

Согласие Consent

Уведомление для клиентов: Департамент социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services, DSHS) сможет эффективнее помочь вам, если мы будем иметь возможность взаимодействовать с другими организациями и специалистами, которые знают вас и вашу семью. Подписывая эту форму, вы даете согласие на использование и раскрытие вашей конфиденциальной информации Департаментом DSHS, а также прочими организациями и лицами, указанными ниже. Департамент DSHS не может отказать вам в помощи, если вы не подпишите эту форму, за исключением случаев, когда ваше разрешение на раскрытие информации требуется для того, чтобы определить наличие у вас необходимых прав на получение помощи. Если вы не подпишите эту форму, DSHS все еще сможет раскрывать вашу информацию в объеме, предусмотренном законодательством. Если у вас есть вопросы о том, каким образом Департамент DSHS раскрывает конфиденциальную информацию о клиентах, или же вопросы о ваших правах на конфиденциальность, обратитесь к Уведомлению о политике конфиденциальности Департамент DSHS (DSHS Notice of Privacy Practices) или задайте ваши вопросы лицу, которое передало вам эту форму.

Идентификация клиента			
ПОЛНОЕ ИМЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР	
АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ МЕСТНОСТИ)	ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ		

Согласие

Я выражаю согласие на использование моей конфиденциальной информации Департаментом DSHS с целью планирования, предоставления и координации услуг, лечения, выплат и пособий для меня, а также в других целях, предусмотренных законом. Я также даю разрешение Департаменту DSHS и перечисленным ниже организациям, поставщикам услуг или лицам, на использование моей конфиденциальной информации и на ее раскрытие друг другу в указанных целях. Информация может передаваться устно или в электронном виде, по почте или личным вручением.

Укажите ниже, на какие еще организации/лица, кроме Департамента DSHS, распространяется это согласие, и идентифицируйте их, указав названия/имена и адреса:

- Поставщики медицинских услуг: _____
- Поставщики услуг по поддержанию психического здоровья: _____
- Поставщики услуг по лечению зависимости от психоактивных веществ: _____
- Прочие поставщики, работающие с DSHS на контрактной основе: _____
- Жилищные программы: _____
- Школьные округа или колледжи: _____
- Департамент исправительных учреждений (Department of Corrections): _____
- Департамент охраны труда и партнеры в области трудоустройства: _____
- Администрация социального обеспечения и прочие федеральные агентства: _____
- См. прилагаемый список
- Другое

Причина раскрытия: Обеспечение непрерывного ухода Правовые/Юридические требования В личных целях
 Другое:

Я даю разрешение и согласие на раскрытие следующих документов и информации (отметьте все, что относится к вам):

- Все мои документы клиента Документы, указанные в прилагаемом списке
- Только следующая информация
 - Семейная, социальная история и история трудоустройства
 - Планы лечения или оказания ухода
 - Данные о платежах
 - Проведенные индивидуальные оценки
 - Школа, образование и профессиональная подготовка
 - Информация об услугах по поддержанию психического здоровья (уточните):
 - Информация о медицинских услугах (уточните):
 - Другое (перечислите):

ПРИМЕЧАНИЕ: если ваша документация клиента включает любое из нижеуказанного, то для включения этих пунктов вам также необходимо заполнить этот раздел.

Я разрешаю раскрытие следующей информации (отметьте все, что применимо):

Информацию о состоянии психического здоровья Результаты анализов на ВИЧ/СПИД и заболевания, передаваемые половым путем, а также диагнозы и данные о лечении этих заболеваний Информацию о расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ

- Данное согласие действительно в течение одного года или до _____ (дата или событие).
- Я могу в любое время в письменной форме отозвать или отменить это согласие, однако это не повлияет на информацию, которая уже была раскрыта.
- Я понимаю, что моя информация и документы, раскрытые в силу настоящего согласия, больше не будут защищены законодательством, применимым к Департаменту DSHS.
- Копия этой формы действительна в качестве моего разрешения на обмен информацией.

ПОДПИСЬ		ДАТА
ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ / НОТАРИУСА, ЕСЛИ ПРИМЕНИМО	ИМ И ФАМИЛИЯ СВИДЕТЕЛЯ / НОТАРИУСА ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	ДАТА
ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ (ЕСЛИ ПРИМЕНИМО)	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ МЕСТНОСТИ)	ДАТА

Если я не являюсь лицом, указанным в этих документах, у меня есть право подписи, поскольку я являюсь: (приложите удостоверение полномочий)

- Родителем Официальным опекуном (приложите постановление суда) Личным представителем
 Другое:

Уведомление для получателей информации: Если в этих документах содержатся сведения о ВИЧ, ЗППП или СПИД, вы не имеете права на дальнейшую передачу такой информации без специального разрешения клиента. Если вы получили информацию, касающуюся злоупотребления наркотиками или алкоголем со стороны клиента, то для дальнейшей передачи такой информации вы обязаны включить следующее заявление, требуемое разделом 42 CFR 2.32:

Эта информация передана вам из документов, подпадающих под федеральные требования о защите конфиденциальности (согласно части 2 раздела 42 CFR). Федеральные требования запрещают дальнейшую передачу этой информации без специального письменного согласия лица, к которому она относится, либо иного основания, отраженного в Части 2 раздела 42 CFR. Общего разрешения на передачу медицинской и иной информации НЕДОСТАТОЧНО для этой цели. Согласно федеральным нормативным документам, эту информацию запрещено использовать для какого бы то ни было уголовного расследования и преследования любых пациентов, злоупотребляющих алкоголем или наркотиками.

Инструкции по заполнению форм информированного согласия, DSHS 14-012

Использование: Воспользуйтесь этой формой, если вам необходимо согласие на регулярное использование или раскрытие конфиденциальной информации клиента на уровне Департамента DSHS, или же на раскрытие такой информации другим организациям и ведомствам, для координации обслуживания или лечения, выплат, в рамках деятельности организаций или для других целей в соответствии с законодательством.

По возможности заполните эту форму в электронном виде. Вы обязаны заполнить **отдельную форму для каждого человека, включая детей.**

Части формы:

ИДЕНТИФИКАЦИЯ:

- **Имя и фамилия:** На каждой форме указывайте имя и фамилию только одного клиента. Также укажите любые имена и фамилии, которые клиент мог использовать на момент получения обслуживания.
- **Дата рождения:** Дата рождения необходима, чтобы отличить клиента от лиц с такими же именами и фамилиями.
- **Идентификационный номер** Предоставьте идентификационный или иной номер клиента, например, номер в системе социального страхования (не обязательно), чтобы помочь с идентификацией документации и отслеживанием полученных клиентом услуг.
- **Другое:** Укажите в этом поле любую дополнительную информацию, которая поможет локализовать документацию, например, отделение DSHS, предоставлявшее услуги, имена членов семьи, а также с прочую релевантную информацию.

СОГЛАСИЕ (РАЗРЕШЕНИЕ):

- **Организации или лица, которые могут обмениваться информацией:** Эта заполненная форма позволяет: (1) использование и раскрытие конфиденциальной информации внутри DSHS и при коммуникации с перечисленными в форме организациями или лицами; и (2) раскрытие конфиденциальной информации Департаменту DSHS перечисленными в форме сторонними организациями или лицами. Вы также можете приложить список организаций, с которыми разрешен обмен информацией; клиент также должен подписать этот список.
- **Информация, на которую распространяется согласие:** Клиенты должны указать, на какую документацию распространяется согласие. Клиенты могут открыть доступ ко всей документации или же ограничить документы по дате, типу или источнику документов. Если клиент не подпишет согласие или не укажет тот или иной документ, передача такого документа все же будет разрешена, если это предусмотрено законодательством. Вы можете приложить список документов, на которые распространяется согласие клиента; клиент должен подписать этот список. Если любой документ содержит информацию, которая относится к состоянию психического здоровья (RCW 71.05.620), к тестированию или прохождению лечения в связи ВИЧ/СПИД или ЗППП (RCW 70.02.220) или к услугам, которые предоставляются в связи с употреблением клиентом наркотиков или алкоголя (42 CFR 2.31(a)(5)), клиент должен дать отдельное согласие на передачу такой документации, отметив соответствующие поля. Эта форма не предполагает согласия на раскрытие информации, имеющей отношение к психотерапевтическому лечению согласно 45 CFR 164.508(b)(3)(ii); чтобы раскрыть такую информацию необходимо заполнить отдельную форму.
- **Продолжительность:** Укажите срок действия согласия, если он не равен одному году. Срок действия согласия истечет через один год, если только вы не укажете другую дату.
- **Понимание:** Обеспечьте понимание клиентом сути предоставляемого им разрешения, а также способов и причин раскрытия информации. Если необходимо, воспользуйтесь переведенной версией формы или услугами устного переводчика, или же прочтите форму вслух. Если клиенту необходима дополнительная информация, предоставьте дополнительную копию Уведомления о политике конфиденциальности Департамента DSHS или же направьте клиента к специалисту из вашего отдела по вопросам публичного раскрытия информации

ПОДПИСИ:

- **Клиент:** Попросите клиента или ребенка в возрасте принятия решения (решения в отношении согласия о предоставлении информации о психиатрическом обслуживании и употреблении наркотиков и алкоголя — 13 лет; решения в отношении согласия о предоставлении информации о лечении от ВИЧ/СПИД и прочих ЗППП — 14 лет; решения в отношении согласия о предоставлении информации о принятых мерах по контролю рождаемости и абортах — любой возраст; решения в отношении согласия о предоставлении информации о медицинском обслуживании и других данных — 18 лет) поставить подпись в этом поле и указать дату подписания формы. Клиент может поставить отметку в этом поле, что вы должны засвидетельствовать.
- **Свидетель или нотариус:** Присутствие свидетеля или нотариуса может быть необходимым для проверки личности клиента, если клиент не предоставит эту форму лично, либо если программа запросит такую проверку. Такое лицо должно подписать форму и указать свое имя и фамилию печатными буквами.
- **Родитель или другой представитель:** Если клиент является ребенком младше возраста принятия решения, форму должен подписать родитель или опекун. Если клиент удовлетворяет требованию в отношении возраста принятия решения только для некоторых раскрываемых документов, подпись должны поставить ребенок и родитель. Если клиент объявлен недееспособным, опекун, назначенный судом, должен подписать форму и приложить копию постановления суда. Если форму подписывает лицо в другом качестве (к примеру, лицо с доверенностью или управляющий имуществом), отметьте «Другое» и приложите правоустанавливающий документ. Лицо, подписавшее документ, должно поставить дату подписания документа и указать свой номер телефона или контактную информацию.