کرتے ہیں تو جب تک آپ کے راضی نامے کی آپ کی اہلیت کا تعین کرنے کے لئے ضرورت نہ ہو DSHS آپ کو کو فائدہ پہنچانے سے انکار نہیں کر سکتا۔ اگر آپ اس فارم پر دستخط نہ کریں پھر بھی قانون کی فراہم کردہ حد تک آپ کی معلومات کو ہائٹا جا سکتا ہے۔ محکمہ برائے سماجی و صحت کی خدمات (DSHS) کس طرح کلانٹ کی خفیہ معلومات ہائٹتا ہے یا اپنے حقوق رازداری سے متعلق اگر آپ کچھ پوچھنا چاہتے ہیں تو DSHS کے نوٹس برائے حقوق رازداری کے قواعد یا فارم فراہم کرنے والے سے پوچھیں۔

کلانٹ کی شناخت:		
نام	تاریخ پیدائش	شناختی نمبر
پتہ	شہر	ریاست
ٹیلیفون نمبر (بشمول علاقائی کوڈ نمبر)	دیگر معلومات	زپ کوڈ

رضامندی:

میں اپنی خفیہ معلومات DSHS کے لئے خدمات کی منصوبہ بندی، فراہمی اور ہم آہنگی، علاج، ادائیگیوں اور اپنے فوائد یا قانونی اختیار کی حد تک دیگر کسی مقصد کے لئے استعمال کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔ میں DSHS اور درج ذیل فہرست میں موجود ایجنسیز، فراہم کنندگان یا افراد کو بھی اپنی خفیہ معلومات استعمال کرنے کی اجازت دیتا / دیتی ہوں اور ان میں سے ہر ایک کو ان مقاصد کے لئے ان معلومات کا انکشاف کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔ یہ معلومات زبانی طور پر یا کمپیوٹر ڈیٹا ٹرانسفر، ڈاک یا دستی ترسیل کے ذریعے تقسیم کی جا سکتی ہے۔

براہ مہربانی درج ذیل میں سے ان تمام کی نشاندہی کریں جو DSHS کے ساتھ اس رضامندی میں شامل ہیں اور ان کے نام اور پتہ سے ان کی شناخت کریں:

نگہداشت صحت فراہم کنندگان:

نگہداشت ذہنی صحت فراہم کنندگان:

کیمیائی انحصار سے متعلق مسائل کے خدمات فراہم کنندگان:

DSHS سے معاہدہ کرنے والے دیگر فراہم کنندگان:

رہائشی پروگرامز:

سکول ڈسٹرکٹس یا کالجز:

محکمہ برائے اصلاحات:

محکمہ برائے تحفظ ملازمت اور اس کے شرکاء روزگار:

انتظامیہ برائے سماجی تحفظ یا دیگر وفاقی ایجنسی:

منسلک فہرست دیکھیں

دیگر

میں درج ذیل ریکارڈز اور معلومات استعمال کرنے کا اختیار دیتا / دیتی ہوں اور رضامند ہوں (ان سب کی نشاندہی کریں جو قابل عمل ہیں):

اپنے کلانٹ کے تمام ریکارڈز

منسلک فہرست کے ریکارڈز

ہسپتال کے ریکارڈز

خاندانی، سماجی اور روزگار کی تاریخ

ادائیگیوں کے ریکارڈز

دیگر (فہرست):

علاج اور نگہداشت کے منصوبے

نگہداشت صحت کی معلومات

ذاتی تشخیص

اہلکول، تعلیم، اور تربیت

براہ مہربانی نوٹ فرما لیں: اگر آپ کے کلانٹ کے ریکارڈز میں درج ذیل میں سے کوئی بھی معلومات شامل ہیں تو آپ کو ان ریکارڈز کو شامل کرنے کے لئے اس حصہ کو مکمل کرنا بھی ضروری ہے۔

میں درج ذیل ریکارڈز کو ظاہر کرنے کی اجازت دیتا / دیتی ہوں (ان تمام کی نشاندہی کریں):

ذہنی صحت

ایچ آئی وی / ایڈز اور ایس ٹی ڈی ٹیسٹ کے نتائج، تشخیص یا علاج

کیمیائی انحصار سے متعلق مسائل

- اس راضی نامے کی معیاد ایک سال جب تک DSHS کو ریکارڈز کی ضرورت ہو، یا (تاریخ یا تقریب) تک ہے۔

- میں تحریری طور پر کسی بھی وقت اس راضی نامے کو منسوخ یا اس سے دستبردار ہو سکتا / سکتی ہوں مگر جو معلومات میں اس سے قبل فراہم کر چکا/ چکی ہوں وہ متاثر نہیں ہوں گی۔

- میں سمجھتا ہوں کہ اس راضی نامے کے ذریعے فراہم کئے گئے ریکارڈز کو ان قوانین کے تحت تحفظ حاصل نہیں ہو گا جو DSHS پر نافذ ہوتے ہیں۔

- ریکارڈز ہائٹے کے لئے اس فارم کی ایک نقل میری اجازت کے لئے قابل قبول ہے۔

دستخط	تاریخ	ایجنسی سے رابطہ / گواہ کے دستخط	تاریخ
والدین یا دیگر نمائندے کے دستخط (اگر قابل عمل ہے)		ٹیلیفون نمبر (علاقائی کوڈ نمبر شامل کیجیے)	تاریخ

حالانکہ یہ ریکارڈ مجھ سے متعلق نہیں ہے، پھر بھی میں دستخط کرنے کا مجاز ہوں کیونکہ میں (اختیار کا ثبوت منسلک کریں):

والدین ہوں قانونی سرپرست ہوں (عدالت کا حکم منسلک کریں)

ذاتی نمائندہ ہوں دیگر:

معلومات وصول کنندگان کو نوٹس: اگر یہ ریکارڈز ایچ آئی وی، ایس ٹی ڈیس، یا ایڈز پر مشتمل ہے تو آپ کلانٹ کی خصوصی اجازت کے بغیر ان معلومات کا مزید انکشاف نہیں کر سکتے۔ اگر آپ نے منشیات یا شراب کے ناجائز استعمال سے متعلق معلومات کلانٹ سے حاصل کی ہیں تو آپ کو 42 CFR 2.32 کی ضروریات کے مطابق مزید معلومات کا انکشاف کرنے وقت درج ذیل بیان کو شامل کرنا ہو گا:

ان معلومات کا آپ پر انکشاف وفاقی قوانین رازداری (42 CFR part 2) کے تحت تحفظ شدہ ریکارڈز میں سے کیا گیا ہے۔ یہ وفاقی قوانین آپ کو مزید کسی انکشاف کی اس وقت تک ممانعت کرتے ہیں جب تک رضامندی دینے والا وہ شخص جس سے یہ متعلق ہیں مزید کسی انکشاف کی واضح طور پر تحریری اجازت نہ دے یا 42 CFR part 2 کے تحت اجازت دی گئی ہے۔ اس مقصد کے لئے طبی یا دیگر معلومات کے اجراء کا عمومی اختیار کافی نہیں ہے۔ وفاقی قوانین مجرمانہ تحقیق یا شراب یا منشیات میں مبتلا شخص کے اوپر کسی جرم میں مقدمہ چلانے کی غرض سے ان معلومات کے استعمال کی ممانعت کرتا ہے۔

کنسینٹ فارم کی تکمیل کے لئے ہدایات

مقصد: جب آپ DSHS کے اندر کسی مؤکل کے بارے میں مستقل بنیاد پر خفیہ معلومات کے استعمال کی رضامندی کی ضرورت ہو یا اس معلومات کو دیگر ایجنسیوں کو خدمات کو مربوط کرنے کے لئے یا علاج ، ادائیگی یا ایجنسی کی کارروائیوں کے لئے یا قانون کے ذریعہ تسلیم شدہ دیگر مقاصد کے لئے رضامندی کی ضرورت ہو تو اس فارم کا استعمال کریں۔ مؤکلین وہ افراد ہوتے ہیں جو DSHS سے فوائد یا خدمات حاصل کرتے ہیں۔

استعمال کریں: اگر آسانی سے پڑھنے کے لئے ممکن ہو تو یہ فارم الیکٹرانک طور پر پُر کریں ، بچوں سمیت ہر فرد کے لئے الگ فارم مکمل کرنا ضروری ہے۔ ہدایات میں "آپ" کا مطلب ڈی ایچ ایچ ایس ملازم سے ہے اور فارم میں "آپ" کلانٹ سے مراد ہے۔ ریکارڈ کی تقسیم میں کسی مؤکل کے بارے میں خفیہ معلومات کا استعمال اور انکشاف شامل ہے۔

فارم کے حصے:

شناخت:

- نام: ہر فارم پر صرف ایک کلانٹ کا نام فراہم کریں۔ کسی بھی سابقہ نام شامل کریں جو مؤکلین خدمات حاصل کرتے وقت استعمال کر سکتے ہیں۔
- تاریخ پیدائش: اسی طرح کے ناموں والے افراد سے مؤکل کی شناخت کرنے کی ضرورت ہے۔
- شناختی نمبر: کسی کلانٹ کا شناختی نمبر یا دیگر شناخت دہنگان فراہم کریں جیسے سوشل سیکیورٹی نمبر (ضرورت نہیں) ریکارڈوں کی شناخت اور موصولہ تاریخ اور خدمات کو حاصل کرنے میں مدد کے لئے۔
- پتہ اور ٹیلیفون: اضافی معلومات جو کلانٹ کا پتہ لگانے اور شناخت کرنے یا اس سے رابطہ کرنے میں معاون ثابت ہوں گی۔
- دیگر: اس خانے میں کوئی ایسی اضافی معلومات شامل کریں جس سے ریکارڈز تلاش کرنے میں مدد مل سکے جس میں خدمات ، خاندان کے ممبروں کے نام ، یا دیگر متعلقہ معلومات کے ساتھ شامل ڈی ایچ ایچ ایس کے کچھ حصے شامل ہو سکتے ہیں۔

کنسینٹ (اتھارٹی):

- ایجنسیوں یا افراد کے تبادلے کا تبادلہ: مؤکل کی اس فارم کی تکمیل سے ڈی ایچ ایچ ایس کے تمام اندر خفیہ معلومات کے استعمال اور اشتراک کی اجازت ملتی ہے۔ ڈی ایچ ایچ ایس بیرونی ایجنسیوں یا درج فہرست افراد سے خفیہ معلومات کا انکشاف اور وصول کر سکے گا۔ ایجنسیوں یا فراہم کنندگان کے بارے میں شناخت کی معلومات فراہم کریں ، اگر ممکن ہو تو نام ، پتہ یا مقام سمیت۔ آپ معلومات کو شیئر کرنے کی اجازت دینے والی ایجنسیوں کی فہرست بھی منسلک کر سکتے ہیں جس پر مؤکل کو بھی دستخط کرنا ہوں گے۔
- معلومات شامل ہیں: مؤکل کو لازمی طور پر اس بات کی نشاندہی کرنا ہوگی کہ رضامندی کے ذریعہ کیا ریکارڈ شامل ہیں۔ کلانٹ تمام ریکارڈ دستیاب کر سکتے ہیں یا تاریخ ، قسم یا ریکارڈ کے ذریعہ شامل کردہ ریکارڈوں کو محدود کر سکتے ہیں۔ اگر مؤکل کسی رضامندی پر دستخط نہیں کرتا ہے یا کسی خاص ریکارڈ کی تخصیص نہیں کرتا ہے تو ، قانون کے ذریعہ اجازت دی گئی ہے تو اس ریکارڈ کو بانٹنے کی اجازت ہوگی۔ آپ احاطہ کرتا ریکارڈوں کی ایک فہرست منسلک کر سکتے ہیں جس پر مؤکل کو بھی دستخط کرنا ہوں گے۔ اگر کسی بھی ریکارڈ میں ذہنی صحت (RCW 71.05.620) ، HIV / AIDS یا STD جانچ یا علاج (RCW 70.02.220) ، یا منشیات اور الکحل سے متعلق خدمات (CFR 42 CFR 2.31 (a) (5)) سے متعلق معلومات شامل ہیں ، ان ریکارڈوں کو بانٹنے کی اجازت دینے کے لئے ان علاقوں کو خاص طور پر نشان زد کرنا ہوگا۔ یہ فارم CFR 164.508 (b) (3) (ii) کے تحت نفسیاتی نوٹ شامل کرنے کے لئے درست نہیں ہے اور ان ریکارڈوں کو شامل کرنے کے لئے ایک علیحدہ فارم مکمل کرنا ضروری ہے۔
- دورانیہ: اس رضامندی کے لئے ایک ميعاد ختم ہونے کی تاریخ شامل کریں جو آپ کے پروگرام کے مقاصد کو پورا کرتی ہے یا قانون کے ذریعہ فراہم کردہ ہے۔
- تفہیم: یقینی بنائیں کہ مؤکل یہ سمجھتا ہے کہ کیا اجازت دی جارہی ہے اور کیسے اور کیوں معلومات کا اشتراک کیا جائے گا۔ اگر ضرورت ہو تو ، ترجمہ شدہ شکل اور ترجمان کا استعمال کریں یا فارم کو بلند آواز سے پڑھیں۔ اگر مؤکل کو مزید معلومات کی ضرورت ہو تو ، DSHS رازداری کے طریقوں کے نوٹس کی اضافی کاپی فراہم کریں یا مؤکل کو عوامی یونٹ کے لئے اپنے انکشاف افسر کے پاس بھیجیں۔

دستخطیں:

- کلانٹ: ہے کلانٹ یا رضامندی کی عمر سے زیادہ ایک بچے) ذہنی صحت اور نشے اور شراب کی خدمات کے لئے 13؛ 14 ایچ آئی وی / ایڈز اور دیگر STDs کے لئے؛ پیدائش کنٹرول اور اسقاط حمل ہو سکتا ہے لئے کسی بھی عمر؛ صحت کی دیکھ بھال اور دیگر ریکارڈ کے لئے 18 (اس باکس پر دستخط اور دستخط کی تاریخ داخل کریں۔ مؤکل اس خانے میں ایک نشان ڈال سکتا ہے جس کا آپ نے مشاہدہ کیا ہے۔
- گواہ یا نوٹری: اگر آپ اس فارم کو ذاتی طور پر جمع نہیں کرتے یا اگر کسی پروگرام کی شرط ہو، تو آپ کی شناخت کی تصدیق کرنے کے لئے ایک گواہ یا نوٹری کی ضرورت ہوگی۔ اس شخص کو آپ اپنا نام جلی حروف میں لکھنا ہوگا۔
- والدین یا دوسرا نمائندہ: اگر مؤکل رضامندی کی عمر سے کم عمر کا بچہ ہے تو ، والدین یا سرپرست کو دستخط کرنا ہوں گے۔ اگر بچ records ہ تمام ریکارڈوں کے اشتراک کے لئے رضامندی کی عمر کو پورا نہیں کرتا ہے تو ، بچے اور والدین دونوں کو دستخط کرنے چاہ۔ اگر مؤکل کو قانونی طور پر نابل قرار دے دیا گیا ہے تو ، عدالت کے مقرر کردہ سرپرست کو دستخط کر کے ملاقات کے حکم کی ایک کاپی فراہم کرنا ہوگی۔ اگر کوئی اور صلاحیت پر دستخط کر رہا ہے (بشمول ایک شخص جس میں پاور آف اٹارنی یا اسٹیٹ نمائندہ ہے) ، "دوسرے" کو نشان زد کریں اور کارروائی کرنے کے لئے قانونی اتھارٹی کی کاپی حاصل کریں۔ دستخط کرنے والے شخص کے لئے دستخط کی تاریخ ہونی چاہئے اور ٹیلیفون نمبر یا رابطہ کی معلومات دینا ہوگی۔