

Идентификация на клиента			
ИМЕ И ФАМИЛИЯ	ДАТА НА РАЖДАНЕ	ИДЕНТИФИКАЦИОНЕН НОМЕР	
АДРЕС	ГРАД	ЩАТ	ПОЩЕНСКИ КОД
ТЕЛЕФОНЕН НОМЕР (ВКЛЮЧИТЕЛНО КОД)	ДРУГА ИНФОРМАЦИЯ		



Съгласие Consent

Известие за клиентите: Департаментът за социални и здравни услуги (DSHS) може да ви помогне по-добре, ако можем да работим с други агенции и професионалисти, които познават вас и вашето семейство. С подписването на този формуляр вие давате разрешение на DSHS и изброените по-долу агенции и лица да използват и споделят поверителна информация свързана с вас. DSHS не може да ви откаже обезщетения, ако не подпишете този формуляр, но вашето съгласие е необходимо за определяне на допустимостта ви до тези услуги. Ако не подпишете този формуляр, DSHS все още може да споделя информация свързана с вас до степента, разрешена от закона. Ако имате въпроси относно това как DSHS споделя поверителна информация за клиента или вашите права за поверителност, моля, консултирайте се с Известието за практиките за поверителност на DSHS или попитайте лицето, което ви дава този формуляр.

Съгласие

1. Съгласен съм с използването на моята поверителна информация в рамките на DSHS за планиране, предоставяне и координиране на услуги, лечение, плащания и обезщетения за мен или за други цели, разрешени от закона. Също така давам разрешение на DSHS и на изброените по-долу агенции, доставчици или лица да използват поверителната ми информация и да я разкриват помежду си за тези цели. Информацията може да се споделя устно или по електронен път, по поща или лична доставка.

Причина за разкриването: Тази информация се изисква, за да може DSHS да сподели данни за наркотици и алкохол или психично здраве. Ако не попълните това поле, DSHS ще отбележи, че причината за разкриването е по Ваше искане.

Моля, отбележете по-долу всички, които са включени в това съгласие, свързани с DSHS и ги идентифицирайте по име и адрес:

- Доставчици на здравни услуги: _____
- Доставчици на услуги, свързани с психичното здраве: _____
- Доставчици на услуги, свързани с проблеми с употребата на субстанции: _____
- Други договорени с DSHS доставчици: _____
- Жилищни програми: _____
- Районни училища или колежи: _____
- Отдел за корекции: _____
- Отдел за сигурност на заетостта и неговите партньори по заетостта: _____
- Администрация за социално осигуряване или друга федерална агенция: _____
- Вижте приложения списък
- Други:

2. Причина за разкриването: Непрекъснатост на грижите Правни Лични Други:

3. Упълномощавам и се съгласявам да споделя следните документи и информация (отбележете всички приложими):

- Всички документи на моя клиент Документи в приложения списък
- Само следните документи
 - Семейна, социална и трудова история
 - Планове за лечение или грижи
 - Документи на плащанията
 - Индивидуални оценки
 - Училище, образование и обучение
 - Информация за психичното здраве (посочете):
 - Информация за здравни грижи (посочете):
 - Други (списък):

Идентификация на клиента		
ИМЕ И ФАМИЛИЯ	ДАТА НА РАЖДАНЕ	ИДЕНТИФИКАЦИОНЕН НОМЕР
<p>Моля обърнете внимание: Ако документите на Вашия клиент включват някоя от следните информации, то трябва да попълните и този раздел, за да включите тези документи.</p> <p>Давам разрешение да разкрия следните документи (отбележете всички приложими):</p> <p><input type="checkbox"/> Психично здраве <input type="checkbox"/> Резултати от тестове за ХИВ/СПИН и ППБ, диагностика или лечение</p> <p><input type="checkbox"/> Проблеми с употребата на субстанции</p> <ul style="list-style-type: none"> • Това съгласие е валидно за една година или <input type="checkbox"/> до _____ (дата или събитие). • Мога да отменя или оттегля съгласието си по всяко време в писмена форма, но това няма да се отрази на вече споделената информация. • Разбирам, че документите, споделени съгласно това съгласие, вече не могат да бъдат защитени съгласно законите, приложими за DSHS. • Копие от този формуляр е валидно, за да потвърди моето разрешение за споделяне на документи. 		
ПОДПИС		ДАТА
ПОДПИС НА СВИДЕТЕЛ/НОТАРИУС, АКО Е ПРИЛОЖИМО	ПЕЧАТНО ИМЕ НА СВИДЕТЕЛЯ/НОТАРИУСА	ДАТА
ПОДПИС НА РОДИТЕЛ ИЛИ ДРУГ ПРЕДСТАВИТЕЛ (АКО Е ПРИЛОЖИМО)	ТЕЛЕФОНЕН НОМЕР (ВКЛЮЧИТЕЛНО КОД)	ДАТА
<p>Ако не съм обект на документите, имам право да подпиша, защото съм: (приложете пълномощно)</p> <p><input type="checkbox"/> Родител <input type="checkbox"/> Законен настойник (приложете съдебно решение) <input type="checkbox"/> Правоприемник <input type="checkbox"/> Друг:</p>		

Бележка за получателите на информацията: Ако тези документи съдържат информация за ХИВ, полово предавани болести или СПИН, не можете да разкривате тази информация без изричното разрешение на клиента. Ако сте получили информация, свързана със злоупотреба с наркотици или алкохол от клиента, трябва да включите следното изявление при допълнително разкриване на информация, както се изисква от 42 CFR 2.32:

Тази информация ви е разкрита от документи, защитени от федералните правила за поверителност (42 CFR част 2). Федералните правила ви забраняват да правите по-нататъшно разкриване на тази информация, освен ако по-нататъшното разкриване не е изрично разрешено с писмено съгласие на лицето, за което се отнася или разрешено по друг начин от 42 CFR, част 2. Общо разрешение за предоставяне на медицинска или друга информация НЕ е достатъчно за тази цел. Федералните правила ограничават всяко използване на информацията за криминално разследване или наказателно преследване на всеки пациент, злоупотребяващ с алкохол или наркотици.

Инструкции за попълване на формулярите за съгласие, DSHS 14-012

Използване: Използвайте този формуляр, когато постоянно се нуждаете от съгласие да използвате или споделяте поверителна информация за клиента в рамките на DSHS или за разкриване на тази информация на други агенции, за координиране на услуги или за лечение, плащане или операции на агенция или за други цели, признати от закона.

Попълнете този формуляр по електронен път, ако е възможно. Трябва да попълните **отделен формуляр за всяко лице, включително за децата.**

Части от формуляра:

ИДЕНТИФИКАЦИЯ:

- **Име:** Посочете името на само един клиент във всеки един формуляр. Включете всички предишни имена, които клиентът е използвал при получаване на услугите.
- **Дата на раждане:** Необходима за идентифициране на клиент измежду лица с подобни имена.
- **Идентификационен номер:** Предоставете идентификационен номер на клиента или друг идентификатор, като номер на социална осигуровка (не е задължителен), за да подпомогнете идентифицирането на документите и за проследяване на историята и на получените услуги.
- **Друго:** Включете в това поле всякаква допълнителна информация, която може да помогне за откриването на документи, които могат да включват отдели от DSHS, свързани с услуги, имена на членове на семейството или друга подходяща информация.

СЪГЛАСИЕ (РАЗРЕШЕНИЕ):

- **Причина за разкриването:** Тази информация се изисква, за да може DSHS да сподели данни за наркотици и алкохол или психично здраве. Ако не попълните това поле, DSHS ще отбележи, че причината за разкриването е по Ваше искане.
- **Агенции или лица, които обменят документи:** Този попълнен формуляр позволява: (1) използването и разкриването на поверителна информация в DSHS и в изброените агенции или лица; и (2) разкриването на поверителна информация на DSHS от изброените външни агенции или лица. Можете също така да приложите списък с агенции, на които е разрешено да споделят информация, която клиентът също трябва да подпише.
- **Включена информация:** Клиентите трябва да посочат какви документи са обхванати в съгласието. Клиентите могат да направят достъпни всички документи или да ограничат включените документи по дата, вид или източник. Ако клиент не подпише съгласие или не посочи конкретен документ, то споделянето на този документ все още ще бъде разрешено, ако е разрешено от закона. Можете да прикачите списък с обхванатите документи, които клиентът също трябва да подпише. Ако някои документи включват информация, свързана с психичното здраве (RCW 71.05.620), тестове или лечение за ХИВ/СПИН или ППБ (RCW 70.02.220), или услуги, свързани с наркотици и алкохол (42 CFR 2.31 (a) (5)), клиентът трябва да маркира тези области специално, за да даде разрешение за споделянето на тези документи. Този формуляр не е валиден за включване на бележки, свързани с психотерапия съгласно 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) и трябва да се попълни отделен формуляр, за да се включат тези документи.
- **Продължителност:** Въведете дата на изтичане на съгласието, ако тя е различна от една година. Съгласието ще изтече след една година, освен ако не посочите друга дата.
- **Разбиране:** Уверете се, че клиентът разбира какво разрешение дава и как и защо ще се споделя тази информация. Ако е необходимо, използвайте преведен формуляр и преводач или прочетете формуляра на глас. Ако клиентът се нуждае от повече информация, предоставете допълнително копие на Известието за практиките за поверителност на DSHS или насочете клиента към служителя за публично оповестяване във вашето звено.

ПОДПИСИ:

- **Клиент:** Помолете клиента или детето на възраст за даване на съгласие (13 г. за психично здраве и услуги, свързани с наркотици и алкохол; 14 г. за ХИВ/СПИН и други полово предавани болести; всяка възраст за контрол на раждаемостта и аборти; 18 г. за здравни грижи и други документи) да се подпише в това поле и въведете дата. Клиентът може да отбележи в това поле, че Вие сте свидетел.
- **Свидетел или Нотариус:** Може да е необходим свидетел или нотариус за удостоверяване на самоличността на клиента, ако той не подава този формуляр лично или ако програмата изисква верифициране. Това лице трябва да се подпише и да напише името си.
- **Родител или Друг представител:** Ако клиентът е дете на възраст под възрастта за даване на съгласие, то трябва да се подпише родител или настойник. Ако детето не е на възраст за даване на съгласие за всички споделени документи, то и детето, и родителят трябва да се подпишат. Ако клиентът е обявен за неспособен, настойникът, назначен от съда, трябва да подпише и да предостави копие от заповедта за назначение. Ако някой се подписва в друго качество (включително лице с пълномощно или представител на имот), маркирайте „друго“ и получите копие от законния орган на заповедта. Лицето, което се подписва, трябва да напише дата на подписа и да посочи телефонен номер или информация за контакт.