

## موافقة Consent

**تنبيه للعملاء:** بإمكان وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية مساعدتك بشكل أفضل إذا كان بإمكاننا العمل مع الوكالات والمهنيين الآخرين الذين يعرفونك أنت وأسرتك جيدًا. فمن خلال توقيعك على هذا النموذج، فإنك تمنح الإذن لوزارة الخدمات الاجتماعية والصحية والوكالات والأفراد المشار إليهم أدناه لاستخدام معلوماتك السرية ومشاركتها. ولا يمكن لوزارة الخدمات الاجتماعية والصحية حرمانك من الحصول على مزايا معينة إذا لم توقع على هذا النموذج، ما لم تكن موافقتك مطلوبة لتحديد الأهلية. وفي حالة عدم توقيعك على هذا النموذج، فقد تستمر الوزارة في مشاركة معلوماتك وفق الحد الذي يسمح به القانون. وفي حال كان لديك تساؤلات بشأن كيفية مشاركة الوزارة لمعلومات العميل السرية أو حقوق الخصوصية الخاصة بك، فيرجى مراجعة إخطار الوزارة بشأن ممارسات الخصوصية أو سؤال الشخص الذي يقدم لك هذا النموذج.

تعريف العميل		
الاسم	تاريخ الميلاد	رقم التعريف
العنوان	المدينة	الولاية الرمز البريدي
رقم الهاتف (أدرج الرمز الهاتفي للمنطقة)	معلومات أخرى	

موافقة
<p>أوافق على استخدام المعلومات السرية الخاصة بي في وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية من أجل تخطيط الخدمات والعلاج والمدفوعات والمزايا وتوفيرها وتنسيقها لي أو للأغراض الأخرى التي يصرح بها القانون. كما أمنح الإذن للوزارة والوكالات أو مقدمي الخدمات أو الأشخاص المشار إليهم أدناه لاستخدام معلوماتي السرية والإفصاح عنها لبعضهم بعضًا لهذه الأغراض. ومن ثم يمكن مشاركة المعلومات شفهيًا أو إلكترونيًا أو عبر البريد أو باليد.</p> <p>يرجى تحديد كل من تم تضمينهم أدناه في هذه الموافقة بالإضافة إلى وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية وتحديدهم بالاسم والعنوان:</p> <p><input type="checkbox"/> مقدمو خدمات الرعاية الصحية: _____</p> <p><input type="checkbox"/> مقدمو خدمات رعاية الصحة العقلية: _____</p> <p><input type="checkbox"/> مقدمو خدمات اضطراب استخدام المواد المخدرة: _____</p> <p><input type="checkbox"/> مقدمو الخدمات الآخرون المتعاقدون مع وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية: _____</p> <p><input type="checkbox"/> برامج الإسكان: _____</p> <p><input type="checkbox"/> المناطق التعليمية أو الكليات: _____</p> <p><input type="checkbox"/> إدارة التصحيحات: _____</p> <p><input type="checkbox"/> إدارة الأمن الوظيفي وشركاء التوظيف لديها: _____</p> <p><input type="checkbox"/> إدارة الضمان الاجتماعي أو أي وكالة فيدرالية أخرى: _____</p> <p><input type="checkbox"/> راجع القائمة المرفقة</p> <p><input type="checkbox"/> غير ذلك:</p>

<p>سبب الإفصاح: <input type="checkbox"/> استمرارية الرعاية <input type="checkbox"/> أسباب قانونية <input type="checkbox"/> أسباب شخصية <input type="checkbox"/> غير ذلك:</p> <p>أفوض وأوافق على مشاركة السجلات والمعلومات التالية (حدّد كل ما ينطبق):</p> <p><input type="checkbox"/> جميع سجلات عملي <input type="checkbox"/> السجلات المضمنة في القائمة المرفقة</p> <p><input type="checkbox"/> السجلات التالية فحسب</p> <p><input type="checkbox"/> التاريخ الأسري والاجتماعي والوظيفي</p> <p><input type="checkbox"/> خطط العلاج أو الرعاية</p> <p><input type="checkbox"/> سجلات الدفع</p> <p><input type="checkbox"/> التقييمات الفردية</p> <p><input type="checkbox"/> المدرسة والتعليم والتدريب</p> <p><input type="checkbox"/> معلومات رعاية الصحة العقلية (حدّد):</p> <p><input type="checkbox"/> معلومات الرعاية الصحية (حدّد):</p> <p><input type="checkbox"/> غير ذلك (اذكرها):</p>
--

يرجى ملاحظة الآتي: إذا كانت سجلات العميل الخاص بك تتضمن أيًا من المعلومات الآتية، فيجب عليك أيضًا إكمال هذا القسم لتضمين هذه السجلات.

أعطي الإذن للإفصاح عن السجلات الآتية (حدّد كل ما ينطبق):

الصحة العقلية  نتائج اختبار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي أو تشخيصها أو علاجها  اضطراب استخدام المواد المخدرة

- تسري هذه الموافقة لمدة عام واحد أو  حتى \_\_\_\_\_ (التاريخ أو الحدث).
- يمكنني إلغاء هذه الموافقة أو سحبها خطيًا في أي وقت، لكن لن يؤثر ذلك على أي معلومات تمت مشاركتها بالفعل.
- أتفهم أن السجلات التي تمت مشاركتها بموجب هذه الموافقة قد لا تكون محمية بموجب القوانين التي تنطبق على وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية.
- تسري نسخة من هذا النموذج لمنح الإذن لمشاركة السجلات.

التوقيع	
التاريخ	
توقيع الشاهد/كاتب العدل، إن أمكن	اسم الشاهد/كاتب العدل بأحرف واضحة
توقيع ولي الأمر أو الممثل الآخر (إن أمكن)	رقم الهاتف (أدرج الرمز الهاتفي للمنطقة)
إذا لم أكن الشخص المعني بالسجلات، فأنا مفوض للتوقيع لأنني: (أرفق إثبات التفويض)	
<input type="checkbox"/> ولي الأمر <input type="checkbox"/> الوصي القانوني (أرفق أمر محكمة) <input type="checkbox"/> الممثل الشخصي <input type="checkbox"/> غير ذلك:	

إخطار لمتلقي المعلومات: إذا كانت هذه السجلات تتضمن معلومات بشأن فيروس نقص المناعة البشرية أو الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي أو الإيدز، فلا يجوز لك الإفصاح عن هذه المعلومات مرة أخرى دون الحصول على إذن محدد من العميل. إذا كنت قد تلقيت معلومات بشأن تعاطي المخدرات أو تناول المشروبات الكحولية من قبل العميل، فيجب عليك تضمين البيان التالي عند الإفصاح عن المعلومات على النحو المطلوب بموجب CFR 42 القسم 2.32:

تم الإفصاح عن هذه المعلومات لكم من السجلات المحمية بقواعد السرية الفيدرالية (CFR 42 القسم 2). تحظر عليك القواعد الفيدرالية إجراء أي إفصاح إضافي عن هذه المعلومات ما لم يتم السماح صراحةً بمزيد من الإفصاح بموافقة كتابية من الشخص الذي تخصه هذه المعلومات أو على النحو الذي يسمح به CFR 42 الجزء 2. لا يُعد التفويض العام للإفصاح عن المعلومات الطبية أو غيرها كافيًا لهذا الغرض. تقيد القواعد الفيدرالية أي استخدام للمعلومات من أجل التحقيق الجنائي أو مقاضاة أي مريض يتعاطى الكحول أو المخدرات.

## تعليمات لاستكمال نماذج الموافقة، وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية 14-012

**طريقة الاستخدام:** يُستخدم هذا النموذج عند الحاجة إلى الموافقة على استخدام المعلومات السرية أو مشاركتها بشأن العميل بشكلٍ مستمر داخل وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية أو للإفصاح عن تلك المعلومات للوكالات الأخرى بهدف تنسيق الخدمات أو للعلاج أو الدفع أو عمليات الوكالة أو لأغراض أخرى معترف بها بموجب القانون.

املاً هذا النموذج إلكترونياً إن أمكن. ويجب عليك إكمال نموذج منفصل لكل شخص، بما في ذلك الأطفال.

### أقسام النموذج:

#### الهوية:

- **اسم:** أدخل اسم عميل واحد فقط في كل نموذج. واحرص على تضمين أي أسماء سابقة ربما قد استخدمها العميل عند تلقي الخدمات.
- **تاريخ الميلاد:** يلزم إدخاله لتمييز العميل إذا كان من الأشخاص ذوي الأسماء المتشابهة.
- **رقم التعريف:** احرص على تقديم رقم تعريف العميل أو معرف آخر مثل رقم الضمان الاجتماعي (غير مطلوب) للمساعدة على تحديد السجلات وتتبع التاريخ والخدمات المستلمة.
- **غير ذلك:** احرص على تضمين أي معلومات إضافية في هذا المربع من شأنها المساعدة على تحديد موقع السجلات، مثل وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية المضمنة في الخدمات أو أسماء أفراد الأسرة أو أي معلومات أخرى ذات صلة.

#### الموافقة (التفويض):

- **الوكالات أو الأشخاص الذين يتبادلون السجلات:** يتيح هذا النموذج المكتمل ما يلي: (1) استخدام المعلومات السرية والإفصاح عنها داخل وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية ومع الوكالات أو الأشخاص المدرجين في القائمة؛ و(2) الإفصاح عن المعلومات السرية إلى الوزارة من قبل الوكالات الخارجية أو الأشخاص المدرجين في القائمة. كما يمكنك إرفاق قائمة بالوكالات المسموح لها بمشاركة المعلومات، والتي يجب على العميل التوقيع عليها أيضاً.
- **المعلومات المضمنة:** يجب على العملاء الإشارة إلى السجلات التي تشملها الموافقة. ويجوز للعملاء إتاحة جميع السجلات أو تقييد السجلات المضمنة حسب التاريخ أو النوع أو مصدر السجل. وفي حالة عدم توقيع العميل على موافقة أو لم يحدد سجلاً معيناً، يستمر السماح بمشاركة هذا السجل إذا كان القانون يسمح بذلك. كما يمكنك إرفاق قائمة بالسجلات المغطاة والتي يجب على العميل التوقيع عليها أيضاً. وإذا تضمنت أي سجلات معلومات تتعلق بالصحة العقلية (RCW 71.05.620)، أو اختبار أو علاج فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز أو الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي (RCW 70.02.220)، أو خدمات المخدرات والكحول (CFR 42 القسم 2.31 (أ) (5))، يجب على العميل تحديد هذه المجالات تحديداً لمنح الإذن بمشاركة هذه السجلات. وبالتالي لا يصلح هذا النموذج لتضمين ملاحظات العلاج النفسي بموجب CFR 45 القسم 164.508 (ب) (3) (2)؛ ومن ثم يجب إكمال نموذج منفصل لتضمين تلك السجلات.
- **المدة:** احرص على تضمين تاريخ انتهاء صلاحية الموافقة، إذا كان مختلفاً بأكثر من عام واحد. حيث تنتهي الموافقة في غضون عام واحد ما لم تُحدّد تاريخاً مختلفاً.
- **الفهم:** تأكد من فهم العميل لماهية الإذن الممنوح وكيفية مشاركة المعلومات وسبب ذلك. وإذا لزم الأمر، استخدم نموذجاً مترجماً ومترجماً أو اقرأ النموذج بصوتٍ عالٍ. وفي حالة احتياج العميل إلى المزيد من المعلومات، فاحرص على توفير نسخة إضافية من إخطار وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية لممارسات الخصوصية أو أجل العميل إلى مسؤول الإفصاح العام بحدثك.

#### التوقيعات:

- **العميل:** في حالة وجود عميل أو طفل تجاوز سن الموافقة (13 لخدمات الصحة العقلية والمخدرات والكحول؛ 14 لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي الأخرى؛ أي سن لتحديد النسل والإجهاض؛ 18 للرعاية الصحية والسجلات الأخرى)، فينبغي التوقيع في هذا المربع مع كتابة تاريخ التوقيع. ومن ثم يجوز للعميل استبدال علامة في هذا المربع الذي تشهد عليه.
- **الشاهد أو كاتب العدل:** قد تكون هناك حاجة إلى وجود شاهد أو كاتب عدل للتحقق من هوية العميل إذا لم يقدم العميل هذا النموذج شخصياً أو إذا طلب أحد البرامج التحقق من هويته. يجب على هذا الشخص أن يُوقّع ويكتب اسمه بخط واضح.
- **ولي الأمر أو ممثل آخر:** إذا كان العميل طفلاً دون سن الموافقة، فيجب على الوالد أو الوصي التوقيع. وفي حالة عدم بلوغ الطفل سن الموافقة على مشاركة جميع السجلات، فيجب على الطفل والوالد التوقيع على حدٍ سواء. وإذا تم الإعلان عن أن العميل غير كفؤ من الناحية القانونية، فيجب على الوصي المعين من قبل المحكمة التوقيع وتقديم نسخة من أمر التعيين. وفي حالة قيام شخص ما بالتوقيع بصفة أخرى (بما في ذلك الشخص الذي لديه توكيل رسمي أو ممثل التركة)، ينبغي وضع علامة "غير ذلك" والحصول على نسخة من السلطة القانونية للتصرف. وبالتالي يجب على الشخص الموقع تاريخ التوقيع وتقديم رقم الهاتف أو معلومات الاتصال.