

# مجوز Authorization

در حال حاضر نمی‌خواهم که سوابق افشا شود. لطفاً این مجوز را در پرونده خدمات‌گیرنده من قرار دهید.

نام خانوادگی				کوچک		وسط		تاریخ تولد	
اطلاعات زیر ممکن است در یافتن سوابق کمک کند:				نام‌های قبلی					
شماره شناسایی خدمات‌گیرنده		سایر شماره‌های شناسایی		تاریخ‌های خدمت		محل خدمت			
<b>افشا برای:</b>									
نام خانوادگی				کوچک		وسط		عنوان	
نام سازمان یا کسب‌وکار در صورت وجود									
نشانی									
شماره تلفن (شامل کد ناحیه)			شماره فکس (شامل کد ناحیه)			نشانی ایمیل			کد پستی
دلیل افشا (الزامی نیست)									

## مجوز:

**منابع:** من به برنامه‌های DSHS زیر اجازه می‌دهم اطلاعات محرمانه درباره من را به شرح زیر افشا کند یا به آنها دسترسی داشته باشد. اطلاعات ممکن است به صورت شفاهی یا از طریق انتقال داده‌های رایانه‌ای، پست، فکس، یا تحویل دستی ارائه شود. همه موارد مربوط را علامت بزنید:

<input type="checkbox"/> سلامت رفتاری (BHA) <input type="checkbox"/> موسسات بهداشت روانی ایالتی (ESH، WSH، CSTC) <input type="checkbox"/> مرکز تعهد ویژه (SCC) <input type="checkbox"/> خدمات بهداشت روانی پزشکی قانونی (OFMHS) <input type="checkbox"/> سایر موارد (به‌عنوان مثال، دفتر مرکزی، RTF ها): <input type="checkbox"/> خدمات اقتصادی (ESA) <input type="checkbox"/> خدمات اجتماعی - کمک‌های عمومی (CSD) <input type="checkbox"/> حمایت از کودکان (DCS) <input type="checkbox"/> خدمات تعیین ناتوانی (DDDS) <input type="checkbox"/> سایر موارد (به‌عنوان مثال، دفتر مرکزی): <input type="checkbox"/> دفتر منشی (OOS) <input type="checkbox"/> مدیریت ریسک سازمانی (ERMO) <input type="checkbox"/> منابع انسانی (کارمند DSHS) <input type="checkbox"/> همه بخش‌های اداره کل خدمات اجتماعی و بهداشتی (DSHS)	<input type="checkbox"/> پشتیبانی سالخوردگی و طولانی‌مدت (AL TSA) <input type="checkbox"/> خدمات خانه و جامعه (HCS) <input type="checkbox"/> خدمات مراقبت‌های اقامتی (RCS) <input type="checkbox"/> خدمات حفاظتی بزرگسالان (APS) <input type="checkbox"/> سایر موارد (به‌عنوان مثال، دفتر مرکزی): <input type="checkbox"/> تسهیلات، امور مالی، و آمار تحلیلی (FFA) <input type="checkbox"/> واحد مرکزی بررسی پیشینه (BCCU) <input type="checkbox"/> تقلب و پاسخگویی (OFA) <input type="checkbox"/> مرخصی/حقوق و دستمزد (کارمند DSHS) <input type="checkbox"/> ناتوانی‌های رشدی (DDA) <input type="checkbox"/> توانبخشی حرفه‌ای (DVR) <input type="checkbox"/> سایر:
---	--

سوابق: اینجانب اجازه می‌دهم سوابق DSHS زیر افشا شود:

سوابق تحت اختیار بخش‌هایی از DSHS که در بالا مشخص شده فقط سوابق زیر:  
 سوابق موجود در فهرست پیوست

**لطفاً توجه داشته باشید:** اگر سوابق خدمات‌گیرنده یا سایر سوابق محرمانه شما شامل هر یک از اطلاعات زیر است، برای دادن اجازه افشای این سوابق، باید قسمت زیر را نیز تکمیل کنید.

**سوابق خاص:** اینجانب اجازه افشای اطلاعات زیر که در سوابق DSHS نگهداری می‌شود را می‌دهم (تمام موارد مربوط را علامت بزنید):  
 نتایج آزمایش HIV/AIDS و STD، سوابق تشخیصی یا درمانی (RCW 70.02.220)  
 سوابق سلامت روان (RCW 70.02.230 یا 240)  
 سوابق سوء مصرف مواد (CFR 42 بخش 2)

- این اجازه به مدت 180 روز یا  تا \_\_\_\_\_ زمان معتبر است (تاریخ یا رویداد، اگر علامت زده نشده، 180 روز خواهد بود).
- من این حق را دارم که مجوز خود را در هر زمان بصورت کتبی لغو کنم یا پس بگیرم، اما این کار بر اطلاعاتی که قبلاً تولید شده، تأثیر نمی‌گذارد.
- من می‌دانم که ممکن است از سوابق من پس از تولید، دیگر طبق قوانین DSHS محافظت نشود.
- یک کپی از این فرم برای دادن اجازه‌ام مبنی بر افشای سوابق معتبر است. DSHS می‌تواند در ازای ارائه کپی سوابق، هزینه‌ای را دریافت کند.

اجازه داده شده توسط (امضا)	تاریخ امضا	شماره تلفن (شامل کد ناحیه)
نام با حروف بزرگ و خوانا	شاهد/دفتر اسناد رسمی (امضا و نام با حروف بزرگ و خوانا، در صورت وجود)	
اگر شخصی نباشم که صاحب سوابق است، مجاز به امضا هستم زیرا من هستم: (مدرک صلاحیت را پیوست کنید) <input type="checkbox"/> والد فرد صغیر <input type="checkbox"/> سرپرست قانونی <input type="checkbox"/> نماینده شخصی <input type="checkbox"/> سایر:		

قابل توجه کسانی که اطلاعات را دریافت می‌کنند: اگر این سوابق حاوی اطلاعاتی درباره HIV، بیماری‌های مقاربتی (STD)، یا سوء مصرف الکل یا مواد مخدر باشد، طبق قوانین فدرال و ایالتی، نمی‌توانید آن اطلاعات را بدون اجازه خاص صاحب سوابق و رعایت الزامات قانونی خاص، افشا کنید.

## دستورالعمل‌های تکمیل فرم مجوز

**هدف:** هنگامی که می‌خواهید به DSHS اجازه دهید که اطلاعات محرمانه درباره شما را نزد شخص دیگری (از جمله وکیل، قانون‌گذار، یا یکی از خویشاوندان) افشا کند، باید از این فرم استفاده کنید. شما می‌توانید اجازه افشای تمام سوابق محرمانه‌ای که DSHS درباره شما دارد را بدهید و نیز می‌توانید مجوز خود را به سوابقی خاص یا فقط بخش‌هایی از مؤسسه محدود کنید. این فرم همچنین به DSHS اجازه می‌دهد تا به صورت شفاهی با شخصی که به وی اجازه می‌دهید، درباره وضعیت شما بحث کند.

**اعلان خطاب به کلیه خدمات‌گیرندگان:** بیشتر اطلاعات مربوط به خدمات‌گیرنده DSHS محرمانه است و نزد دیگران افشا نخواهد شد مگر اینکه خود خدمات‌گیرنده اجازه دهد یا افشای آن به موجب قانون مجاز باشد. پس از افشای اطلاعات محرمانه DSHS، لطفاً توجه داشته باشید که گیرنده اطلاعات ممکن است دیگر طبق همان قوانینی که درباره DSHS اعمال می‌شود، از سوابق شما محافظت نکند. اگر این فرم را برای دادن اجازه افشای اطلاعات به DSHS امضا نکنید، DSHS نمی‌تواند از دادن مزایای شما امتناع کند مگر اینکه مجوز شما برای تعیین صلاحیت لازم باشد. برای کسب اطلاعات درباره نحوه اشتراک‌گذاری مؤلفه‌های مراقبت‌های بهداشتی DSHS تحت پوشش اطلاعات بهداشتی محافظت شده HIPAA و حقوق حریم خصوصی خود، لطفاً به اعلان رویه حفظ محرمانگی DSHS در نشانی [www.dshs.wa.gov](http://www.dshs.wa.gov) رجوع کنید یا از شخصی که این فرم را به شما داده، پرسش کنید. می‌توانید یک کپی از این فرم را دریافت کنید.

**کاربرد:** می‌توانید این فرم را به صورت الکترونیکی یا دستی پر کنید. برای جابجایی بین قسمت‌ها از کلید تب (Tab) در رایانه استفاده کنید. برای هر فردی که سوابق او درخواست می‌شود، از جمله کودکان، باید یک فرم جداگانه تکمیل شود. «شما» به صاحب سوابق اشاره دارد.

### قسمت‌های فرم:

شناسایی صاحب سوابق:

- نام: اگر برای شخص دیگری اقدام می‌کنید، نام کامل خود یا نام شخصی که سوابق او درخواست می‌شود را ارائه دهید.
- تاریخ تولد: لطفاً این اطلاعات موردنیاز برای شناسایی شما از افراد دارای نام‌های مشابه را درج کنید.
- اطلاعات اختیاری برای کمک به مکان‌یابی سوابق: نام‌های قبلی: هر نام دیگری که هنگام دریافت مزایا یا خدمات استفاده شده است را درج کنید.
- شماره شناسایی خدمات‌گیرنده: هر شماره‌ای که DSHS ممکن است تخصیص داده باشد را ارائه دهید.
- سایر شماره‌های شناسایی: هر شناسه دیگری که می‌تواند به مکان‌یابی سوابق DSHS کمک کند را اضافه کنید. در صورت لزوم، فقط یک شماره سوشال سکوریته را ارائه دهید.
- تاریخ و محل ارائه خدمات: این اطلاعات را برای کمک به DSHS در شناسایی و مکان‌یابی سوابقی که می‌خواهید افشا شوند، ارائه دهید.

افراد که سوابق را دریافت می‌کنند:

- شناسایی: لطفاً این قسمت را تا حد امکان به‌طور کامل پر کنید تا بتوانیم با شخص یا سازمانی که به اطلاعات محرمانه شما دسترسی پیدا خواهد کرد، تماس بگیریم.
- دلیل افشا: این اطلاعات قبل از اینکه DSHS بتواند سوابق مربوط به سوء مصرف مواد مخدر و الکل یا سلامت روان را به اشتراک بگذارد، موردنیاز است. اگر این قسمت را پر نکنید، DSHS دلیل افشا را «حسب درخواست شما» اعلام خواهد کرد.

### مجوز:

- بخش‌هایی از DSHS: لطفاً بخش‌هایی از DSHS که می‌خواهید سوابق خود نزد آنها را افشا کنید را علامت بزنید؛ یا اگر می‌خواهید به هر سابقه‌ای که DSHS درباره شما دارد دسترسی داشته باشید، کادر پایین را در این بخش علامت بزنید. اگر در فهرست نیست، نام برنامه را در «سایر» بنویسید.
- اطلاعات افشا شده: مشخص کنید می‌خواهید چه سوابقی افشا شود. می‌توانید اجازه افشای تمام یا بخشی از اطلاعات خود به عنوان خدمات‌گیرنده DSHS یا سایر سوابق محرمانه خود را بدهید. همچنین، می‌توانید افشا را به سوابق خدمات‌گیرنده که فقط توسط بخش‌هایی از مؤسسه مشخص شده در قسمت بالا نگهداری می‌شود، یا به سوابق خاص فهرست‌شده در این فرم یا پیوستی که امضا می‌کنید، محدود نمایید. اگر محدودیت‌هایی درباره سوابقی وجود دارد که می‌خواهید افشا شوند، سوابق خاص را فهرست کنید یا محدودیت‌ها را شرح دهید، مانند تاریخ ارائه خدمات یا نوع سابقه.
- سوابق محدود: اگر هر یک از سوابق ممکن است شامل اطلاعاتی درباره آزمایش یا درمان HIV/AIDS یا STD، خدمات بهداشت روانی، یا خدمات سوء مصرف مواد باشد، برای دادن اجازه افشای این سوابق به DSHS، باید هر مورد را علامت بزنید. از مجوز روان‌درمانی، فرم DSHS 17-270، برای دادن اجازه افشای یادداشت‌های روان‌درمانی استفاده کنید (ii) (3) (45 CFR 164.508(b)).
- اعتبار: این فرم برای دسترسی به اطلاعاتی که در حال حاضر در اختیار DSHS است، معتبر است. مجوز شما 180 روز پس از امضا یا در هر تاریخ یا رویداد دیگری که خود شما تعیین کنید، منقضی خواهد شد. اگر تاریخ را تعیین نکنید، مجوز به مدت 180 روز معتبر خواهد بود. می‌توانید هر زمان که بخواهید مجوز انتشار سوابق کتبی را لغو کنید، اما این لغو شامل اطلاعات تولید شده نمی‌گردد.
- هزینه: قانون سوابق عمومی در قسمت‌های RCW 42.56.120 و WAC 388-01-080 به DSHS اجازه می‌دهد که در ازای ارائه کپی سوابق و پست‌کردن آنها، هزینه دریافت کند. بیمارستان‌های دولتی و مراکز مراقبت‌های بهداشتی می‌توانند طبق فصل RCW 70.02، در ازای ارائه سوابق بیمار، هزینه دریافت کنند.

### امضاها:

- اگر صاحب سوابق هستید، ذیل این فرم را امضا کنید و نام خود را با حروف بزرگ و خوانا بنویسید یا تایپ کنید. تاریخ امضای خود را همراه با شماره تلفن یا شماره تماس خود وارد کنید.
- اگر برای شخص دیگری امضا می‌کنید، در خط آخر مشخص کنید که چرا صلاحیت انجام این کار را دارید و یک کپی از حکم دادگاه یا سند دیگری که به شما صلاحیت قانونی می‌دهد را پیوست کنید. کودکان هم برای افشای سوابق محرمانه خود باید مجوز را امضا کنند، به شرطی که سن آنها بالاتر از سن قانونی لازم برای رضایت باشد (13 سال برای خدمات سلامت روان و سوء مصرف مواد مخدر و الکل، 14 سال برای اطلاعات درباره HIV/AIDS یا سایر بیماری‌های مقاربتی (STD))، هر سنی برای کنترل بارداری و سقط‌جنین؛ 18 سال برای سلامت یا سایر سوابق).
- گواهی شاهد یا سردفتر اسناد رسمی: اگر این فرم را شخصاً ارسال نکنید یا برنامه‌ای درخواست کند که این فرم تأیید شود، شاید برای تأیید هویت شما، به گواهی یک شاهد یا دفتر اسناد رسمی نیاز باشد. این شخص باید فرم را امضا و نام خود را با حروف بزرگ و خوانا درج کند.

**اعلان خطاب به DSHS:** اگر این سوابق حاوی اطلاعات HIV یا STD باشد، DSHS باید به گیرندگان اطلاع دهد که این اطلاعات محرمانه است و آنها نمی‌توانند سوابق را بدون مجوز خاصی که بموجب RCW 70.02.300 الزامی است، افشا کنند. اگر DSHS نسخه‌هایی از سوابق مربوط به خدمات سوء مصرف مواد را طبق این مجوز ارسال می‌کند، DSHS باید هنگام افشای اطلاعات، بموجب 42 CFR 2.32، بیانیه زیر را درج کند:

این اطلاعات از سوابق تحت محافظت قوانین رازداری فدرال (42 CFR بخش 2) نزد شما افشا شده است. قوانین فدرال شما را از هرگونه افشای بیشتر این اطلاعات منع می‌کند، مگر اینکه اجازه افشای بیشتر صراحتاً و طبق رضایت کتبی صاحب سوابق یا 42 CFR بخش 2 مجاز باشد. مجوز کلی برای افشای اطلاعات پزشکی یا سایر اطلاعات برای این منظور کافی نیست. قوانین فدرال هرگونه استفاده از اطلاعات برای تحقیقات جنایی یا پیگرد قانونی هر بیمار سوء مصرف الکل یا مواد مخدر را محدود می‌کند.