

સંમતિ

Consent

ક્લાયન્ટને નોટિસ: જેઓ તમને અને તમારા પરિવારને જાણે છે તેવી અન્ય સંસ્થાઓ અને વ્યવસાયિકો સાથે કામ કરવા માટે જો અમે સક્ષમ હોઈએ તો ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ સોશિયલ એન્ડ હેલ્થ સર્વિસિસ (DSHS) તમને વધુ સારી રીતે મદદ કરી શકે છે. આ ફોર્મમાં સહી કરીને તમારા અંગેની ખાનગી માહિતીનો ઉપયોગ કરવા અને વહેંચવા માટે નીચે નોંધેલ સંસ્થાઓ અને વ્યક્તિઓ અને DSHS માટે મંજૂરી આપી રહ્યા છો. જો તમારી સંમતિની તમારી યોગ્યતા નક્કી કરવા માટે જરૂર પડતી ન હોય તો તેવા સંજોગોમાં જો તમે આ ફોર્મમાં સહી નહીં કરો તો DSHS તમારા લાભો આપવા માટે ઇન્કાર કરી શકતી નથી. જો તમે આ ફોર્મમાં સહી ન કરો તો પણ DSHS કાયદા દ્વારા અપાયેલ સીમા સુધી તમારા અંગેની માહિતીનું આદાન-પ્રદાન કરી શકે છે. જો તમને DSHS કેવી રીતે ક્લાયન્ટની ખાનગી માહિતી અથવા તમારા ગુપ્તતાના હક્કોનું આદાન-પ્રદાન કરે છે તે અંગે પ્રશ્નો હોય તો DSHS નોટિસ ઓફ પ્રાઇવેટ પ્રેક્ટિસિસની સલાહ લો અથવા તમને આ ફોર્મ આપનાર વ્યક્તિને પૂછવા વિનંતી.

ક્લાયન્ટની ઓળખ

નામ	જન્મ તારીખ	ઓળખ નંબર
સરનામું	શહેર	રાજ્ય
		ઝીપ કોડ

ટેલિફોન નંબર (ચેરીયા કોડનો સમાવેશ કરો)	અન્ય માહિતી
--	-------------

સંમતિ

મારા માટે સેવાઓનું આયોજન કરવા, પુરી પાડવા અને સંકલન કરવા, મારા માટેના ઉપચાર, ચુકવણીઓ અને ફાયદાઓ માટે અથવા કાયદા દ્વારા માન્ય કરાવેલ અન્ય હેતુઓ માટે DSHS ની અંદરની મારા અંગેની ખાનગી માહિતીઓનો ઉપયોગ કરવા માટે હું સંમતિ આપું છું. હું આવા હેતુઓ માટે પણ મારી ખાનગી માહિતીનો ઉપયોગ કરવા અને એકબીજા સમક્ષ પ્રગટ કરવા માટે નીચે નોંધેલી સંસ્થાઓ, પ્રોવાઇડરો કે વ્યક્તિઓને અને DSHS ને મંજૂરી આપું છું. માહિતીનું આદાન-પ્રદાન શાબ્દિક રીતે અથવા ઇલેક્ટ્રોનિક ટ્રાન્સફર મેઇલ દ્વારા, ટપાલ દ્વારા અથવા હાથોહાથ ડિલિવરી દ્વારા થઈ શકે છે.

DSHS ઉપરાંત આ સંમતિમાં જેમનો સમાવેશ થયો છે તે બધાની સામે નીચે ખરાની નિશાની કરો અને તેમની નામ અને સરનામા વડે ઓળખ આપો:

- હેલ્થકેર પ્રોવાઇડર્સ: _____
- મેન્ટલ હેલ્થ કેર પ્રોવાઇડર્સ: _____
- નશીલા પદાર્થના દુરુપયોગ સંબંધી રોગો માટેના સર્વિસ પ્રોવાઇડરો: _____
- DSHS દ્વારા કોન્ટ્રાક્ટ થયેલ અન્ય પ્રોવાઇડરો: _____
- હાઉસિંગ પ્રોગ્રામો: _____
- સ્કૂલ ડિસ્ટ્રિક્ટ્સ અથવા કોલેજો: _____
- ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ કરેક્શન્સ: _____
- એમ્પ્લોયમેન્ટ સિક્યોરિટી વિભાગ અને તેના રોજગાર સંબંધી ભાગીદારો: _____
- સોશિયલ સિક્યોરિટી એડમિનિસ્ટ્રેશન અથવા બીજી ફેડરલ એજન્સી: _____
- સાથે બીડેલ યાદી જુઓ
- અન્ય: _____

પ્રકટીકરણનું કારણ: સંભાળ ચાલુ રાખવી કાયદાકીય અંગત અન્ય:

હું નીચેના રેકોર્ડ્સ અને માહિતી શેર કરવાની અધિકૃતિ તેમજ સંમતિ આપું છું (જે લાગુ પડતું હોય તે બધાની સામે ખરાની નિશાની કરો)

- મારા બધાં ક્લાયન્ટ રેકોર્ડ્સ જોડેલી યાદીમાંના રેકોર્ડ્સ
- માત્ર નીચેના રેકોર્ડ્સ
 - પારિવારિક, સામાજિક અને રોજગાર સંબંધી ઇતિહાસ
 - ઇલાજ અથવા સંભાળ યોજનાઓ
 - ચુકવણી સંબંધી રેકોર્ડ્સ
 - વ્યક્તિગત મૂલ્યાંકનો
 - સ્કૂલ, શિક્ષણ અને તાલીમ
 - માનસિક આરોગ્ય સંભાળ બાબતની માહિતી (સ્પષ્ટપણે જણાવો):
 - આરોગ્ય સંભાળ બાબતની માહિતી (સ્પષ્ટપણે જણાવો):
 - અન્ય (લાભો):

કૃપા કરી નોંધ લેશો: જો તમારા ક્લાયન્ટ રેકોર્ડ્સમાં આમાંની કોઈપણ માહિતીનો સમાવેશ થતો હશે, તો તમારે આ રેકોર્ડ્સનો સમાવેશ કરવા માટે આ વિભાગ પણ ભરવાનો રહેશે.

હું નીચેના રેકોર્ડ્સ જાહેર કરવા માટે મારી મંજૂરી આપું છું (જે લાગુ પડતા હોય તે બધા સામે ખરાની નિશાની કરો):

- માનસિક આરોગ્ય (મેન્ટલ હેલ્થ) health HIV/AIDS અને STD (જાતીય રોગો)ની તપાસોના પરિણામો, નિદાન અથવા સારવાર
- નશીલા પદાર્થોના સેવન સંબંધી રોગ

- આ સંમતિ એક વર્ષ સુધી અથવા આના _____ (તારીખ અથવા ઘટના) સુધી માન્ય રહેશે.
- હું લેખિતમાં કોઈપણ સમયે આ સંમતિને રદ કરી શકું અથવા પાછી ખેંચી શકું પરંતુ તે બાબત અગાઉ શેર કરી દેવામાં આવેલ કોઈપણ માહિતીને પ્રભાવિત કરશે નહીં.
- હું સમજું છું કે આ સંમતિ હેઠળ શેર કરવામાં આવેલ રેકોર્ડ્સ હવે પછી DSHS ને લાગુ પડે છે તે કાયદાઓ હેઠળ રક્ષિત રહેશે નહીં.
- આ ફોર્મની એક નકલ રેકોર્ડ્સનું આદાન-પ્રદાન કરવા માટે મારી મંજૂરી આપવા માટે માન્ય છે.

સહી		તારીખ
સાક્ષી/નોટરીની સહી, જો લાગુ પડતું હોય	સાક્ષી/ નોટરીનું પ્રિંટ કરેલ નામ	તારીખ
માતા-પિતા કે અન્ય પ્રતિનિધિની સહી (જો લાગુ પડે તો)	ટેલિફોન નંબર (એરીયા કોડનો સમાવેશ કરો)	તારીખ

જો હું રેકોર્ડ્સનો વિષય ન હોઉં તો, હું સહી કરવા માટે હું અધિકૃત છું, કારણ કે હું છું: (અધિકૃતતાનું પ્રમાણ જોડો)

- માતા/પિતા કાયદેસરના વાલી (અદાલતનો હુકમ જોડો) અંગત પ્રતિનિધિ અન્ય:

માહિતીને મેળવનારને નોટિસ: જો આ રેકોર્ડ્સ HIV, STD કે AIDS અંગેની માહિતી ધરાવતા હોય તો તમે ક્લાયન્ટની સ્પષ્ટ પરવાનગી વિના તે માહિતી તમે આગળ જાહેર ન કરી શકો. જો તમે ક્લાયન્ટ દ્વારા દવા અથવા દારૂના દુરુપયોગ સંબંધી માહિતી મેળવી હોય, તો તમારે આ માહિતીને આગળ પ્રગટ કરતી વખતે 42 CFR 2.32 દ્વારા જરૂરી છે તે પ્રમાણે નિમ્નલિખિત કથન સામેલ કરવાનું રહેશે:

આ માહિતી ફેડરલ ગુપ્તતાના નિયમો દ્વારા રક્ષિત રેકોર્ડ્સમાંથી તમારી સમક્ષ પ્રગટ કરવામાં આવેલ છે (42 CFR part 2). જો વધારાના પ્રગટીકરણને જે વ્યક્તિને તે માહિતી લાગુ પડે છે તેમના દ્વારા લેખિત સંમતિ દ્વારા સ્પષ્ટ રીતે મંજૂર કરવામાં આવેલ ન હોય અથવા અન્ય રીતે 42 CFR part 2 દ્વારા માન્ય કરવામાં આવેલ ન હોય તો ફેડરલના નિયમો તમને આ માહિતીની કોઈપણ વધારાની જાહેરાત કરવાની મનાઇ ફરમાવે છે. તબીબી અથવા અન્ય માહિતીના પ્રગટીકરણ માટેની સામાન્ય અધિકૃતિ આ ઉદ્દેશ્ય માટે પૂરતી નથી. કોઈપણ દારૂ કે દવાના દુરુપયોગવાળા દર્દી ઉપર ગુનાહિત તપાસ કરવા માટે કે કાનૂની પગલા લેવા માટે માહિતીના કોઈપણ ઉપયોગને ફેડરલ નિયમો પ્રતિબંધિત કરે છે.

સંમતિ ફોર્મ ભરવા માટેની સૂચનાઓ, DSHS 14-012

ઉપયોગ: જ્યારે DSHS ની અંદર કોઈ ક્લાયન્ટ અંગે ગુપ્ત માહિતીનો ઉપયોગ કરવા કે તેને શેર કરવા માટે અથવા સેવાઓનું સંકલન કરવા માટે અથવા ઉપચાર માટે, યુકવણી કે એજન્સીના કામો માટે અથવા કાયદા દ્વારા માન્યતા પ્રાપ્ત અન્ય હેતુઓ માટે અન્ય સંસ્થાઓ સમક્ષ માહિતી પ્રગટ કરવા જ્યારે તમારે સંમતિની જરૂર પડે ત્યારે આ ફોર્મનો ઉપયોગ કરો.

શક્ય હોય તો આ ફોર્મ ઇલેક્ટ્રોનિક રૂપે ભરો. તમારે બાબકો સહિત દરેક વ્યક્તિ માટે એક જુદું ફોર્મ ભરવાનું રહેશે .

ફોર્મના ભાગો:

ઓળખ:

- **નામ:** દરેક ફોર્મ પર માત્ર એકજ ક્લાયન્ટનું નામ પૂરું પાડો. જ્યારે સેવાઓ મેળવી હોય ત્યારે ક્લાયન્ટ અગાઉ જે નામો રાખ્યા હોય તેવા કોઇપણ અગાઉના નામોનો સમાવેશ કરો.
- **જન્મ તારીખ:** સરખા નામો ધરાવતા વ્યક્તિઓમાંથી ક્લાયન્ટને ઓળખી શકવા માટે જરૂરી.
- **ઓળખ નંબર:** રેકોર્ડને ઓળખી કાઢવામાં અને ઇતિહાસ અને મેળવેલ સેવાઓને શોધવામાં મદદ કરવા માટે એક ક્લાયન્ટ ઓળખ નંબર અથવા અન્ય ઓળખ નંબર જેમ કે સોશિયલ સિક્યોરિટી નંબર (જરૂરી નથી) પૂરો પાડો.
- **અન્ય:** આ બોક્સમાં કોઇપણ એવી વધારાની માહિતીનો સમાવેશ કરો કે જે રેકોર્ડ્સ શોધવામાં મદદ કરી શકે, જેમકે સેવાઓ સાથે સંકળાયેલ DSHS ના ભાગો, પરિવારના સભ્યોના નામ અથવા બીજી સંબંધિત માહિતી.

સંમતિ (અધિકૃતિ):

- **રેકોર્ડ્સની લેવડ-દેવડ કરતી એજન્સીઓ અથવા વ્યક્તિઓ:** આ પૂરું કરેલ ફોર્મ આ શક્ય બનાવે છે: (1) DSHSની અંદર અને યાદીમાં દર્શાવેલ એજન્સીઓ અથવા વ્યક્તિઓ સાથે ગુપ્ત માહિતીનો ઉપયોગ અને પ્રગટીકરણ; અને (2) યાદીમાં ઉલ્લિખિત બહારની એજન્સીઓ અથવા વ્યક્તિઓ દ્વારા DSHS સમક્ષ ગુપ્ત માહિતીનું પ્રગટીકરણ. તમે માહિતી શેર કરવાની જેમને પરવાનગી હોય તેવી એજન્સીઓની એક યાદી પણ જોડી શકો છો, જેના પર પણ ક્લાયન્ટ સહી કરવાની રહેશે.
- **સમાવિષ્ટ માહિતી:** ક્લાયન્ટને સંમતિ દ્વારા કયાં દસ્તાવેજોને આવરી લેવામાં આવેલ છે તે દર્શાવવું જરૂરી છે. ક્લાયન્ટ્સ બધા જ રેકોર્ડ્સ ઉપલબ્ધ કરાવી શકે અથવા રેકોર્ડની તારીખ, પ્રકાર કે સ્ત્રોત વડે સમાવિષ્ટ રેકોર્ડને સીમિત કરી શકે. જો ક્લાયન્ટ સંમતિમાં સહી ન કરે અથવા ખાસ રેકોર્ડનો વિશિષ્ટ રીતે ઉલ્લેખ ન કરે તો તે રેકોર્ડની આપ-લે કે વહેંચણી જો કાયદા દ્વારા મંજૂર કે માન્ય કરાતી હોય તો આવા સંજોગોમાં પણ માન્ય રહેશે. તમે આવરી લેવાયેલ રેકોર્ડ્સ કે જેના પર ક્લાયન્ટે પણ સહી કરવી જરૂરી છે તેવી એક યાદી જોડી શકો છો. જો કોઇ રેકોર્ડ કે જે માનસિક આરોગ્ય (RCW 71.05.620), એચઆઇવી/એઇડ્સ અથવા એસટીડી પરીક્ષણ કે સારવાર (RCW 70.02.220), અથવા ડ્રગ કે દારૂની સેવાઓ (42 CFR 2.31(a)(5)), સાથે સંબંધ ધરાવતી માહિતીનો સમાવેશ કરતા હોય તો આ રેકોર્ડની વહેંચણી કે આદાન-પ્રદાન કરવા માટે મંજૂરી આપવા માટે ક્લાયન્ટે આ ક્ષેત્રોની વિશિષ્ટ રીતે નિશાની દ્વારા નોંધ કરવી જરૂરી છે. આ ફોર્મ 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) હેઠળ સાઇકોથેરેપી નોટ્સ સામેલ કરવા માટે માન્ય નથી; એ રેકોર્ડ્સનો સમાવેશ કરવા માટે એક અલગ ફોર્મ ભરવાનું રહેશે.
- **સમયગાળો:** જો એક વર્ષથી અલગ હોય તો સંમતિનો સમય પૂરો થવાની તારીખનો સમાવેશ કરો. જો તમે કોઈ બીજી તારીખ ન જણાવો તો સંમતિનો સમય એક વર્ષમાં પૂરો થઈ જશે.
- **સમજ:** એ વાતની ખાતરી કરો કે ક્લાયન્ટ એ વાત સમજે છે કે શાની મંજૂરી આપવામાં આવી રહી છે અને કેવી રીતે અને શા માટે માહિતીનું આદાન-પ્રદાન કરવામાં આવશે. જો જરૂર પડે તો, એક ભાષાંતર કરાયેલ ફોર્મના અને ઇન્ટરપ્રિટર કે ટ્રુભાષિયાનો ઉપયોગ કરો અથવા ફોર્મ મોટેથી વાંચો. જો ક્લાયન્ટને વધારે માહિતીની જરૂર પડે તો પ્રાઇવેસી પ્રેક્ટીસીસની DSHS નોટીસની વધારાની એક નકલ તેને પુરી પાડો અથવા ક્લાયન્ટને તમારા એકમ માટેના પબ્લિક ડિસ્ક્લોઝર ઓફિસર પાસે મોકલો

સહીઓ:

- **ક્લાયન્ટ:** આ બોક્સમાં સંમતિની ઉંમર કરતા વધારે ઉંમરના ક્લાયન્ટ કે બાબક પાસે (માનસિક આરોગ્ય અને ડ્રગ તેમજ આલ્કોહોલ સેવાઓ માટે 13 વર્ષ, એચઆઇવી/એઇડ્સ અને અન્ય STD માટે 14 વર્ષ જન્મ નિયંત્રણ અને ગર્ભપાતો માટે કોઇપણ ઉંમર, હેલ્થકેર અને અન્ય રેકોર્ડ્સ માટે 18 વર્ષ) સહી કરાવો અને સહીની તારીખ નાખો. ક્લાયન્ટ આ બોક્સમાં સહીના બદલે એક નિશાની કરી શકે કે જેના તમે સાક્ષી હશો.
- **સાક્ષી અથવા નોટરી:** જો ક્લાયન્ટ આ ફોર્મ રૂબરૂમાં જમા ન કરાવે અથવા જો પ્રોગ્રામ ખરાઈની માંગણી કરે, તો ક્લાયન્ટની ઓળખની ખરાઈ કરવા માટે સાક્ષી અથવા નોટરીની જરૂર પડી શકે. આ વ્યક્તિએ સહી કરીને તેમનું નામ પ્રિંટ કરવાનું રહેશે.
- **માતા-પિતા કે અન્ય પ્રતિનિધિ:** જો ક્લાયન્ટ સંમતિની ઉંમર કરતા ઓછી ઉંમરવાળું બાબક હોય તો માતા-પિતા કે વાલીએ સહી કરવી જરૂરી છે. જો બાબક શેર કરવાના બધા જ રેકોર્ડ્સ માટે સંમતિની ઉંમરની પૂર્તતા કરતો ન હોય તો બાબક અને તેના માતા-પિતા બંનેએ સહી કરવી જરૂરી છે. જો ક્લાયન્ટને કાનૂની રીતે અસક્ષમ કે અસમર્થ જાહેર કરવામાં આવેલ હોય તો અદાલત દ્વારા નિમાયેલ વાલીએ સહી કરવી જરૂરી છે અને નિમણૂકના આદેશની એક નકલ પૂરી પાડવી જરૂરી છે. જો કોઇક વ્યક્તિ અન્ય ક્ષમતામાં સહી કરી રહી હોય તો (જેમાં કુલ મુખ્યત્વારનામુ ધરાવતી વ્યક્તિ કે એસ્ટેટના પ્રતિનિધિનો સમાવેશ થાય છે) "અન્ય" એવી નોંધ કરો અને કાર્ય કરવા માટે કાયદેસરની સત્તાની એક નકલ મેળવો. સહી કરનારી વ્યક્તિએ સહીમાં તારીખ નાખવી જરૂરી છે અને ટેલિફોન નંબર કે સંપર્કની માહિતી આપવી જરૂરી છે.