

सहमति Consent

सेवाग्राहीहरूलाई सूचना: हामी तपाईं र तपाईंको परिवारका बारेमा थाहा भएका अन्य एजेन्सी र पेशेवरहरूसँग काम गर्न सक्षम भएमा सामाजिक तथा स्वास्थ्य सेवा विभाग (DSHS) ले तपाईंलाई राम्रोसँग मद्दत गर्न सक्छ। यस फाराममा हस्ताक्षर गरेर, तपाईंले आफ्नो बारेमा गोपनीय जानकारी प्रयोग गर्न र साझा गर्न तल सूचीबद्ध गरिएका DSHS र एजेन्सी र व्यक्तिहरूका लागि अनुमति दिनुहुन्छ। तपाईंले लाभहरूको योग्यता निर्धारण गर्नका लागि तपाईंको अधिकार प्रदान आवश्यक नहुँदासम्म यस फाराममा हस्ताक्षर गर्नुहुन्न भने DSHS ले तपाईंका लाभहरूलाई अस्वीकार गर्न सक्दैन। तपाईंले यो फाराम हस्ताक्षर नगरेमा, DSHS ले अझैपनि कानूनद्वारा अनुमति दिइएको हदसम्म तपाईंका बारेमा जानकारी साझा गर्न सक्छ। तपाईंसँग DSHS ले सेवाग्राहीको गोपनीय जानकारी वा तपाईंको गोपनीयता अधिकारहरू कसरी साझा गर्छ भनी प्रश्न भएमा, कृपया गोपनीयता अभ्यासहरूको DSHS सूचनासँग परामर्श लिनुहोस् वा तपाईंलाई यो फाराम दिनेलाई सोध्नुहोस्।

सेवाग्राही पहिचान

नाम	जन्म मिति	पहिचान नम्बर	
ठेगाना	सहर	राज्य	जिप कोड
टेलिफोन नम्बर (क्षेत्र कोडसहित)	अन्य जानकारी		

सहमति

मैले कानूनद्वारा अधिकार प्राप्त मेरा लागि वा अन्य उद्देश्यहरूका लागि सेवा, उपचार, भुक्तानी र लाभहरूको योजना बनाउन, उपलब्ध गराउन र समायोजन गर्नका लागि DSHS मा मेरा बारेमा गोपनीय जानकारी प्रयोग गर्न सहमति दिएको छु। मैले मेरो गोपनीय जानकारी प्रयोग गर्न र यी उद्देश्यहरूका लागि एक अर्कासँग खुलासा गर्न DSHS र तल सूचीबद्ध गरिएका एजेन्सी, प्रदायक वा व्यक्तिहरूलाई अनुमति प्रदान गरेको छु। जानकारी मौखिक रूपमा वा विद्युतीय रूपमा, मेलद्वारा वा गरेर साझा गरिएको हुन सक्छ।

कृपया DSHS को अतिरिक्तमा यस सहमतिमा समावेश भएका सबै व्यक्तिको नाममा सही चिन्ह लगाउनुहोस् र नाम र ठेगानाद्वारा तिनीहरूको पहिचान गर्नुहोस्:

- स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकहरू: _____
- मानसिक स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकहरू: _____
- पदार्थ प्रयोगका विकार सेवा प्रदायकहरू: _____
- अन्य DSHS सम्झौता गरिएको प्रदायकहरू: _____
- हाउजिङ कार्यक्रमहरू: _____
- स्कूल डिस्ट्रिक्ट वा कलेजहरू: _____
- सुधार विभाग: _____
- रोजगार सुरक्षा विभाग र यस रोजगारको साझेदारहरू: _____
- सामाजिक सुरक्षा वा अन्य संघीय एजेन्सी: _____
- संलग्न गरिएको सूची हेर्नुहोस्
- अन्य: _____

खुलासा गर्नुपर्ने कारण: स्याहारको पूरक कानुनी व्यक्तिगत अन्य:

मैले निम्न रिकर्ड र जानकारी साझा गर्न अधिकार र सहमति दिएको छु (लागू हुने सबैलाई चिन्ह लगाउनुहोस्):

- मेरो सबै सेवाग्राहीको रिकर्डहरू संलग्न गरिएको सूचीमा रिकर्डहरू
- निम्न रिकर्डहरूमा मात्र
 - परिवार, सामाजिक र रोजगार इतिहास
 - उपचार र स्याहार योजनाहरू
 - भुक्तानी रिकर्डहरू
 - व्यक्तिगत मूल्याङ्कनहरू
 - विद्यालय, शिक्षा र प्रशिक्षण
 - मानसिक स्वास्थ्य स्याहारसम्बन्धी जानकारी (उल्लेख गर्नुहोस्):
 - स्वास्थ्य स्याहारसम्बन्धी जानकारी (उल्लेख गर्नुहोस्):
 - अन्य (सूची):

कृपया नोट गर्नुहोस्: यदि तपाईंको सेवाग्राहीको रेकर्डहरूमा निम्नमध्ये कुनै पनि जानकारी समावेश भएमा, तपाईंले यी रेकर्डहरू समावेश गर्नका लागि यो खण्ड पूरा गर्नुपर्छ।

म निम्न रेकर्डहरू खुलासा गर्ने मेरो अनुमति दिन्छु (लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्):

मानसिक स्वास्थ्य HIV/AIDS र STD जाँच नतिजा, निदान वा उपचार पदार्थ प्रयोगका विकारहरू

- यो सहमति _____ (मिति वा कार्यक्रम) नहुँदासम्म एक वर्ष वा का लागि मान्य छ।
- मैले कुनै पनि समय लिखित रूपमा मेरो अनुमति खारेज गर्न वा फिर्ता लिन सक्छु, तर त्यसले पहिल्यै साझा गरिएका कुनै पनि जानकारीलाई प्रभाव पार्ने छैन।
- म यो अनुमति अन्तर्गत साझा गरिएका रेकर्डहरू अबदेखि DSHS मा लागू हुने कानूनहरू अन्तर्गत सुरक्षित हुन सक्छन् भनी बुझ्दछु।
- यस फारामको प्रतिलिपि रेकर्डहरू साझा गर्न मेरो अनुमति दिनका लागि मान्य छ।

हस्ताक्षर		मिति
साक्षी / नोटेरी हस्ताक्षर, यदि लागूयोग्य भएमा	साक्षी / नोटेरीको लेखिएको नाम	मिति
आमाबुवा वा अन्य प्रतिनिधिको हस्ताक्षर (यदि लागूयोग्य भएमा)	टेलिफोन नम्बर (क्षेत्र कोडसहित)	मिति

यदि म रेकर्डहरूसँग सम्बन्धित व्यक्ति होइन भने, मैले हस्ताक्षर गर्न अधिकार प्रदान गर्दछु किनभने म: (अधिकारको प्रमाण संलग्न गर्नुहोस्)

आमाबुवा कानुनी अभिभावक (अदालतको आदेश संलग्न गर्नुहोस्) व्यक्तिगत प्रतिनिधि अन्य:

जानकारी प्राप्तकर्ताहरूको सूचना: यी रेकर्डहरूमा HIV, STD वा AIDS का बारेमा जानकारी भएमा, तपाईं सेवाग्राहीको विशेष अनुमतिविना उक्त जानकारीबारे थप खुलासा गर्न सक्नुहुन्न। यदि तपाईंले सेवाग्राहीद्वारा औषधि वा मदिरा दुर्व्यसन सम्बन्धित जानकारी प्राप्त गर्नुभएको छ भने, 42 CFR 2.32 द्वारा आवश्यक भएनुसार थप जानकारी खुलासा गर्दा तपाईंले निम्नलिखित कथन समावेश गर्नुपर्छ:

यो जानकारी तपाईंलाई संघीय गोपनीयता नियमहरू (42 CFR भाग 2) का सुरक्षित रेकर्डहरूबाट खुलासा गरिएको छ। यो जानकारीसँग सम्बन्धित रहेको व्यक्तिलाई थप खुलासा गर्न व्यक्त रूपमा अनुमति दिइएको छ वा अन्यथा 42 CFR part 2 द्वारा स्वीकृति दिएको बाहेकमा अन्य जानकारी खुलासा गर्नको लागि तपाईंलाई संघीय नियमहरूबाट निषेधित गर्छ। चिकित्सा वा अन्य जानकारी खुलासा गर्नको लागि सामान्य अधिकार-प्रदान यो प्रयोजनको लागि पर्याप्त छैन। संघीय नियमले कुनै पनि मादक पदार्थ वा लागु पदार्थ दुर्व्यसनको बिरामीबारे आपाराधिक छानबिन गर्न वा अभियोग लगाउनमा कुनै पनि जानकारीहरूको प्रयोग गर्न प्रतिबन्धित गर्छ।

सहमति फारामहरू पूरा गर्ने निर्देशनहरू, DSHS 14-012

प्रयोग गर्नुहोस्: तपाईंलाई DSHS भित्रका सेवाग्राहीका बारेमा निरन्तर आधारमा गोपनीय जानकारी प्रयोग वा साझा गर्न वा सेवाहरू समन्वय गर्नका लागि अन्य एजेन्सीहरूलाई उक्त जानकारी खुलासा गर्न वा उपचार, भुक्तानी वा एजेन्सीका कार्यहरूका लागि वा कानूनद्वारा पहिचान गरिएनुसार अन्य उद्देश्यहरूका लागि सहमति आवश्यक हुँदा यो फाराम प्रयोग गर्नुहोस्।

सम्भव भएसम्म यो फाराम विद्युतीय माध्यमबाट भर्नुहोस्। तपाईंले बालबालिका सहित प्रत्येक व्यक्तिका लागि छुट्टै फाराम पूरा गर्नुपर्छ।

फारामको भाग:

पहिचान:

- नाम:** प्रत्येक फाराममा एकजना सेवाग्राहीको मात्र नाम उपलब्ध गराउनुहोस्। सेवाहरू प्राप्त गर्दा सेवाग्राहीले प्रयोग गर्न सक्ने कुनै पनि औपचारिक नामहरू समावेश गर्नुहोस्।
- जन्म मिति:** एउटै नाम भएको व्यक्तिहरूबाट सेवाग्राहीलाई पहिचान गर्न आवश्यक भएको।
- पहिचान नम्बर:** रेकर्डहरू पहिचान गर्न र इतिहास तथा प्राप्त गरेका सेवाहरू पत्ता लगाउनमा सहायता गर्ने सामाजिक सुरक्षा नम्बर (आवश्यक नभएको) जस्ता सेवाग्राही पहिचान नम्बर वा अन्य परिचय नम्बर उपलब्ध गराउनुहोस्।
- अन्य:** सेवाहरूका साथ संलग्न भएका DSHS, पारिवारिक सदस्यहरूको नाम वा अन्य सान्दर्भिक जानकारी जस्ता रेकर्डहरू पत्ता लगाउन मद्दत गर्न सक्ने कुनै पनि थप जानकारी यो बाकसमा समावेश गर्नुपर्छ।

सहमति (अनुमोदन):

- रेकर्डहरू वितरण गर्ने एजेन्सी वा व्यक्तिहरू:** यो पूरा गरिएको फारामले निम्न गर्ने अनुमति दिन्छ: (1) DSHS भित्र र सूचीबद्ध गरिएका एजेन्सी वा व्यक्तिहरूका साथ गोपनीय जानकारीको प्रयोग र खुलासा गर्ने; र (2) सूचीबद्ध गरीएका बाहिरी एजेन्सी वा व्यक्तिहरूद्वारा DSHS मा गोपनीय जानकारीको खुलासा गर्ने। तपाईंले जानकारी साझा गर्न अनुमति दिइएको एजेन्सीहरूको सूची पनि संलग्न गर्न सक्नुहुन्छ, जसमा सेवाग्राहीले हस्ताक्षर पनि गर्नुपर्छ।
- समावेश गरिएको जानकारी:** सेवाग्राहीले सहमति अनुसार के-के रेकर्डहरू समावेश गरिएका छन् बताउनुपर्छ। सेवाग्राहीले सबै रेकर्डहरू उपलब्ध गराउन सक्नुहुन्छ वा रेकर्डको मिति, प्रकार वा स्रोत अनुसार समावेश गरिएका रेकर्डहरू सीमित गर्न सक्नुहुन्छ। सेवाग्राहीले सहमतिमा हस्ताक्षर नगरेमा वा विस्तृत रेकर्ड उल्लेख नगरेमा, कानूनद्वारा अनुमति दिइएको भएमा त्यो रेकर्ड साझा गर्न अझैपनि अनुमति दिइने छ। तपाईं समाविष्ट गरिएको रेकर्डहरूको सूची संलग्न हुन सक्छ जुन सेवाग्राहीले पनि हस्ताक्षर गर्नुपर्छ। कुनै पनि रेकर्डहरूमा मानसिक स्वास्थ्य (RCW 71.05.620), HIV/AIDS वा STD परीक्षण वा उपचार (RCW 70.02.220) वा लागूपदार्थ वा मद्यपानसम्बन्धी सेवाहरू (42 CFR 2.31(a)(5)) सँग सम्बन्धित जानकारी समावेश गरिमा, ग्राहकले यी रेकर्डहरू साझा गर्ने अनुमति दिनका लागि विशेष रूपमा यी क्षेत्रहरूमा चिन्ह लगाउनुपर्छ। यो फाराम 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) अन्तर्गत मनोचिकित्सासम्बन्धी नोटहरू समावेश गर्न मान्य छैन; ती रेकर्डहरू समावेश गर्नका लागि छुट्टै फाराम पूरा गरिनुपर्छ।
- अवधि:** एक वर्षभन्दा बढीको फरक भएमा, सहमतिका लागि निकास मिति समावेश गर्नुहोस्। तपाईंले फरक मिति पहिचान नगरेसम्म सहमति एक वर्षमा समाप्त हुने छ।
- बुझाइ:** ग्राहकले के अनुमति प्रदान गरिँदै छ र जानकारी कसरी र किन साझा गरिने छ भन्ने कुरा बुझ्नुहुन्छ भनी सुनिश्चित गर्नुहोस्। आवश्यक भएमा, अनुवाद गरिएको फाराम र दोभाषेको प्रयोग गर्नुहोस् वा फाराम ठूलो आवाजमा पढ्नुहोस्। सेवाग्राहीलाई थप जानकारी आवश्यक भएमा, गोपनीयता अभ्यासहरूको DSHS सूचनाको अतिरिक्त प्रतिलिपि उपलब्ध गराउनुहोस् वा तपाईंको एकाइका लागि सार्वजनिक खुलासा अधिकारीसँग सेवाग्राहीको सिफारिस गर्नुहोस्।

हस्ताक्षर:

- सेवाग्राही:** सहमतिको उमेरभन्दा बढी उमेर भएको ग्राहक वा बच्चालाई (मानसिक स्वास्थ्य र लागूपदार्थ तथा मदिरा सेवाहरूका लागि 13; HIV/AIDS र अन्य STD हरूका लागि 14; जन्म नियन्त्रण र गर्भपतनहरूका लागि कुनै पनि उमेर; स्वास्थ्य स्याहार र अन्य रेकर्डहरूका लागि 18) यो बाकसमा हस्ताक्षर गरी हस्ताक्षर गरेको मिति लेख्न लगाउनुहोस्। ग्राहकले तपाईं साक्षी भएको यो बाकसमा चिन्ह प्रतिस्थापन गर्न सक्नुहुन्छ।
- साक्षी वा नोटरी:** ग्राहकले यो फाराम व्यक्तिगत रूपमा पेश नगरेमा वा कार्यक्रमले प्रमाणिकरण अनुरोध गरेमा ग्राहकको पहिचान प्रमाणीकरण गर्नका लागि साक्षी वा नोटरी आवश्यक हुन सक्छ। यो व्यक्तिले आफ्नो नाम हस्ताक्षर गरी प्रिन्ट गर्नुपर्छ।
- आमाबुवा वा अन्य प्रतिनिधि:** ग्राहक सहमतिको उमेरभन्दा कम उमेरको भएमा, आमाबुवा वा अभिभावकले हस्ताक्षर गर्नुपर्छ। बच्चाले सबै रेकर्ड साझा गर्नका लागि सहमतिको उमेर पूरा नगरेमा, बच्चा र आमाबुवा दुवैले हस्ताक्षर गर्नुपर्छ। ग्राहकलाई कानुनी रूपमा अयोग्य भएको घोषणा गरिएको छ भने, अदालतले नियुक्त गरेको अभिभावकले नियुक्त आदेशको प्रतिलिपि हस्ताक्षर गरी उपलब्ध गराउनुपर्छ। कसैले अर्को क्षमता (वकील वा अदालतले नियुक्त गरेको प्रतिनिधिको शक्ति भएको व्यक्तिसहित) मा हस्ताक्षर गर्दै हुनुहुन्छ भने, "अन्य" मा चिन्ह लगाउनुहोस् र कार्य गर्नका लागि कानुनी अधिकारीको प्रतिलिपि प्राप्त गर्नुहोस्। हस्ताक्षर गर्ने व्यक्तिले हस्ताक्षर मिति लेख्नुपर्छ र टेलिफोन नम्बर वा सम्पर्क जानकारी दिनुपर्छ।