

क्लायंट की पहचान			
नाम	जन्म तिथि	आइडेंटिफिकेशन नंबर	
पता	शहर	राज्य	ज़िप कोड
टेलीफोन नंबर (एरिया कोड शामिल करें)	अन्य जानकारी		



सहमति Consent

क्लायंट्स को नोटिस: अगर हम उन अन्य एजेन्सियों और पेशेवरों के साथ मिल कर काम कर पाएं जो आपको और आपके परिवार को जानते हैं, तो डिपार्टमेंट ऑफ सोशल एंड हेल्थ सर्विसेस (सामाजिक एवं स्वास्थ्य सेवा विभाग) (DSHS) आपकी बेहतर सहायता कर सकता है। इस फॉर्म पर हस्ताक्षर कर के, आप DSHS और नीचे सूचीबद्ध एजेन्सियों और व्यक्तियों के द्वारा आपके बारे में गोपनीय जानकारी का उपयोग किए जाने और उसे साझा किए जाने के लिए अनुमति प्रदान करते/करती हैं। अगर आप इस फॉर्म पर हस्ताक्षर नहीं करते/करती हैं तो DSHS आपको बेनिफिट्स प्रदान करने से इन्कार नहीं कर सकता, अलावा इसके कि आपकी पात्रता के निर्धारण के लिए सहमति की आवश्यकता हो। अगर आप इस फॉर्म पर हस्ताक्षर नहीं करते/करती हैं, तब भी DSHS कानून द्वारा अनुमत सीमा तक आपके बारे में जानकारी साझा कर सकता है। यदि आपको DSHS किस तरह से क्लायंट की गोपनीय जानकारी साझा करता है इसके बारे में या अपने गोपनीयता संबंधी अधिकारों के बारे में कोई प्रश्न हो, तो कृपया DSHS की गोपनीयता संबंधी नियमों का नोटिस देखें या फिर आपको यह फॉर्म जिसने दिया हो उस व्यक्ति से पूछें।

सहमति

1. मैं DSHS में हो ऐसी मेरे बारे में जानकारी का मेरे लिए सेवाएं, उपचार, भुगतान और बेनिफिट्स की योजना बनाने, वह प्रदान करने और उनका संयोजन करने के लिए उपयोग किये जाने की अनुमति देता/देती हूँ। इससे आगे मैं DSHS और नीचे सूचीबद्ध एजेन्सियों, प्रदाताओं या व्यक्तियों को एकदूसरे के सामने मेरी गोपनीय जानकारी प्रकट करने और इन उद्देश्यों के लिए उसका उपयोग करने की अनुमति देता/देती हूँ। जानकारी मौखिक रूप से या इलेक्ट्रॉनिक रूप से, डाक या हाथोंहाथ दे कर साझा की जा सकती है।

प्रकटन का कारण: DSHS नशीले पदार्थों और शराब या मानसिक स्वास्थ्य संबंधी रिकॉर्ड साझा कर सके इससे पहले यह जानकारी आवश्यक है। अगर आप इस फील्ड को नहीं भरते/भरती हैं, तो DSHS आपकी माँग को प्रकटन के कारण के रूप में नोट करेगा।

कृपया नीचे उन सभी के सामने सही का निशान बनाएं जो DSHS के उपरांत इस अनुमति में शामिल हैं और उनकी नाम और पते से पहचान करें:

- स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता: _____
- मानसिक स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता: _____
- नशीले पदार्थों के दुरुपयोग संबंधी सेवा के प्रदाता: _____
- DSHS के अन्य कॉन्ट्रैक्ट किए गए प्रदाता: _____
- आवासन कार्यक्रम: _____
- स्कूल डिस्ट्रिक्ट्स या कॉलेज: _____
- डिपार्टमेंट ऑफ करेक्शन्स: _____
- एम्प्लॉयमेंट सिक्योरिटी डिपार्टमेंट और उसके रोजगार साझीदार: _____
- सोशल सिक्योरिटी प्रशासन या अन्य संघीय एजेन्सी: _____
- संलग्न सूची देखें
- अन्य: _____

2. प्रकटन का कारण: देखभाल की निरंतरता विधिक निजी अन्य:

3. मैं निम्नलिखित रिकॉर्ड और जानकारी साझा किए जाने के लिए अधिकृति और अनुमति देता/देती हूँ (लागू होने वाले सभी के सामने सही का निशान बनाएं):

- मेरे सभी क्लायंट रिकॉर्ड संलग्न सूची पर रिकॉर्ड
- केवल निम्नलिखित रिकॉर्ड
 - पारिवारिक, सामाजिक और रोजगार संबंधी इतिहास
 - उपचार या देखभाल योजनाएं
 - भुगतान रिकॉर्ड
 - व्यक्तिगत आकलन
 - स्कूल, शिक्षा और प्रशिक्षण
 - मानसिक स्वास्थ्य देखभाल संबंधी जानकारी (स्पष्ट रूप से बताएं):
 - स्वास्थ्य देखभाल संबंधी जानकारी (स्पष्ट रूप से बताएं):
 - अन्य (सूचीबद्ध करें): _____

क्लायंट की पहचान		
नाम	जन्म तिथि	आइडेंटिफिकेशन नंबर
<p>कृपया नोट करें: अगर आपके क्लायंट रिकॉर्ड में इन में से कोई भी जानकारी शामिल हो, तो आपको उन रिकॉर्ड को शामिल करने के लिए इस भाग को पूरा करना होगा।</p> <p>मैं निम्नलिखित रिकॉर्ड प्रकट किए जाने की अपनी अनुमति देता/देती हूँ (लागू होने वाले सभी के सामने सही का निशान बनाएं):</p> <p><input type="checkbox"/> मानसिक स्वास्थ्य <input type="checkbox"/> HIV/AIDS और STD परिक्षण के परिणाम, निदान या उपचार <input type="checkbox"/> नशीले पदार्थों के उपयोग का विकार</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • यह सहमति एक साल के लिए या <input type="checkbox"/> _____ (तिथि या घटना) तक वैध है। • मैं किसी भी समय यह सहमति लिखित रूप में रद्द कर सकता/सकती हूँ या वापस ले सकता/सकती हूँ लेकिन यह पहले ही साझा की जा चुकी किसी भी जानकारी को प्रभावित नहीं करेगा। • मैं समझता/समझती हूँ कि इस अनुमति के तहत साझा किए गए रिकॉर्ड उसके बाद DSHS को लागू होने वाले कानूनों के तहत संरक्षित नहीं रहेगी। • रिकॉर्ड साझा करने के लिए मेरी अनुमति देने के लिए इस फॉर्म की एक प्रति वैध है। 		
हस्ताक्षर	तिथि	
साक्षी / नोटरी के हस्ताक्षर, अगर लागू होता हो	साक्षी / नोटरी का मुद्रित नाम	तिथि
मातापिता या अन्य प्रतिनिधि के हस्ताक्षर (यदि लागू हो तो)	टेलीफोन नंबर (एरिया कोड शामिल करें)	तिथि
<p>यदि मैं रिकॉर्डों का विषय न होऊँ तो मैं हस्ताक्षर करने को अधिकृत हूँ क्योंकि मैं हूँ: (अधिकार का साक्ष्य जोड़ें)</p> <p><input type="checkbox"/> माता - पिता <input type="checkbox"/> कानूनी अभिभावक (अदालत का आदेश संलग्न करें) <input type="checkbox"/> निजी प्रतिनिधि <input type="checkbox"/> अन्य:</p>		

जानकारी प्राप्त करने वालों को नोटिस: यदि इन रिकॉर्ड्स में एचआईवी, यौन संचारित रोगों या एड्स के बारे में जानकारी हो, तो आप उन्हें क्लायंट की विशेष अनुमति के बिना आगे साझा नहीं कर सकते हैं। अगर आपको क्लायंट द्वारा नशीले पदार्थों या शराब के दुरुपयोग की बारे में जानकारी मिली हो, तो आपको 42 CFR 2.32 की आवश्यकतानुसार उस जानकारी को आगे प्रकट करते समय निम्नलिखित कथन शामिल करना होगा:

यह जानकारी आपके सामने फेडरल गोपनीयता नियमों (42 CFR भाग 2) द्वारा संरक्षित रिकॉर्ड्स में से प्रकट की गई है। फेडरल नियम आपके द्वारा इस जानकारी के किसी भी आगे के प्रकटन को प्रतिबंधित करते हैं, अलावा इसके कि इससे आगे प्रकटन की यह जिनके बारे में है उस व्यक्ति की लिखित अनुमति द्वारा स्पष्टतः अनुमत है या फिर अन्यथा 42 CFR भाग 2 द्वारा अनुमत है। चिकित्सकीय या अन्य जानकारी के प्रकटन के लिए सामान्य अधिकृति इस उद्देश्य के लिए पर्याप्त नहीं है। फेडरल नियम किसी भी शराब या नशीले पदार्थों का दुरुपयोग करने वाले मरीज़ के खिलाफ आपराधिक जाँच के लिए इस जानकारी के उपयोग को सीमित करते हैं।

अनुमति फॉर्म (DSHS 14-012) भरने के निर्देश

उपयोग: जब आपको DSHS के भीतर हो ऐसे क्लायंट के बारे में गोपनीय जानकारी का उपयोग करने या उसे साझा करने के लिए सहमति की ज़रूरत हो, या फिर उस जानकारी को सेवाओं के संयोजन के लिए या उपचार, भुगतान या एजेन्सी के प्रचालन या कानून द्वारा स्वीकृत अन्य उद्देश्यों प्रकट करने के लिए अन्य एजेन्सियों के सामने प्रकट करना आवश्यक हो, तब इस फॉर्म का उपयोग करें।

यदि संभव हो, तो इस फॉर्म को इलेक्ट्रॉनिक रूप से भरें। **बच्चों सहित हर व्यक्ति के लिए आपको एक अलग फॉर्म भरना होगा।**

फॉर्म के हिस्से:

पहचान:

- नाम:** प्रत्येक फॉर्म पर केवल एक क्लायंट का नाम प्रदान करें। ऐसे कोई भी पूर्व के नाम शामिल करें जिनका क्लायंट ने सेवाओं को प्राप्त करते समय उपयोग किया हो सकता है।
- जन्म तिथि:** क्लायंट को समान नाम वाले लोगों से पहचानने के लिए आवश्यक।
- आइडेन्टिफिकेशन नंबर:** क्लायंट आइडेन्टिफिकेशन नंबर या सोशल सिक्योरिटी नंबर (आवश्यक नहीं) जैसा कोई अन्य अभिज्ञापक प्रदान करें ताकि रिकॉर्ड की पहचान करने और इतिहास और प्राप्त सेवाओं को ट्रैक करने में आसानी हो।
- अन्य:** इस बॉक्स में ऐसी कोई भी अतिरिक्त जानकारी शामिल करें जो DSHS के सेवाओं में शामिल हिस्सों, परिवार के सदस्यों के नाम या अन्य संबंधित जानकारी जैसे रिकॉर्ड का पता लगाने में मददगार हो।

सहमति (अधिकृति):

- प्रकटन का कारण:** DSHS नशीले पदार्थों और शराब या मानसिक स्वास्थ्य संबंधी रिकॉर्ड साझा कर सके इससे पहले यह जानकारी आवश्यक है। अगर आप इस फील्ड को नहीं भरते/भरती हैं, तो DSHS आपकी माँग को प्रकटन के कारण के रूप में नोट करेगा।
- रिकॉर्ड का आदान-प्रदान करने वाली एजेन्सियाँ या व्यक्ति:** यह भरा हुआ फॉर्म इसकी अनुमति देता है: (1) DSHS के भीतर और सूचीबद्ध एजेन्सियों या व्यक्तियों साथ गोपनीय जानकारी का इस्तेमाल और प्रकटन; और (2) बाहरी एजेन्सियों या सूचीबद्ध व्यक्तियों द्वारा DSHS के सामने गोपनीय जानकारी का प्रकटन। आप एजेन्सियों की एक सूची भी जोड़ सकते/सकती हैं जिन्हें जानकारी साझा करने की अनुमति हो, जिस पर क्लायंट को भी हस्ताक्षर करना होगा।
- शामिल जानकारी:** क्लायंट को यह निर्दिष्ट करना होगा कि अनुमति में क्या शामिल है। क्लायंट सभी रिकॉर्ड उपलब्ध करा सकते हैं या फिर शामिल रिकॉर्ड को तिथि, प्रकार या रिकॉर्ड के स्रोत से मर्यादित कर सकते हैं। अगर क्लायंट सहमति पर हस्ताक्षर न करे या कोई खास रिकॉर्ड निर्दिष्ट न करे तो यदि कानून द्वारा अनुमत हो तो उस रिकॉर्ड को साझा करने की अनुमति दी जाएगी। आप कवर होने वाले रिकॉर्डों की सूची संलग्न कर सकते हैं जिस पर भी क्लायंट को हस्ताक्षर करना होगा। अगर रिकॉर्ड्स में से किसी में मानसिक स्वास्थ्य (RCW 71.05.620), एचआईवी/एड्स या यौन संचारित परीक्षण या उपचार (RCW 70.02.220), या नशीली दवाओं और शराब संबंधी सेवाओं (42 CFR 2.31(a)(5)) के बारे में जानकारी शामिल हो, तो क्लायंट को इन रिकॉर्ड्स को साझा करने के लिए विशेष रूप से इन क्षेत्रों को चिह्नित करना होगा। यह फॉर्म 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) के तहत साइकोथेरेपी नोट्स शामिल करने के लिए वैध नहीं है; उन रिकॉर्ड को शामिल करने के लिए एक अलग फॉर्म भरा जाना चाहिए।
- अवधि:** अगर यह एक साल से अलग हो, तो अनुमति के लिए समाप्त की तिथि शामिल करें। अगर आप किसी अन्य तिथि की पहचान नहीं करते/करती हैं, तो इस अनुमति की अवधि एक साल में समाप्त हो जाएगी।
- समझ:** सुनिश्चित करें कि क्लायंट समझते हैं कि कौनसी अनुमति प्रदान की जा रही है और जानकारी को कैसे और क्यों साझा किया जाएगा। अगर ज़रूरत हो, तो अनुवादित फॉर्म और दुभाषिण का उपयोग करें या फॉर्म पढ़कर सुनाएं। अगर क्लायंट को अधिक जानकारी की ज़रूरत हो, तो DSHS गोपनीयता संबंधी कार्यों का नोटिस की अतिरिक्त प्रदान करें या क्लायंट से अपनी इकाई के सार्वजनिक प्रकटन अधिकारी से मिलने को कहें।

हस्ताक्षर:

- क्लायंट:** क्लायंट या अनुमति की आयु से अधिक के बच्चे (मानसिक स्वास्थ्य और नशीले पदार्थ और शराब संबंधी सेवाओं के लिए 13 वर्ष; एचआईवी/एड्स और अन्य यौन संचारित रोगों के लिए 14 वर्ष; परिवार नियोजन और गर्भपात के लिए कोई भी आयु; स्वास्थ्य देखभाल और अन्य रिकॉर्ड्स के लिए 18 वर्ष) से इस बॉक्स में हस्ताक्षर करवाएं और हस्ताक्षर की तिथि लिखवाएं। क्लायंट इसके बदले इस बॉक्स को चिह्नित कर सकते हैं जिसके आप गवाह होंगे।
- गवाह या नोटरी:** यदि क्लायंट व्यक्तिगत रूप से यह फॉर्म जमा न करवाएं या फिर अगर कोई प्रोग्राम सत्यापन की माँग करता हो, तो क्लायंट की पहचान का सत्यापन करने के लिए गवाह या नोटरी की ज़रूरत हो सकती है। इस व्यक्ति को हस्ताक्षर करके अपना नाम प्रिंट करना चाहिए।
- मातापिता या अन्य प्रतिनिधि:** अगर क्लायंट सहमति की आयु से कम आयु का बच्चा हो, तो मातापिता या अभिभावक को हस्ताक्षर करना होगा। यदि बच्चा सभी रिकॉर्ड साझा करने के लिए सहमति दे पाने की आयु का न हो, तो बच्चे और मातापिता दोनों को हस्ताक्षर करना होगा। अगर क्लायंट को कानूनन अक्षम घोषित किया गया हो, तो अदालत द्वारा नियुक्त अभिभावक को हस्ताक्षर कर के नियुक्ति के आदेश की प्रति प्रदान करनी होगी। अगर कोई किसी अन्य क्षमता में हस्ताक्षर कर रहा हो (मुख्तारनामे वाले व्यक्ति या जागीर के प्रतिनिधि के रूप में सहित), तो "अन्य" चिह्नित करें और कार्रवाई करने के लिए कानूनी अधिकृति की एक प्रति प्राप्त करें। हस्ताक्षर करने वाले व्यक्ति को हस्ताक्षर करने की तिथि डालनी होगी और टेलीफोन नंबर और संपर्क जानकारी प्रदान करनी होगी।