

## رضایت Consent

**مشترکینو ته خبرتیا:** د ټولنیزو او روغتیایي خدمتو څانګه (DSHS) کولی شي چې ستاسې په ښه ډول مرسته وکړي که چیرې مور د هغه نورو اژانسو او مسلکيانو سره د کار کولو وړتیا ولرو کوم چې تاسې او ستاسې خاندان پېژني. د دې فورمې لاسلیک کولو له لارې تاسې DSHS او هغه اژانسو او وګړو ته پرېښلنه ورکوي کوم چې لاندې نوملړ کې ورکړل شوي دي چې ستاسې په اړه سرې مالومات وکاروي او نورو سره یې شریک کړي. DSHS نشي کولی چې تاسې ته له ګټو درکولو څخه انکار وکړي که چیرې تاسې دا فورمه لاسلیک نه کړئ ترڅو ستاسې د وړتیا مالومولو لپاره ستاسې رضایت اړین وي. که چیرې تاسې دا فورمه لاسلیک نه کړئ، DSHS بیا هم باید کولی شي ستاسې په اړه تر هغه حده مالومات شریک کړي د کوم چې قانون پرېښلنه ورکوي. که چیرې تاسې په دې اړه کومې پوښتنې لرئ چې DSHS څرنگه د موکل سره سرې مالومات یا ستاسې د ستر حقوق شریکوي، نو مهرباني وکړئ د DSHS د ستر تمریناتو خبرتیا سره سلا وکړئ یا له هغه چا پوښتنه وکړئ چې دا فورمه تاسې ته درکوي.

د مشتری پېژندګلو		
د پېژندګلو شمېره	د زېږد نېټه	نامه
زیب شفر	ایالت	ښار
تېلفوني شمېره (د سیمې شفر ورسره ولیکئ)		نور مالومات

**رضایت**

زه په DSHS کې دننه د خپل ځان په اړه د سرې مالوماتو کارولو رضایت لرم چې زما لپاره خدمتونه، تداوی، تادیبې، او ګټې طرحه کړي، وړاندې کړي، او منسجم کړي یا د نورو موخو لپاره د کومو چې په قانون کې پرېښلنه ورکړل شوي وي. سربېره پر دې زه DSHS او لاندې په نوملړ کې ورکړل شويو اژانسو، وړاندې کوونکو، یا تنانو ته دا پرېښلنه ورکوم چې زما سرې مالومات وکاروي او د دغې موخو لپاره یې یو بل ته څرګند کړي. دا مالومات په زباني توګه یا په الکترونیکي ډول انتقالېدای شي، برېښنالیک کې لېږل کېدای شي، یا په لاسي توګه ورکول کېدای شي.

مهرباني وکړئ لاندې هغه واره انتخاب کړئ کوم چې په دې رضایت کې شامل دی برسېره پر DSHS او په نامه او ادرس یې پېژندګلو وکړئ:

روغتیایي پاملرنه وړاندې کوونکي:

ذهنی روغتیایي پاملرنه وړاندې کوونکي:

د موادو کارولو د ګډوډۍ خدمت وړاندې کوونکي:

د DSHS نور قراردادي وړاندې کوونکي:

د کور ورکولو پروګرام:

د ښوونځای ناحیې یا پوهنځایونه:

د سمونو څانګه:

د استخدام د امنیت څانګه او د دې د استخدام ونډه وال:

د ټولنیز امنیت اداره یا بل کوم فیدرالي اژانس:

دې سره ورکړل شوی نوملړ وګورئ

بل کوم:

د نشر لامل:  د مراقبت دوام  حقوقي  شخصي  نور:

زه لاندې ورکړل شويو یادښتونو او مالوماتو شریکولو لپاره پرېښلنه ورکوم او رضایت لرم (هغه واره انتخاب کړئ چې اړوند وي):

زما د موکل ټول یادښتونه  پر ورکړل شوي نوملړ یادښتونه

یوازې دا لاندې ورکړل شوي یادښتونه

خانداني، ټولنیز او د استخدام تاریخ

د تداوی یا پاملرنې پلانونه

د تادیب یادښتونه

انفرادي ارزونې

ښوونځای، زده کړه، او روزنه

د رواني روغتیا د مراقبت معلومات (مشخص یې کړئ):

د روغتیا معلومات (مشخص یې کړئ):

بل (نوملړ):

مهرباني وکړئ پام وکړئ: که چیرې ستاسې د موکل په یادداښتو کې په لاندې ورکړل شویو مالوماتو کې کوم شامل وي، نو تاسې باید د دغه یادداښتو شاملولو لپاره دا برخه هر ورو مرو بشپړ کړئ.

زه د لاندې ورکړل شویو یادداښتو په ډاگه کولو لپاره خپله پرېښله ورکوم (هغه واره انتخاب کړئ چې اړوند وي):

ذهني روغتیا  HIV/AIDS او د STD ازموینې پایلې، تشخیص، یا تداوی  د موادو کارونې گډوډي

- دا رضایت د یو کال لپاره یا  تر \_\_\_\_\_ پورې د اعتبار وړ دی (نېټه یا پېښه).

- زه کولی شم چې څه وخت هم په لیکلې بڼه کې دا رضایت لغو کړم یا یې بیرته واخلم، خو دغه باید په هغه مالوماتو اغېز ونکړي کوم چې له مخه شریک کړل شوي دي.

- زه پوهېږم چې د دې رضایت ترمخه شریک کړل شوي مالومات باید د هغه قانونو ترمخه نور خوندي نه وي کوم چې د DSHS سره اړوند وي.

- د دې فورمې یوه کاپي قانوني ده د دې لپاره چې د یادداښتو شریکولو لپاره زما پرېښله ورکړي.

لاسلیک	نېټه
شاهد / لیکونکی لاسلیک وکړئ او نامه چاپ کړئ، که چرې اړوند وي	شاهد / لیکونکی لاسلیک که چرې اړوند وي
تېلفوني شمېره (د سیمې شفر ورسره شامل کړئ)	د والدینو یا د بل کوم نماینده لاسلیک (که چیرې اړوند وي)

که چیرې زه د دې یادداښتو فاعل نه یم، زه د لاسلیک کولو پرېښله لرم ځکه چې زه یم: (د واکمنۍ ثبوت ورسره شامل کړئ)

والدین  قانوني پاملرنه کوونکی (د محکمې امر ورسره شامل کړئ)  شخصي نماینده  بل کوم:

د مالوماتو تر لاسه کوونکي ته خبرتیا: که چیرې دا یادداښتونه د HIV، STDs، یا AIDS په اړه کوم مالومات لري، تاسې باید د موکل د تخصیصي پرېښله پرته دغه مالومات وړاندې څرگند نه کړئ. که چیرې تاسې د موکل د موخدره موادو یا د الکولو د ناوړه کارونې مالومات تر لاسه کړي وي، نو د 42 CFR 2.32 ترمخه تاسې باید هر ورو مرو دا لاندې ورکړل شوی بیان شامل کړئ کله چې وړاندې مالومات څرگندوئ:

دا مالومات تاسې ته له هغه یادداښتو څرگند کړل شوي دي کوم چې د فیدرالي اعتمادیت قاعدو (42 CFR برخه 2) ترمخه خوندي دي. فیدرالي قاعدې تاسې د دې مالوماتو له وړاندې څرگندولو څخه منع کوي ترڅو د وړاندې څرگندونې پرېښله په ښکاره توگه د هغه تن د لیکل شوي رضایت له لارې شوي وي د چا سره چې دا تړاو لري یا د 42 CFR برخه 2 ترمخه پرېښله تر لاسه وي. د رسنیو یا بل رقم مالوماتو په ډاگه کولو لپاره روغتیايي عمومي پرېښله د دې موخې لپاره بسیا نه ده. فیدرالي قاعدې د الکولو یا موخدره موادو ناوړه کارونکي ناروغ جنایي پلټنې کولو یا ځورولو لپاره د دې مالوماتو کومې کارونې مخنیوی کوي.

## د رضایت فورمی بشپړولو لپاره لارښوونې، DSHS 14-012

**استفاده:** دا فورمه وکاروئ کله چې تاسې په DSHS کې دننه د کوم مشتري په اړه د اعتمادي مالوماتو په دوامداره توګه کارولو لپاره رضایت ته اړتیا لرئ یا دغه مالوماتو نورو اژانسو ته د خدمتو انسجامولو یا تداوی، تادیبې یا د اژانس د فعالیت لپاره شریکوئ یا د نورو موخو لپاره چې د قانون تر مخه منل شوي وي.

که امکان وي دا فورمه د اسانتیا لپاره په الیکټرونیکي توګه ډکه کړئ. په ګډون د کوچنیانو، هر تن لپاره باید بشپړه فورمه بشپړ کړل شي.

### د فورمی برخې:

#### پېژندنه:

- **نامه:** په هره فورمه یوازې د یو موکل نامه وړاندې کوی. هغه پخوانی نامې پکې شامل کړئ کومې چې موکل د خدمتو تر لاسه کولو پرمهال باید کارولې وي.
- **د زېږد نېټه:** له هغه تاننو څخه د موکل د پېژندلو لپاره اړینه ده چې ورته نامې لري.
- **د پېژندنې شمېره:** د موکل د پېژندنې یوه شمېره یا بل کوم پېژندونکی وړاندې کړئ لکه د ټولنیز امنیت شمېره (اړینه نه ده) د دې لپاره چې د یادابنتو په پېژندو او د تاریخ او تر لاسه شویو خدمتو په منډ اخیستلو کې مرسته وکړي.
- **نور:** په دې بوکسه کې هغه اضافي مالومات شامل کړئ کوم چې د هغه مالوماتو په درک کولو کې باید مرسته وکړي کوم چې باید شاملې وي لکه د DSHS داسې برخې چې په خدمتو کې بوخت وي، د کورنۍ د غړیو نامې، یا نور کوم اړوند مالومات.

#### رضایت (پرېښه):

- **اژانسونه یا تتان چې یادابنتونه لېښوي:** د موکل له خوا د دې فورمی بشپړول په ګرد DSHS کې دننه (1) د DSHS د ننه او نورو لست شویو اداراتو او افرادو له خوا د محرمو معلوماتو نشرول اود اعتمادي مالوماتو کارونې او شریکونې پرېښه ورکوي (2) DSHS باید د دې وړتیا ولري چې په نوملړ کې له ورکړل شویو بهرنیو اژانسو یا تتانو ته اعتمادي مالومات څرګند کړي یا له هغوي تر لاسه کړي. تاسې باید د هغه اژانسو یو نوملړ ورسره شامل کړئ کوم چې د هغه مالوماتو شریکولو پرېښه لري چې موکل یې باید هر ورو هم لاسلیک کړي.
- **شامل کړل شوي مالومات:** موکلان باید دا ښکاره کړي چې کوم یادابنتونه د رضایت تر مخه شامل دي. موکلان باید ټول یادابنتونه وړاندې کړي یا شامل کړل شوي یادابنتونه د یادابنت د نېټې، ډول یا زېرمې تر مخه محدود کړي. که چېرې یو موکل کوم رضایت لاسلیک نه کړي یا کوم ځانګړی یادابنت تشخیص نه کړي، د دغه یادابنت شریکول به بیا هم جایز وي که د قانون له مخه پرېښه ورکړل شوي وي. تاسې کولی شئ چې د شامل کړل شویو یادابنتو یو نوملړ ورکړئ کوم چې باید موکل هر ورو لاسلیک کړي. که چېرې کوم یادابنت کې د ذهني روغتیا (RCW 71.05.620)، HIV/AIDS یا د STD د ازموینې یا تداوی (RCW 70.02.220)، یا د موخدره موادو او الکولو د خدمتو ((5)(a) 42 CFR 2.31) په اړه کوم مالومات شامل وي، نو موکل باید دغه ساحې په ځانګړي ډول په نښه کړي د دې لپاره چې د دغه یادابنتو د شریکولو لپاره پرېښه ورکړي. دا فورمه د 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) تر مخه قانوني نه ده چې د عصبي ناروغۍ یادونې شامل کړي او د دغه یادابنتو شاملولو لپاره باید هر ورو یوه جلا فورمه بشپړ کړل شي.
- **موده:** که چېرې له یو کال څخه توپیر ولري، د رضایت لپاره د خلاصېدنې یوه نېټه شامله کړئ. دا رضایت به له یو کال وروسته بې اعتباره شي مګر دا چې تاسې بل ډول نېټه تشخیص کړئ.
- **پوهه:** یقیني کړئ چې موکل په دې پوهه وي چې کوم رقم پرېښه ورکول کېږي او مالومات به څرنگه او ولې شریک کړل کېږي. که اړتیا وي، نو یو ژباړه شوی فورمه او ژباړونکی وکاروئ یا فورمه په لور غږ کې ولولئ. که چېرې موکل لا نورو مالوماتو ته اړتیا لري، نو د DSHS د ستر د تمریناتو خبرتیا یوه اضافي نقل وړاندې کړئ یا دغه موکل ستا د پوښت لپاره د عامه څرګندونې چارواکي ته ولېږئ.

#### لاسلیکونه:

- **موکل:** دا بوکسه د یوه موکل یا د رضایت له عمره (13) د ذهني روغتیا او موخدره موادو او الکولو د خدمتو لپاره؛ 14 د HIV/AIDS او نورو STDs لپاره؛ د زېږد کنټرول کولو او سپیازېدو لپاره هر یو عمر؛ 18 د روغتیايي پاملرنې او نورو یادابنتو لپاره) لپاسه کوچني څخه لاسلیک کړئ او د لاسلیک کولو نېټه ولیکئ. موکل کولی شي چې په دې بوکسه کې د لاسلیک پر ځای یو نښان وکړي د کوم چې تاسې شاهدې کوی.
- **شاهد یا لیکونکی:** یو شاهد یا لیکونکی ته باید اړتیا وي چې د مشتري پېژندګلوي تصدیق وکړي په داسې حال کې چې مشتري دا فورمه په شخصي توګه نه وړاندې کوی یا کوم پروګرام د تصدیق غوښتنه کوي. دغه تن باید خپله نامه لاسلیک کړي او چاپ کړي.
- **والدین یا بل کوم نماینده:** که چېرې موکل د رضایت له عمره لاندې کوچنی وي، نو والدین یا پاملرنه کوونکی باید لاسلیک وکړي. که چېرې کوچنی د شریکولو د وارو یادابنتو لپاره د رضایت په عمر پوره نه وي، نو کوچنی او والدین دواړه باید هر ورو لاسلیک وکړي. که چېرې موکل په قانوني توګه ناوړه اعلان شوی وي، نو د محکمې له خوا ټاکل شوی پاملرنه کوونکی باید هر ورو لاسلیک وکړي او د ټاکنې د امر یو نقل باید وړاندې کړي. که چېرې کوم تن په بل صلاحیت کې لاسلیک کوي (په ګډون د هغه تن چې د وکالت اختیار ولري یا د شتمنۍ نماینده)، نو "other" ته نښان ولګوئ او د دغه عمل کولو قانوني پرېښلې یو نقل تر لاسه کړئ. هغه تن چې لاسلیک کوي باید د لاسلیک نېټه ولیکي او ټیلفوني شمېره یا تماسي مالومات ورکړي.