

Identifikace klienta			
JMÉNO	DATUM NAROZENÍ	IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO	
ADRESA	MĚSTO	STÁT	PSČ
TELEFONNÍ ČÍSLO (VČETNĚ PŘEDVOLBY)	DALŠÍ INFORMACE		



## Souhlas Consent

**Upozornění pro klienty:** Ministerstvo zdravotnictví a sociálních věcí (DSHS) vám může pomoci více, pokud budeme spolupracovat s dalšími úřady a odborníky, kteří znají vás a vaši rodinu. Podpisem tohoto formuláře dáváte DSHS a níže uvedeným úřadům a osobám souhlas s použitím a sdílením důvěrných informací o vás. DSHS vám nemůže odmítnout dávky, pokud tento formulář nepodepíšete, za předpokladu, že váš souhlas není nutný k určení vaší způsobilosti. Pokud tento formulář nepodepíšete, může DSHS i přesto sdílet informace o vás v rozsahu povoleném zákonem. Máte-li dotazy ohledně toho, jak DSHS sdílí důvěrné informace o klientech, nebo ohledně vašich práv na ochranu soukromí, nahlédněte do „Zásad ochrany osobních údajů ministerstva DSHS“ nebo se zeptejte osoby, která vám tento formulář předává.

### Souhlas

1. Souhlasím s použitím důvěrných informací o mé osobě pro potřeby DSHS za účelem plánování, poskytování a koordinace služeb, léčby, plateb a dávek pro mou osobu nebo pro jiné účely povolené zákonem. Současně uděluji DSHS a níže uvedeným úřadům, poskytovatelům nebo osobám svolení k použití mých důvěrných informací a k jejich vzájemnému poskytnutí pro tyto účely. Informace mohou být sdíleny ústně nebo elektronicky, poštou nebo osobně.

**Důvod zpřístupnění: Tyto informace jsou vyžadovány předtím, než může DSHS sdílet záznamy o drogách a alkoholu nebo duševním zdraví. Pokud toto pole nevyplníte, DSHS si uloží záznam, že důvod zpřístupnění je na vaši žádost.**

Zaškrtněte všechny níže uvedené osoby, které budou kromě DSHS zahrnuty do tohoto souhlasu, a uveďte jejich jméno a adresu:

- Poskytovatelé zdravotní péče: \_\_\_\_\_
- Poskytovatelé péče o duševní zdraví: \_\_\_\_\_
- Poskytovatelé služeb v oblasti poruch způsobených užíváním návykových látek: \_\_\_\_\_
- Ostatní smluvní poskytovatelé DSHS: \_\_\_\_\_
- Programy bydlení: \_\_\_\_\_
- Školní obvody nebo vysoké školy: \_\_\_\_\_
- Oddělení nápravných zařízení: \_\_\_\_\_
- Odbor ochrany pracovních příležitostí a jeho partneři v oblasti zaměstnanosti: \_\_\_\_\_
- Správa sociálního zabezpečení nebo jiný federální úřad: \_\_\_\_\_
- Viz příložený seznam
- Jiný: \_\_\_\_\_

2. Důvod zpřístupnění:  Kontinuita péče  Právní  Osobní  Jiný:

3. Uděluji oprávnění a souhlas se sdílením následujících záznamů a informací (zaškrtněte vše, co se týká):

- Všechny záznamy mého klienta  Záznamy v příloženém seznamu.
- Pouze následující záznamy
  - Rodinná, sociální a pracovní historie
  - Plány léčby nebo péče
  - Záznamy o platbách
  - Individuální hodnocení
  - Škola, vzdělání a odborná příprava
  - Informace o péči o duševní zdraví (uveďte):
  - Informace o zdravotní péči (uveďte):
  - Jiné(seznam):

Identifikace klienta		
JMÉNO	DATUM NAROZENÍ	IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO
<p><b>Upozornění: Pokud vaše záznamy o klientovi obsahují některou z následujících informací, musíte vyplnit i tento oddíl a uvést i tyto záznamy.</b></p> <p>Souhlasím se zveřejněním následujících záznamů (zaškrtněte všechny, které platí):</p> <p><input type="checkbox"/> Duševní zdraví      <input type="checkbox"/> Výsledky testů na HIV/AIDS a pohlavně přenosné choroby, diagnóza nebo léčba</p> <p><input type="checkbox"/> Poruchy způsobené užíváním návykových látek</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tento souhlas platí jeden rok nebo <input type="checkbox"/> do _____ (datum nebo událost).</li> <li>• Tento souhlas mohu kdykoli písemně zrušit nebo odvolat, ale to nebude mít vliv na již sdílené informace.</li> <li>• Beru na vědomí, že záznamy sdílené na základě tohoto souhlasu již nemusí být chráněny podle zákonů, které se vztahují na DSHS.</li> <li>• Kopie tohoto formuláře je platná pro udělení mého souhlasu se sdílením záznamů.</li> </ul>		
PODPIS		DATUM
PODPIS SVĚDKA / NOTÁŘE, POKUD JE TŘEBA	JMÉNO SVĚDKA / NOTÁŘE TISKACÍM PÍSMEM	DATUM
PODPIS RODIČE NEBO JINÉHO ZÁSTUPCE (POKUD JE TŘEBA)	TELEFONNÍ ČÍSLO (VČETNĚ PŘEDVOLBY)	DATUM
<p>Pokud nejsem předmětem záznamů, jsem oprávněn podepsat, protože jsem: (přiložte doklad o oprávnění)</p> <p><input type="checkbox"/> Rodič    <input type="checkbox"/> Zákonný zástupce (přiložte soudní rozhodnutí)    <input type="checkbox"/> Osobní zástupce    <input type="checkbox"/> Jiný:</p>		

**Upozornění pro příjemce informací:** Pokud tyto záznamy obsahují informace o HIV, pohlavně přenosných chorobách nebo AIDS, nesmíte tyto informace dále sdělovat bez výslovného souhlasu klienta. Pokud jste od klienta obdrželi informace týkající se zneužívání drog nebo alkoholu, musíte při dalším sdělování informací podle nařízení 42 CFR 2-32 uvést následující prohlášení:

Tyto informace byly zpřístupněny ze záznamů chráněných federálními předpisy o důvěrnosti (42 CFR část 2). Federální předpisy vám zakazují další zpřístupnění těchto informací, pokud další zpřístupnění není výslovně povoleno písemným souhlasem osoby, které se týkají, nebo pokud to není jinak povoleno v části 2 nařízení 42 CFR. K tomuto účelu NESTAČÍ obecné povolení k vydání lékařských nebo jiných informací. Federální předpisy omezují jakékoli použití těchto informací k trestnímu vyšetřování nebo stíhání jakéhokoli pacienta závislého na alkoholu nebo drogách.

## Pokyny k vyplnění Formulářů pro udělení souhlasu, DSHS 14-012

**Použití:** Tento formulář použijte, pokud potřebujete získat souhlas s průběžným používáním nebo sdílením důvěrných informací o klientovi v rámci DSHS nebo s poskytnutím těchto informací jiným úřadům za účelem koordinace služeb nebo léčby, plateb nebo provozu úřadu nebo pro jiné účely uznané zákonem.

Pokud je to možné, vyplňte tento formulář elektronicky. Musíte vyplnit **samostatný formulář pro každou osobu, včetně dětí.**

### Části formuláře:

#### IDENTIFIKACE:

- Jméno: Na každém formuláři uveďte jméno pouze jednoho klienta. Uveďte všechna dřívější jména, která klient při čerpání služeb používal.
- Datum narození: Nezbytné pro identifikaci klienta mezi osobami s podobnými jmény.
- Identifikační číslo: Uveďte identifikační číslo klienta nebo jiný identifikátor, například číslo sociálního pojištění (není povinné), který pomůže při identifikaci záznamů a sledování historie a přijatých služeb.
- Další: Do tohoto pole uveďte jakékoli další informace, které mohou pomoci při vyhledávání záznamů, například služby týkající se DSHS, jména rodinných příslušníků nebo jiné důležité informace.

#### SOUHLAS (AUTORIZACE):

- Důvod zpřístupnění: Tyto informace jsou vyžadovány předtím, než může DSHS sdílet záznamy o drogách a alkoholu nebo duševním zdraví. Pokud toto pole nevyplníte, DSHS si uloží záznam, že důvod zpřístupnění je na vaši žádost.
- Úřady nebo osoby, které si vyměňují záznamy: Tento vyplněný formulář umožňuje: (1) použití a zpřístupnění důvěrných informací uvnitř ministerstva DSHS a uvedených úřadů nebo osob a (2) zpřístupnění důvěrných informací DSHS pro uvedené externí úřady nebo osoby. Můžete také přiložit seznam úřadů, které mohou sdílet informace, který musí rovněž podepsán klientem.
- Obsažené informace: Klienti musí uvést, na které záznamy se souhlas vztahuje. Klienti mohou zpřístupnit všechny záznamy nebo mohou omezit zahrnuté záznamy podle data, typu nebo zdroje záznamu. Pokud klient souhlas nepodepíše nebo neuvede konkrétní záznam, bude sdílení tohoto záznamu přesto povoleno, pokud to zákon umožňuje. Můžete přiložit seznam obsažených záznamů, který musí klient rovněž podepsat. Pokud některé záznamy obsahují informace týkající se duševního zdraví (RCW 71.05.620), testování nebo léčby HIV/AIDS nebo pohlavně přenosných chorob (RCW 70.02.220) nebo drogových a protialkoholních služeb (42 CFR 2.31(a)(5)), musí klient tyto oblasti výslovně označit, aby dal souhlas ke sdílení těchto záznamů. Tento formulář neslouží ke zpřístupnění psychoterapeutických záznamů podle 45 CFR 164.508(b)(3)(ii); pro zahrnutí těchto záznamů je třeba vyplnit samostatný formulář.
- Délka trvání: Uveďte datum ukončení platnosti souhlasu, pokud je jiné než jeden rok. Souhlas vyprší za rok, pokud neurčíte jiné datum.
- Porozumění: Ujistěte se, že klient rozumí tomu, jaké povolení uděluje a jak a proč budou informace sdíleny. V případě potřeby použijte přeložený formulář a tlumočnicka nebo formulář přečtete nahlas. Pokud klient potřebuje více informací, poskytněte mu další kopii „Zásad ochrany osobních údajů ministerstva DSHS“ nebo ho odkažte na pracovníka, který se ve vašem oddělení zabývá zveřejňováním informací.

#### PODPISY:

- Klient: Nechte klienta nebo dítě starší 13 let (13 let pro služby v oblasti duševního zdraví a drog a alkoholu; 14 let pro HIV/AIDS a jiné pohlavně přenosné nemoci; libovolný věk pro antikoncepci a interrupce; 18 let pro zdravotní péči a jiné záznamy) podepsat toto pole a uveďte datum podpisu. Klient může v tomto okénku nahradit podpis značkou, kterou dosvědčíte.
- Svěděk nebo notář: K ověření totožnosti klienta může být zapotřebí svědek nebo notář, pokud klient nepředloží tento formulář osobně nebo pokud program požaduje ověření. Tato osoba by se měla podepsat a uvést své jméno tiskacím písmem.
- Rodič nebo jiný zástupce: Pokud je věk klienta nižší, než věk, který je vyžadován pro podpis souhlasu, musí souhlas podepsat rodič nebo opatrovník. Pokud dítě nesplňuje věkovou hranici pro udělení souhlasu se sdílením všech záznamů, musí se podepsat dítě i rodič. Pokud byl klient prohlášen za nesvéprávného, musí soudem jmenovaný opatrovník podepsat a předložit kopii rozhodnutí o jmenování. Pokud někdo podepisuje v jiném postavení (včetně osoby s plnou mocí nebo zástupce pozůstalosti), označte „jiné“ a pořídte si kopii zákonného zmocnění k jednání. Podepisující osoba musí podpis opatřit datem a uvést telefonní číslo nebo kontaktní údaje.