

个案当事人识别信息		
姓名	出生日期	识别号码
地址	城市	州 邮政编码
电话号码（请包括区域号码）	其他信息	



同意书 Consent

个案当事人须知：如果社会福利服务部(DSHS)能与了解您情况的其它机构合作，将能更有效地帮助您和您的家庭。签署此同意书将表示您允许DSHS及下列机构和人士使用和披露有关您的信息。如果您不签署此同意书，DSHS无法拒绝您的福利，除非需要您的同意来确定资格。如果您不签署此同意书，DSHS仍可能在法律允许的范围内披露有关您的信息。如果您对DSHS如何披露客户机密信息或您的隐私权存有疑问，请咨询DSHS隐私权政策通知函或询问为您提供本同意书的人员。

同意

1. 本人同意在DSHS内使用有关本人的机密信息来为本人规划、提供和协调服务、治疗、付款和福利或用于法律所授权的其他用途。本人还授权DSHS及以下列出的机构、服务提供商或个人使用本人的机密信息，并出于上述目的向彼此披露。各方可通过口头或电子方式，包括邮件或亲自交付共享信息。

披露原因：在DSHS能够披露毒品与酒精戒除治疗或心理健康记录之前，需要此信息。如果您不填写此字段，DSHS将认为披露原因是按照您的请求。

请勾选除DSHS外，此同意书授权的所有其他机构，并确认其名称和地址。

- 医疗保健服务提供商： _____
- 心理健康服务提供商： _____
- 物质使用障碍服务提供商： _____
- 其他DSHS合约提供商： _____
- 住房项目： _____
- 学区或学院： _____
- 教管部： _____
- 就业保障局及其就业服务合作者： _____
- 社会安全局或其他联邦机构： _____
- 参阅随附列表
- 其他： _____

2. 披露原因： 持续接受治疗 法务 个人 其他：

3. 我授权并同意披露以下记录和信息（勾选所有适用项）：

- 我的所有个案当事人记录 附表记录
- 仅限下列记录
 - 家庭、社会与就业经历
 - 治疗或医疗保健计划
 - 付款记录
 - 个人评估
 - 学校、教育和培训
 - 心理健康保健信息（请说明）：
 - 保健信息（请说明）：
 - 其他（请列明）：

个案当事人识别信息		
姓名	出生日期	识别号码
<p>请注意： 如果您的个案当事人记录包括以下任何情况，则您还须填妥此部分内容，以便包括这些记录：</p> <p>本人同意披露以下记录（请勾选所有适用项）：</p> <p><input type="checkbox"/> 心理健康 <input type="checkbox"/> HIV/AIDS和STD的测试结果、诊断或治疗 <input type="checkbox"/> 物质使用障碍</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • 此同意书的有效期为一年或 <input type="checkbox"/> 至_____（日期或事件）。 • 本人可以随时通过书面形式撤销本同意，但这不会影响已经披露的任何信息。 • 本人理解，根据此同意书披露的记录可能不再受适用于DSHS的法律保护。 • 在披露本人许可的记录资料时，此同意书的副本具有同等效力。 		
签名		日期
见证人/公证人之签名（如适用）	见证人/公证人工整填写姓名	日期
家长或其他代表之签名（若适用则请签名）	电话号码（请包括区域号码）	日期
<p>如果本人并非记录所涉及者，本人仍有权签署此同意书，因为我是：（请随附权限证明）</p> <p><input type="checkbox"/> 家长 <input type="checkbox"/> 法定监护人（请附法庭令） <input type="checkbox"/> 个人代表 <input type="checkbox"/> 其他：</p>		

致信息接收者通知书： 若这些记录包括艾滋病病毒感染、性传染病或艾滋病情况，则您不可进一步披露该情况，除非您获得个案当事人的特别许可。如果您已获得相关个案当事人的毒品或酒精滥用情况并将进一步披露该情况，则您必须依据联邦条例法典(CFR)第42条第2.32节规定包括以下声明：

向您披露的此信息取自受联邦信息保密规章（第42条联邦条例法典(CFR)第2部分）保护之记录资料。联邦规章禁止您进一步披露此信息，除非对此信息的进一步披露已获得该信息所涉及人士的明确书面同意，或者属于第42条联邦条例法典(CFR)第2部分所许可的内容。对医疗信息或其它信息披露的一般授权不足以用于此目的。联邦规章禁止将此情况用于对任何酗酒或吸毒患者之犯罪调查或起诉。

DSHS 14-012同意书填写说明

使用方法：如果您需要授权以便持续使用或共享DSHS内的个案当事人的机密信息，或者需要授权将该信息披露给其他机构以协调服务、施行治疗、完成付款或开展机构运营，或将其用于法律允许的其他目的，请使用本表。

如有可能，请通过电子方式填写本表。**每一名个案当事人都需要单独填写一表，包括儿童。**

同意书的各部分：

识别信息：

- **姓名：**每份表格仅可填写一名个案当事人姓名。请包括该位个案当事人接受服务时可能使用过的所有曾用名。
- **出生日期：**需要用于区分您与其他姓名相似的人。
- **识别号：**提供个案当事人识别号或其他识别信息，例如社会安全号码（非必需），以协助识别记录及跟踪历史和获得的服务。
- **其他：**在本框中填入任何有助于查找记录的附加信息，如涉及服务的DSHS、家庭成员姓名或其他相关信息。

同意（授权）：

- **披露原因：**在DSHS能够披露毒品与酒精戒除治疗或心理健康记录之前，需要此信息。如果您不填写此字段，DSHS将认为披露原因是按照您的请求。
- **交换记录的机构或个人：**填妥后的本表将允许：**(1)**在DSHS内部及本表所列机构或人员之间使用和披露机密信息；以及**(2)**由本表所列外部机构或人员向DSHS披露机密信息。您也可以附上一份允许共享信息的机构列表，但须个案当事人签名。
- **信息包括：**个案当事人必须指出同意书中所涵盖的记录。个案当事人可同意透露所有记录，也可以根据日期、类型或记录来源来限制所包括的记录。如果个案当事人没有签署同意书或未指定某条特定的记录，则仍可在法律允许的情况下披露此记录。您可以附加所涵盖的记录的列表，且个案当事人也必须签字。如果任何记录中含有关于心理健康(RCW 71.05.620)、艾滋病毒感染/艾滋病(HIV/AIDS)或性传染病(STD)测试结果或治疗信息(RCW 70.02.220)，或者酒精与毒品戒除治疗服务(42 CFR 2.31(a)(5))，则个案当事人必须具体标明这些条目，以许可披露这些记录。本表不适用于依据45 CFR 164.508(b)(3)(ii)出具的心理治疗记录；您必须单独填写另一份表格以包含这些记录。
- **有效期：**如果本表有效期不为一年，请说明有效期限。除非有效期限另行说明，否则此同意书有效期为一年。
- **确理解：**确保个案当事人理解其授权内容，及披露信息的方法和目的。如果必要，可使用翻译的同意书和口译员或大声读出同意书的内容。如果个案当事人需要更多信息，可额外提供一份DSHS隐私权政策通知函的副本或将个案当事人转介给您部门的公开披露官员。

签名：

- **个案当事人：**如果个案当事人或儿童超过同意书规定的年龄（对于心理健康和毒品与酒精戒除治疗服务，为13岁；对于艾滋病毒感染/艾滋病或其他性传染病，为14岁；对于避孕和堕胎，任何年龄；对于医疗或其他记录，为18岁），则签署此框并插入签名日期。个案当事人可在您当场见证的情况下在此框中划记代签。
- **见证人或公证人：**如果个案当事人未亲自提交本表，或者如果计划要求验证身份，则需要见证人或公证人来验证个案当事人的身份。此人应签名并工整填写其姓名。
- **家长或其他代表：**如果个案当事人的年龄未达到同意书规定的年龄，则家长或监护人必须签字。如果儿童未达到同意书规定的披露所有记录的年龄，则儿童和家长都必须签字。如果个案当事人为法定无民事行为能力者，则必须由法庭指定的监护人签署，并须提交指定监护人的法庭颁令之副本。如果由具有其它代签权限者（包括具有委托代理权者或房产代表）签署此同意书，则请标选“其他”框，并获得一份法定代理权限书的副本。签字人必须写明签字日期并提供电话号码或联系信息。