

# ਸਹਿਮਤੀ

## Consent

ਕਲਾਇੰਟਾਂ ਲਈ ਨੋਟਿਸ: ਜੇ ਅਸੀਂ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨੂੰ ਜਾਣਨ ਵਾਲੀਆਂ ਹੋਰਨਾਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਅਤੇ ਪੇਸ਼ੇਵਰਾਂ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਸਮਾਜਕ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਵਿਭਾਗ (DSHS) ਤੁਹਾਡੀ ਬਿਹਤਰ ਢੰਗ ਨਾਲ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਕੇ, ਤੁਸੀਂ DSHS ਅਤੇ ਏਜੰਸੀਆਂ ਅਤੇ ਹੋਰਨਾਂ ਦਿੱਤੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ DSHS ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਾਭ ਦੇਣ ਤੋਂ ਮਨ੍ਹਾ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੀ, ਜਦ ਤੱਕ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦੀ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ DSHS ਫਿਰ ਵੀ ਕਾਨੂੰਨ ਵਲੋਂ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੱਦ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। DSHS ਕਲਾਇੰਟ ਦੀ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਰਾਜਦਾਰੀ ਦੇ ਹੱਕਾਂ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਸਾਂਝੀ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਬਾਰੇ ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸੁਆਲ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ DSHS ਦੇ ਰਾਜਦਾਰੀ ਦੇ ਤਰੀਕਿਆਂ ਬਾਰੇ ਨੋਟਿਸ ਬਾਰੇ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰਾ ਕਰੋ ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਫ਼ਾਰਮ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਪੁੱਛੋ।

ਕਲਾਇੰਟ ਦੀ ਪਛਾਣ			
ਨਾਂ	ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ਼:	ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ	
ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ	ਸਟੇਟ	ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ ਕੋਡ
ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ (ਏਰੀਆ ਕੋਡ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ)	ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ		

**ਸਹਿਮਤੀ**

ਮੈਂ ਪਲਾਨ, ਸੇਵਾਵਾਂ, ਇਲਾਜ, ਭੁਗਤਾਨ ਅਤੇ ਲਾਭ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਅਤੇ ਤਾਲਮੇਲ ਲਈ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਵਲੋਂ ਅਖ਼ਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਰਨਾਂ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ DSHS ਦੇ ਅੰਦਰ ਆਪਣੀ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ, DSHS ਅਤੇ ਹੋਰਨਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਏਜੰਸੀਆਂ, ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰਾਂ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਇੱਕ-ਦੂਜੇ ਨੂੰ ਇਸਦਾ ਖ਼ੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਦੀ ਵੀ ਮੰਜ਼ੂਰੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜ਼ਬਾਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜਾਂ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਤੌਰ 'ਤੇ, ਮੇਲ ਰਾਹੀਂ ਜਾਂ ਹੱਥੀਂ ਡਿਲੀਵਰੀ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ, ਜਿਹਨਾਂ ਨੂੰ DSHS ਤੋਂ ਛੁੱਟ ਇਸ ਸਹਿਮਤੀ ਵਿਚ ਸ਼ਾਮਲ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਨਾਂ ਅਤੇ ਪਤੇ ਨਾਲ ਪਛਾਣੋ:

ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ: \_\_\_\_\_

ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ: \_\_\_\_\_

ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਾਲ ਹੋਏ ਵਿਗਾੜ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾ ਬਾਰੇ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ: \_\_\_\_\_

DSHS ਨਾਲ ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ ਵਾਲੇ ਹੋਰ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ: \_\_\_\_\_

ਹਾਉਸਿੰਗ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ: \_\_\_\_\_

ਸਕੂਲ ਡਿਸਟ੍ਰਿਕਟਸ ਜਾਂ ਕਾਲਜ: \_\_\_\_\_

ਤਰਮੀਮ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਮਹਿਕਮਾ: \_\_\_\_\_

ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਸੁਰੱਖਿਆ ਵਿਭਾਗ ਅਤੇ ਇਸਦੇ ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਸਬੰਧੀ ਭਾਈਵਾਲ: \_\_\_\_\_

ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨ ਜਾਂ ਹੋਰ ਫ਼ੈਡਰਲ ਏਜੰਸੀ: \_\_\_\_\_

ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਸੂਚੀ ਵੇਖੋ

ਹੋਰ: \_\_\_\_\_

ਖ਼ੁਲਾਸੇ ਦਾ ਕਾਰਣ:  ਸੰਭਾਲ ਜਾਰੀ ਰਹਿਣਾ  ਕਾਨੂੰਨੀ  ਨਿਜੀ  ਹੋਰ:

ਮੈਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦਾ ਅਖ਼ਤਿਆਰ ਅਤੇ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ (ਲਾਗੂ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ):

ਮੇਰੇ ਕਲਾਇੰਟ ਦੇ ਸਾਰੇ ਰਿਕਾਰਡ  ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਸੂਚੀ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਰਿਕਾਰਡ

ਸਿਰਫ਼ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਰਿਕਾਰਡ

- ਪਰਿਵਾਰ, ਸਮਾਜਕ ਅਤੇ ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਦਾ ਪਿਛੋਕੜ
- ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਸੰਭਾਲ ਸਬੰਧੀ ਪਲਾਨ
- ਭੁਗਤਾਨ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ
- ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਮੁਲਾਂਕਣ
- ਸਕੂਲ, ਪੜ੍ਹਾਈ ਅਤੇ ਸਿਖਲਾਈ
- ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਦੱਸੋ):
- ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਦੱਸੋ):
- ਹੋਰ (ਲਿਖੋ):

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਲਾਇੰਟ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿਚ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਕੋਈ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਰਿਕਾਰਡ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਸੈਕਸ਼ਨ ਵੀ ਜ਼ਰੂਰ ਭਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਮੈਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਲਈ ਆਪਣੀ ਮੰਜੂਰੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ (ਲਾਗੂ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ):

ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ  HIV/AIDS ਅਤੇ STD ਦੇ ਟੈਸਟ-ਨਤੀਜੇ, ਰੋਗ-ਨਿਦਾਨ ਜਾਂ ਇਲਾਜ  ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਾਲ ਹੋਏ ਵਿਗਾੜ

- ਇਹ ਸਹਿਮਤੀ ਇੱਕ ਸਾਲ  ਜਾਂ \_\_\_\_\_ ਤੱਕ (ਤਾਰੀਖ ਜਾਂ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ) ਵੈਧ ਹੈ।
- ਮੈਂ ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਇਹ ਸਹਿਮਤੀ ਰੱਦ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਜਾਂ ਵਾਪਸ ਲੈ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ, ਪਰ ਉਸ ਨਾਲ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕਿਸੇ ਜਾਣਕਾਰੀ 'ਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਏਗਾ।
- ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਸਹਿਮਤੀ ਹੇਠ ਸਾਂਝੇ ਕੀਤੇ ਗਏ ਰਿਕਾਰਡ ਹੁਣ **DSHS** 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਤਹਿਤ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਨਹੀਂ ਰਹਿ ਸਕਦੇ।
- ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਕਾਪੀ ਰਿਕਾਰਡ ਸਾਂਝੇ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਮੇਰੀ ਮੰਜੂਰੀ ਲਈ ਵੈਧ ਹੈ।

ਦਸਤਖਤ	ਤਾਰੀਖ
ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੈ, ਤਾਂ ਗੁਆਹ/ਨੋਟਰੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ	ਗੁਆਹ/ਨੋਟਰੀ ਦਾ ਛਪਿਆ ਹੋਇਆ ਨਾਂ
ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਦੂਜੇ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੇ ਦਸਤਖਤ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੈ)	ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ (ਏਰੀਆ ਕੋਡ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ)
	ਤਾਰੀਖ

ਜੇ ਮੈਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦਾ ਸਬਜੈਕਟ (ਵਿਅਕਤੀ) ਨਹੀਂ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਮੈਨੂੰ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਖਤਿਆਰ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਮੈਂ ਹਾਂ: (ਅਥਾਰਿਟੀ ਦਾ ਸਬੂਤ ਨੱਥੀ ਕਰੋ)

ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ  ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ (ਅਦਾਲਤੀ ਆਦੇਸ਼ ਨੱਥੀ ਕਰੋ)  ਨਿਜੀ ਨੁਮਾਇੰਦਾ  ਹੋਰ:

ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਨੂੰ ਨੋਟਿਸ: ਜੇ ਇਹਨਾਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿਚ **HIV, STDs** ਜਾਂ **AIDS** ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਲਾਇੰਟ ਦੀ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਇਜਾਜ਼ਤ ਤੋਂ ਬਿਨਾ ਤੁਸੀਂ ਭਵਿੱਖ ਵਿਚ ਉਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਲਾਇੰਟ ਵਲੋਂ ਨਸ਼ੀਲੀ-ਦਵਾਈ ਜਾਂ ਸ਼ਰਾਬ ਦੀ ਕੁਵਰਤੋਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮਿਲੀ ਹੈ, ਤਾਂ 42 CFR 2.32 ਵਲੋਂ ਲੋੜੀਂਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਭਵਿੱਖ ਵਿਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਲੱਗਿਆਂ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤਾ ਬਿਆਨ ਜ਼ਰੂਰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ:

ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਫੈਡਰਲ ਦੇ ਰਾਜਦਾਰੀ ਸਬੰਧੀ ਨੇਮਾਂ (42 CFR ਹਿੱਸਾ 2) ਵਲੋਂ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਤੋਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਫੈਡਰਲ ਦੇ ਨੇਮ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਭਵਿੱਖ ਵਿਚ ਕੋਈ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਤੋਂ ਵਰਜਦੇ ਹਨ, ਜਦ ਤੱਕ ਕਿ ਜਿਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਇਹ ਸਬੰਧਿਤ ਹੈ, ਦੀ ਲਿਖਤੀ ਸਹਿਮਤੀ ਰਾਹੀਂ ਸਪਸ਼ਟ ਤੌਰ ਤੇ ਜਾਂ ਨਹੀਂ ਤਾਂ 42 CFR ਹਿੱਸਾ 2 ਵਲੋਂ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨਾਲ ਭਵਿੱਖ ਵਿਚ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ ਗਈ। ਇਸ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਮੈਡੀਕਲ ਜਾਂ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਆਮ ਅਖਤਿਆਰਨਾਮਾ ਕਾਫ਼ੀ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਫੈਡਰਲ ਦੇ ਨੇਮ ਮੁਜਰਮਾਨਾ ਪੜਤਾਲ ਜਾਂ ਸ਼ਰਾਬ ਜਾਂ ਨਸ਼ੀਲੀ ਦਵਾਈ ਦੀ ਕੁਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਮਰੀਜ਼ ਤੇ ਮੁਕੱਦਮਾ ਚਲਾਉਣ ਸਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਕਿਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨੂੰ ਵੀ ਵਰਜਦੇ ਹਨ।

ਵਰਤੋਂ: ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ DSHS ਦੇ ਅੰਦਰ ਕਲਾਇੰਟ ਬਾਰੇ ਲਗਾਤਾਰ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਜਾਂ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਇਲਾਜ, ਭੁਗਤਾਨ ਜਾਂ ਏਜੰਸੀ ਦੀਆਂ ਕਾਰਵਾਈਆਂ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਵਲੋਂ ਮਾਣਤਾਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਰਨਾਂ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਤਾਲਮੇਲ ਕਰਨ ਲਈ ਉਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਹੋਰਨਾਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨਾਲ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ।

ਜੇ ਸੰਭਵ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਫਾਰਮ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਭਰੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੱਚਿਆਂ ਸਮੇਤ, ਹਰ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਇੱਕ ਵੱਖਰਾ ਫਾਰਮ ਜ਼ਰੂਰ ਭਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਫਾਰਮ ਦੇ ਹਿੱਸੇ:

**ਪਛਾਣ:**

- ਨਾਂ: ਹਰ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਸਿਰਫ਼ ਇੱਕ ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਨਾਂ ਦਿਓ। ਕੋਈ ਵੀ ਸਾਬਕਾ ਨਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ, ਕਲਾਇੰਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲੈਂਦਿਆਂ ਹੋਇਆਂ, ਜਿਹਨਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹੈ।
- ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ: ਇਕੋ ਜਿਹੇ ਨਾਂ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਤੋਂ ਸਨਾਖਤ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ।
- ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ: ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਰਨ ਅਤੇ ਪਿਛੋਕੜ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾਉਣ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ (ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦੀ) ਵਰਗਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਸਬੂਤ ਦਿਓ।
- ਹੋਰ: ਇਸ ਖਾਨੇ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵੀ ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ DSHS ਦੀ ਸ਼ਮੂਲੀਅਤ ਵਾਲੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੇ ਨਾਂ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸਬੰਧਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ।

**ਸਹਿਮਤੀ (ਅਖਤਿਆਰਨਾਮਾ):**

- **ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀ ਅਦਲਾ-ਬਦਲੀ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀ:** ਇਸ ਭਰੇ ਹੋਏ ਫਾਰਮ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਕੰਮ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ: (1) DSHS ਦੇ ਅੰਦਰ ਅਤੇ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨਾਲ ਜਾਂ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨਾਲ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨੀ ਅਤੇ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨਾ; ਅਤੇ(2) ਬਾਹਰੀ ਏਜੰਸੀਆਂ ਜਾਂ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਵਲੋਂ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨਾ। ਤੁਸੀਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਉਹਨਾਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਵੀ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਹਨਾਂ ਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ, ਇਸ 'ਤੇ ਕਲਾਇੰਟ ਨੇ ਦਸਤਖਤ ਵੀ ਜ਼ਰੂਰ ਕੀਤੇ ਹੋਏ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ।
- **ਸ਼ਾਮਲ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ:** ਕਲਾਇੰਟਾਂ ਨੂੰ ਜ਼ਰੂਰ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇ ਘੇਰੇ ਹੇਠ ਕਿਹੜੇ ਰਿਕਾਰਡ ਆਉਂਦੇ ਹਨ। ਕਲਾਇੰਟ ਸਾਰੇ ਰਿਕਾਰਡ ਉਪਲਬਧ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਤਾਰੀਖ, ਕਿਸਮ ਜਾਂ ਰਿਕਾਰਡ ਦੇ ਸ੍ਰੋਤ ਰਾਹੀਂ ਸ਼ਾਮਲ ਰਿਕਾਰਡ ਸੀਮਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਕਲਾਇੰਟ ਸਹਿਮਤੀ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਜਾਂ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਰਿਕਾਰਡ ਬਾਰੇ ਨਹੀਂ ਦੱਸਦਾ/ਦੱਸਦੀ, ਜੇ ਕਾਨੂੰਨ ਵਲੋਂ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਸ ਰਿਕਾਰਡ ਨੂੰ ਅਜੇ ਵੀ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਹੋਏਗੀ। ਤੁਸੀਂ ਘੇਰੇ ਹੇਠਲੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਨੱਥੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਸ 'ਤੇ ਕਿ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਵੀ ਦਸਤਖਤ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿੱਚ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ (RCW 71.05.620), HIV/AIDS ਜਾਂ STD ਦੀ ਟੈਸਟਿੰਗ ਜਾਂ ਇਲਾਜ (RCW 70.02.220) ਜਾਂ ਨਸ਼ੀਲੀ ਦਵਾਈ ਅਤੇ ਸ਼ਰਾਬ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ (42 CFR 2.31(a)(5)) ਸਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਇਹ ਰਿਕਾਰਡ ਸਾਂਝੇ ਕਰਨ ਲਈ ਆਗਿਆ ਦੇਣ ਵਾਸਤੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਹਨਾਂ ਥਾਵਾਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਜ਼ਰੂਰ ਲਾਉਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) ਹੇਠ ਇਹ ਫਾਰਮ ਸਾਈਕੋਥੈਰੇਪੀ ਟਿੱਪਣੀਆਂ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨ ਲਈ ਵੈਧ ਨਹੀਂ ਹੈ; ਉਹ ਰਿਕਾਰਡ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨ ਲਈ ਇੱਕ ਵੱਖਰਾ ਫਾਰਮ ਜ਼ਰੂਰ ਭਰਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।
- **ਮਿਆਦ:** ਜੇ ਇੱਕ ਸਾਲ ਨਾਲੋਂ ਵੱਖ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਹਿਮਤੀ ਲਈ ਸਮਾਪਤੀ ਤਾਰੀਖ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ। ਸਹਿਮਤੀ ਇੱਕ ਸਾਲ ਵਿੱਚ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਏਗੀ, ਜਦ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਵੱਖਰੀ ਤਾਰੀਖ ਦਾ ਜ਼ਿਕਰ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ।
- **ਸਮਝਣਾ:** ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ ਕਿ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਪਤਾ ਹੋਵੇ ਕਿ ਕਿਹੜੀ ਮੰਜੂਰੀ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਿਵੇਂ ਅਤੇ ਕਿਉਂ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾਏਗੀ। ਜੇ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਨੁਵਾਦ ਕੀਤੇ ਹੋਏ ਫਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ ਜਾਂ ਦੁਬਾਰਾ ਵੇਖੋ ਕਿ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਉੱਚੀ ਅਵਾਜ਼ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹੋ। ਜੇ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ DSHS ਦੇ ਰਾਜਦਾਰੀ ਦੇ ਤਰੀਕਿਆਂ ਬਾਰੇ ਨੋਟਿਸ ਦੀ ਇਕ ਵਾਧੂ ਕਾਪੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਓ ਜਾਂ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਯੂਨਿਟ ਦੇ ਸਰਕਾਰੀ ਖੁਲਾਸਾ ਅਫਸਰ ਕੋਲ ਭੇਜੋ।

**ਦਸਤਖਤ:**

- **ਕਲਾਇੰਟ:** ਕਲਾਇੰਟ ਹੈ ਜਾਂ ਸਹਿਮਤੀ ਦੀ ਉਮਰ ਵਾਲਾ ਬੱਚਾ (ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਨਸ਼ੀਲੀ ਦਵਾਈ ਅਤੇ ਸ਼ਰਾਬ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ 13 ਸਾਲ; HIV/AIDS ਅਤੇ ਹੋਰ STDs ਲਈ 14 ਸਾਲ; ਸੰਤਾਨ-ਸੰਜਮ ਅਤੇ ਗਰਭਪਾਤ ਲਈ ਕੋਈ ਵੀ ਉਮਰ; ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਅਤੇ ਹੋਰ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ 18 ਸਾਲ) ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਭਰੋ। ਕਲਾਇੰਟ ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਦਾ ਵਿਕਲਪ ਲਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਗੁਆਹ ਹੋ।
- **ਗੁਆਹ ਜਾਂ ਨੋਟਰੀ:** ਜੇ ਕਲਾਇੰਟ ਨੇ ਨਿਜੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਆਕੇ ਇਹ ਫਾਰਮ ਜਮ੍ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਕਰਾਇਆ ਜਾਂ ਜੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੀਆਂ ਬੇਨਤੀਆਂ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ, ਤਾਂ ਗੁਆਹ ਜਾਂ ਨੋਟਰੀ ਨੂੰ ਕਲਾਇੰਟ ਦੀ ਪਛਾਣ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ ਆਪਣਾ ਨਾਂ ਲਿਖਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।
- **ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਦੂਜਾ ਨੁਮਾਇੰਦਾ:** ਜੇ ਕਲਾਇੰਟ, ਸਹਿਮਤੀ ਨਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਉਮਰ ਦਾ ਬੱਚਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਨੂੰ ਦਸਤਖਤ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਬੱਚਾ ਸਾਂਝੇ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦੀ ਉਮਰ ਪੂਰੀ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ, ਤਾਂ ਬੱਚੇ ਅਤੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਨੂੰ ਦਸਤਖਤ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਸਮਰੱਥ ਐਲਾਨਿਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਦਾਲਤ ਵਲੋਂ ਨਿਯੁਕਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਨੂੰ ਦਸਤਖਤ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਮੁਲਾਕਾਤ ਕਰਨ ਦੇ ਆਦੇਸ਼ ਦੀ ਕਾਪੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਮਰੱਥਾ (ਮੁਖਤਾਰਨਾਮੇ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਐਸਟੇਟ ਦਾ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ) ਵਿੱਚ ਦਸਤਖਤ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ "ਹੋਰ" ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ ਅਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਥਾਰਿਟੀ ਦੀ ਕਾਪੀ ਲਓ। ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ ਤਾਰੀਖ ਜ਼ਰੂਰ ਪਾਉਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।