

رضایت‌نامه Consent

اطلاعیه خطاب به مراجعان: اگر بتوانیم با سازمان‌ها و متخصصانی که شما و خانواده‌تان را می‌شناسند همکاری کنیم، سازمان خدمات اجتماعی و بهداشتی (DSHS) بهتر می‌تواند به شما کمک کند. شما با امضای این فرم، به DSHS و سازمان‌ها و افراد فهرست شده در زیر اجازه می‌دهید از اطلاعات محرمانه شما استفاده کرده و آنها را به اشتراک بگذارند. اگر این فرم را امضا نکنید، DSHS نمی‌تواند از پرداخت مزایای شما جلوگیری کند، مگر اینکه اعلام رضایت شما برای تعیین واجد شرایط بودن ضروری باشد. اگر این فرم را امضا نکنید، DSHS همچنان ممکن است اطلاعات شما را تا حد مجاز براساس قانون به اشتراک بگذارد. اگر درباره نحوه اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه مراجع توسط DSHS یا حقوق حریم خصوصی خودتان سوالی دارید، لطفاً به اطلاعیه اقدامات حفظ حریم خصوصی DSHS مراجعه کرده یا سوالات خود را از شخصی که این فرم را به شما می‌دهد، بپرسید.

هویت مراجع	
نام	تاریخ تولد
شماره شناسایی:	شماره شناسایی:
آدرس	شهر
ایالت	کد پستی
شماره تلفن (کد منطقه را نیز ذکر کنید)	سایر اطلاعات

رضایت
من رضایت خود را نسبت به استفاده از اطلاعات محرمانه مربوط به خودم توسط DSHS به منظور برنامه‌ریزی، ارائه و هماهنگی خدمات، درمان، پرداخت‌ها و مزایا برای خودم یا جهت سایر اهداف مجاز توسط قانون اعلام می‌دارم. همچنین به DSHS و سازمان‌ها، ارائه‌دهندگان یا افراد فهرست شده در زیر اجازه می‌دهم از اطلاعات محرمانه من برای این اهداف استفاده کرده و آنها را نزد یکدیگر افشا نمایند. اطلاعات می‌تواند به صورت شفاهی یا الکترونیکی، از طریق پست یا تحویل به صورت دستی به اشتراک گذاشته شود. لطفاً همه افرادی که علاوه بر DSHS مشمول این رضایت هستند و نامشان در زیر آمده است را علامت زده و نام و آدرس آنها را مشخص کنید:
<input type="checkbox"/> ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی:
<input type="checkbox"/> ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشت روانی:
<input type="checkbox"/> ارائه‌دهندگان خدمات اختلال مصرف مواد:
<input type="checkbox"/> سایر ارائه‌دهندگان طرف قرارداد DSHS:
<input type="checkbox"/> برنامه‌های مسکن:
<input type="checkbox"/> نواحی مدارس یا کالج‌ها:
<input type="checkbox"/> سازمان‌های اصلاح و تربیت:
<input type="checkbox"/> اداره تأمین اشتغال و شرکای استخدامی آن:
<input type="checkbox"/> اداره تأمین اجتماعی یا سایر سازمان‌های فدرال:
<input type="checkbox"/> به فهرست پیوست مراجعه کنید
<input type="checkbox"/> سایر:

دلیل افشا: <input type="checkbox"/> ادامه مراقبت <input type="checkbox"/> دلایل حقوقی <input type="checkbox"/> دلایل شخصی <input type="checkbox"/> سایر:
من اجازه و رضایت خود را نسبت به اشتراک‌گذاری سوابق و اطلاعات زیر اعلام می‌دارم (تمام موارد مربوطه را علامت بزنید):
<input type="checkbox"/> تمام سوابق من به‌عنوان مراجع <input type="checkbox"/> سوابق مندرج در فهرست پیوست فقط سوابق زیر
<input type="checkbox"/> سابقه خانوادگی، اجتماعی و اشتغال
<input type="checkbox"/> طرح‌های درمانی یا مراقبتی
<input type="checkbox"/> سوابق پرداخت
<input type="checkbox"/> ارزیابی‌های فردی
<input type="checkbox"/> مدرسه، تحصیل و آموزش
<input type="checkbox"/> اطلاعات مراقبت‌های بهداشت روانی (مشخص کنید):
<input type="checkbox"/> اطلاعات مراقبت‌های بهداشتی (مشخص کنید):
<input type="checkbox"/> سایر (فهرست کنید):

لطفاً توجه داشته باشید: اگر سوابق مراجع شما شامل هریک از اطلاعات زیر است، لازم است این بخش را نیز تکمیل کنید تا این سوابق را نیز شامل گردد.

من اجازه می‌دهم سوابق زیر افشا گردد (تمام موارد مربوطه را علامت بزنید):

سلامت روان نتایج آزمایش تشخیص یا درمان اچ‌آی‌وی/ایدز و بیماری‌های مقاربتی اختلال مصرف مواد

- این رضایت به مدت یک سال تا _____ (تاریخ یا رویداد) معتبر است.
- من می‌توانم هر زمان که بخواهم به صورت کتبی این رضایت را لغو کرده یا پس بگیرم، اما این کار بر اطلاعاتی که قبلاً به اشتراک گذاشته شده است، تأثیری نخواهد داشت.
- مطلع هستم که سوابق به اشتراک گذاشته شده بر اساس این رضایت ممکن است تحت قوانین مربوط به DSHS دیگر مورد محافظت قرار نگیرند.
- کپی این فرم به منظور اعطای مجوز اشتراک‌گذاری سوابق قابل قبول است.

امضا	تاریخ
امضای شاهد/سردفتر اسناد رسمی، در صورت نیاز	نام شاهد/سردفتر اسناد رسمی با حروف بزرگ و خوانا
امضای والدین یا سایر نمایندگان (در صورت وجود)	شماره تلفن (کد منطقه را نیز ذکر کنید)
چنانچه سوابق مربوط به خود من نباشد، به دلیل زیر مجاز به امضای این فرم هستم: (مدرک مربوط به اختیار اقدام را ضمیمه کنید)	
<input type="checkbox"/> والد <input type="checkbox"/> سرپرست قانونی (حکم دادگاه را ضمیمه کنید) <input type="checkbox"/> نماینده شخصی <input type="checkbox"/> سایر:	

اطلاعیه خطاب به دریافت‌کنندگان اطلاعات: اگر این سوابق حاوی اطلاعاتی در مورد اچ‌آی‌وی، بیماری‌های مقاربتی یا ایدز باشد، نمی‌توانید آن اطلاعات را بدون کسب اجازه از مراجع افشا کنید. چنانچه اطلاعات مربوط به سوءمصرف مواد مخدر یا الکل را از مراجع دریافت کرده‌اید، مطابق با 42 CFR 2.32 باید در هنگام افشای مجدد اطلاعات عبارت زیر را درج کنید:

این اطلاعات بر اساس سوابق محافظت شده توسط قوانین محرمانگی فدرال نزد شما افشا شده است (42 CFR قسمت 2). قوانین فدرال اجازه افشای مجدد این اطلاعات را به شما نمی‌دهد مگر اینکه افشای مجدد این اطلاعات صراحتاً بنا به رضایت کتبی شخص مربوطه یا طبق 42 CFR قسمت 2 مجاز باشد. به منظور انتشار اطلاعات پزشکی یا سایر اطلاعات برای این منظور، مجوز کلی کافی نیست. قوانین فدرال هرگونه استفاده از اطلاعات جهت تحقیقات جنایی یا پیگرد قانونی هر بیمار دچار سوءمصرف الکل یا مواد مخدر را منع می‌کند.

دستورالعمل‌های تکمیل فرم‌های رضایت، DSHS 14-012

کاربرد: از این فرم در مواقع زیر استفاده کنید: هنگامی که برای استفاده یا اشتراک‌گذاری مداوم اطلاعات محرمانه در مورد مراجع در DSHS یا افشای آن اطلاعات نزد سازمان‌های دیگر به منظور هماهنگی خدمات یا جهت درمان، پرداخت یا فعالیت‌های سازمان یا برای سایر اهداف تعیین شده توسط قانون به رضایت مراجع نیاز دارید. در صورت امکان این فرم را به صورت الکترونیکی پر کنید. لازم است برای هر فرد، از جمله کودکان، یک فرم جداگانه تکمیل کنید.

بخش‌های فرم:

هویت:

- نام: در هر فرم فقط نام یک مراجع را ذکر کنید. نام‌های قبلی را که ممکن است مراجع در هنگام دریافت خدمات از آنها استفاده کرده باشد، درج کنید.
- تاریخ تولد: برای تشخیص مراجع از افرادی که نام مشابهی دارند مورد نیاز است.
- شماره شناسایی: به منظور کمک به شناسایی سوابق و ردیابی سابقه و خدمات دریافتی، شماره شناسایی مراجع یا شناسه دیگر مانند شماره تأمین اجتماعی را ذکر کنید (الزامی نیست).
- سایر: هرگونه اطلاعات دیگری را که ممکن است به پیدا کردن سوابق کمک کند، مانند DSHS مرتبط با خدمات، نام اعضای خانواده یا سایر اطلاعات مربوطه را در این کادر ذکر نمایید.

رضایت (مجوز):

- سازمان‌ها یا افراد می‌توانند سوابق: این فرم تکمیل شده اجازه می‌دهد اقدامات زیر صورت بگیرد: (1) استفاده و افشای اطلاعات محرمانه در داخل DSHS و نزد سازمان‌ها یا افراد فهرست شده؛ و (2) افشای اطلاعات محرمانه نزد DSHS توسط سازمان‌های دیگر یا افراد فهرست شده. همچنین می‌توانید فهرستی از سازمان‌های مجاز به اشتراک‌گذاری اطلاعات را ضمیمه کنید و مراجع باید آن را امضا کند.
- اطلاعات مشتمل بر موارد زیر است: مراجعان باید مشخص کنند کدام سوابق تحت پوشش این رضایت قرار دارند. مراجعان می‌توانند تمام سوابق را در دسترس قرار دهند یا می‌توانند سوابق مندرج را بر اساس تاریخ، نوع یا منبع سوابق محدود نمایند. اگر مراجع رضایت نامه را امضا نکند یا سابقه خاصی را مشخص ننماید، اشتراک‌گذاری سوابق مذکور همچنان مجاز خواهد بود، به شرطی که قانون اجازه این کار را بدهد. همچنین می‌توانید فهرستی از سوابق تحت پوشش را پیوست کنید که مراجع نیز باید آن را امضا کند. اگر سوابقی شامل اطلاعات مربوط به سلامت روان (RCW 71.05.620)، آزمایش یا درمان اچ‌آی‌وی/ایدز یا بیماری مقاربتی (RCW 70.02.220)، یا خدمات مواد مخدر و الکل (CFR 2.31(a)(5) 42) باشد، مراجع باید مشخصاً این بخش‌ها را علامت بزند تا اجازه اشتراک‌گذاری این سوابق را بدهد. این فرم برای گنجانیدن یادداشت‌های روان‌درمانی براساس CFR 164.508(b)(3)(ii) معتبر نیست؛ لازم است فرمی جداگانه تکمیل شود تا سوابق مذکور را پوشش دهد.
- مدت زمان: در صورتی که تاریخ انقضای رضایت نسبت به یک سال متفاوت باشد، تاریخ مذکور را ذکر کنید. رضایت ظرف یک سال منقضی می‌شود، مگر اینکه تاریخ دیگری را مشخص کنید.
- آگاهی داشتن: مطمئن شوید مراجع می‌داند چه مجوزی را صادر می‌کند و اطلاعات چرا و چگونه به اشتراک گذاشته می‌شود. در صورت نیاز، از فرم ترجمه شده و مترجم شفاهی استفاده کنید یا فرم را با صدای بلند بخوانید. اگر مراجع به اطلاعات بیشتری نیاز دارد، یک نسخه اضافی از اطلاعات اقدامات حفظ حریم خصوصی DSHS را به وی داده یا مراجع را به مأمور افشای اطلاعات عمومی واحد خود ارجاع دهید.

امضاها:

- مراجع: از مراجع یا کودکی که به سن اعلام رضایت رسیده است (سن 13 سالگی در خصوص خدمات سلامت روان و مواد مخدر و الکل؛ سن 14 سالگی جهت اچ‌آی‌وی/ایدز و سایر بیماری‌های مقاربتی؛ هر سنی جهت پیشگیری از بارداری و سقط جنین؛ سن 18 سالگی جهت مراقبت‌های بهداشتی و سایر سوابق) بخواهید این کادر را امضا کرده و تاریخ امضا کردن را درج کنید. مراجع می‌تواند فقط این کادر را علامت بزند به شرطی که خودتان شاهد این کار باشید.
- شاهد یا سردفتر اسناد رسمی: اگر مراجع این فرم را به صورت حضوری ارائه نکند یا اگر برنامه‌ای درخواست تأیید داشته باشد، ممکن است به منظور تأیید هویت مراجع به شاهد یا سردفتر اسناد رسمی نیاز باشد. این شخص باید نام خود را با حروف بزرگ و خوانا نوشته و آن را امضا کند.
- والدین یا سایر نمایندگان: اگر مراجع کودک زیر سن قانونی باشد، والد یا سرپرست باید فرم را امضا کنند. اگر کودک به سن اعلام رضایت برای اشتراک‌گذاری همه سوابق نرسیده باشد، هم کودک و هم والدین باید آن را امضا کنند. در صورتی که مراجع از نظر قانونی فاقد صلاحیت شناخته شده باشد، سرپرست منصوب دادگاه باید فرم را امضا کرده و یک نسخه از حکم دادگاه را ارائه نماید. اگر شخصی که اختیار دیگری دارد فرم را امضا می‌کند (از جمله شخصی که دارای وکالت‌نامه بوده یا نماینده ماترک فرد است)، قسمت "سایر" را علامت زده و یک نسخه از حکم اختیار قانونی برای اقدام را دریافت کنید. شخص امضاکننده باید تاریخ امضای خود را ذکر کرده و شماره تلفن یا اطلاعات تماسش را ارائه نماید.