

ข้อมูลระบุตัวตนลูกค้า			
ชื่อ	วันเดือนปีเกิด	หมายเลขประจำตัว	
ที่อยู่	เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์
หมายเลขโทรศัพท์ (รวมถึงรหัสพื้นที่)	ข้อมูลอื่นๆ		



หนังสือยินยอม

คำบอกกล่าวถึงลูกค้า: The Department of Social and Health Services (หน่วยงานด้านบริการสังคมและสุขภาพ, DSHS) สามารถให้ความช่วยเหลือคุณได้ดียิ่งขึ้น หากเราสามารถร่วมมือกับหน่วยงานและผู้ประกอบวิชาชีพคนอื่นๆ ที่รู้จักตัวคุณและครอบครัวของคุณ หากคุณลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มนี้ คุณก็อนุญาตให้ DSHS ตลอดจนหน่วยงานและบุคคลที่มีรายชื่อด้านล่างใช้และแบ่งปันข้อมูลอันเป็นความลับเกี่ยวกับตัวคุณได้ หาก你不ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มนี้ DSHS ไม่สามารถปฏิเสธที่จะมอบสวัสดิการให้คุณ เว้นเสียแต่ว่าจำเป็นต้องใช้คำยินยอมของคุณ เพื่อกำหนดว่าคุณมีคุณสมบัติเหมาะสมหรือไม่ หาก你不ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มนี้ DSHS ก็อาจจะยังคงแบ่งปันข้อมูลเกี่ยวกับตัวคุณภายในขอบเขตที่กฎหมายอนุญาต หากคุณมีข้อสงสัยเกี่ยวกับวิธีที่ DSHS แบ่งปันข้อมูลอันเป็นความลับของลูกค้าหรือสิทธิความเป็นส่วนตัวเป็นส่วนของคุณ โปรดอ่านประกาศว่าด้วยแนวปฏิบัติเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัวของ DSHS หรือสอบถามบุคคลที่ให้แบบฟอร์มนี้

หนังสือยินยอม

- ข้าพเจ้ายินยอมให้มีการใช้ข้อมูลอันเป็นความลับเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าภายใน DSHS เพื่อวางแผน ส่งมอบและประสานงานเกี่ยวกับบริการ การรักษา การชำระเงินและสวัสดิการให้แก่ข้าพเจ้า ตลอดจนเพื่อจุดประสงค์อื่นๆ ที่กฎหมายอนุญาต นอกจากนี้ ข้าพเจ้ายังอนุญาตให้ DSHS ตลอดจนหน่วยงาน ผู้ให้บริการ หรือบุคคลที่มีรายชื่อด้านล่าง ใช้ข้อมูลอันเป็นความลับของข้าพเจ้า ตลอดจนเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้กันและกันเพื่อจุดประสงค์เหล่านี้ สามารถแบ่งปันข้อมูลด้วยวาจาหรือผ่านทางอิเล็กทรอนิกส์ ไปรษณีย์หรือด้วยการยื่นให้
- สาเหตุในการเปิดเผยข้อมูล:** จำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลนี้ก่อนที่ DSHS จะแบ่งปันประวัติเกี่ยวกับยาเสพติด แอลกอฮอล์หรือสุขภาพจิต หาก你不กรอกข้อมูลลงในฟิลด์นี้ DSHS ก็จะลงบันทึกสาเหตุในการเปิดเผยข้อมูลว่าเป็นไปตามคำขอของคุณ
- โปรดติดช่องด้านล่างทั้งหมดที่รวมอยู่ในหนังสือยินยอมฉบับนี้ นอกเหนือจาก DSHS และกรอกชื่อและที่อยู่ของพวกเขา:
- ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ: _____
 - ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพจิต: _____
 - ผู้ให้บริการด้าน Substance use disorder (ความผิดปกติในการใช้สาร): _____
 - ผู้ให้บริการอื่นๆ ที่ได้รับการว่าจ้างจาก DSHS: _____
 - โครงการที่พักอาศัย: _____
 - เขตโรงเรียนหรือวิทยาลัย: _____
 - กรมราชทัณฑ์: _____
 - หน่วยงานด้านความมั่นคงในการทำงานและพันธมิตรด้านการจ้างงาน: _____
 - Social Security Administration (สำนักงานประกันสังคม) หรือหน่วยงานรัฐบาลกลางอื่นๆ: _____
 - ดุรายชื่อที่แนบท้าย
 - อื่นๆ: _____

2. สาเหตุในการเปิดเผยข้อมูล: การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง สาเหตุทางกฎหมาย สาเหตุส่วนตัว อื่นๆ:

3. ข้าพเจ้านุญาตและยินยอมให้แบ่งปันประวัติและข้อมูลดังต่อไปนี้ (ติ๊กทุกข้อที่เข้าข่าย):

ประวัติลูกค้าทั้งหมดของข้าพเจ้า ประวัติตามรายชื่อที่แนบท้าย

เฉพาะประวัติดังต่อไปนี้

ประวัติครอบครัว สังคมและการทำงาน

แผนการรักษาหรือการดูแล

ประวัติการชำระเงิน

การประเมินรายบุคคล

โรงเรียน การศึกษาและการฝึกอบรม

ข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพจิต (โปรดระบุ):

ข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพ (โปรดระบุ):

อื่นๆ (กรอกเป็นรายการ):

ข้อมูลระบุตัวตนลูกค้า		
ชื่อ	วันเดือนปีเกิด	หมายเลขประจำตัว
โปรดทราบว่า: หากประวัติลูกค้าของคุณมีข้อมูลดังต่อไปนี้ คุณจะต้องกรอกข้อมูลในส่วนนี้เพื่อให้ครอบคลุมประวัติดังกล่าวด้วย		
ข้าพเจ้านุญาตให้เปิดเผยประวัติดังต่อไปนี้ (ติ๊กทุกข้อที่เข้าข่าย):		
<input type="checkbox"/> สุขภาพจิต <input type="checkbox"/> ผลตรวจ การวินิจฉัยหรือการรักษา HIV/AIDS และ STD <input type="checkbox"/> Substance Use Disorder (ความผิดปกติในการใช้สาร)		
<ul style="list-style-type: none"> หนังสือยินยอมฉบับนี้มีอายุหนึ่งปีหรือ <input type="checkbox"/> จนถึงวันที่ _____ (วันที่หรือเหตุการณ์) ข้าพเจ้าอาจเพิกถอนหรือถอนคำยินยอมนี้ได้ทุกเมื่อเป็นลายลักษณ์อักษร แต่จะไม่กระทบต่อข้อมูลที่ได้แบ่งปันแล้ว ข้าพเจ้าเข้าใจว่าประวัติที่แบ่งปันตามหนังสือยินยอมฉบับนี้อาจไม่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายที่เข้มงวดกับ DSHS อีกต่อไป สำเนาแบบฟอร์มฉบับนี้สามารถใช้เป็นคำอนุญาตของข้าพเจ้าให้แบ่งปันประวัติได้ 		
ลายมือชื่อ		วันที่
ลายมือชื่อพยาน/โนตารี พับลิก หากเข้าข่าย	ชื่อตัวบรรจงของพยาน/โนตารี พับลิก	วันที่
ลายมือชื่อของบิดา/มารดาหรือตัวแทนอื่นๆ (หากเข้าข่าย)	หมายเลขโทรศัพท์ (รวมถึงรหัสพื้นที่)	วันที่
หากข้าพเจ้าไม่ได้เป็นเจ้าของประวัติ ข้าพเจ้าก็ได้รับอนุญาตให้ลงลายมือชื่อเนื่องจากข้าพเจ้าเป็น: (แนบหลักฐานแสดงอำนาจ)		
<input type="checkbox"/> บิดา/มารดา <input type="checkbox"/> ผู้ปกครองตามกฎหมาย (แนบคำสั่งศาล) <input type="checkbox"/> ตัวแทนส่วนตัว <input type="checkbox"/> อื่นๆ:		

คำบอกกล่าวถึงผู้รับข้อมูล: หากประวัติเหล่านี้มีข้อมูลเกี่ยวกับ HIV STD หรือ AIDS

คุณก็ไม่มีสิทธิ์เปิดเผยข้อมูลโดยไม่ได้รับอนุญาตจากลูกค้าก่อน หากคุณได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตีพิมพ์เอกสารหรือใช้สารเสพติดจนเป็นปัญหาของลูกค้า คุณก็จะต้องใส่แถลงการณ์ดังต่อไปนี้ ขณะเปิดเผยข้อมูลเพิ่มเติมตามที่จำเป็นตาม 42 CFR 2.32:

คุณได้รับข้อมูลนี้จากประวัติที่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายระเบียบเกี่ยวกับการเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับของรัฐบาลกลาง (42 CFR ส่วนที่ 2) กฎระเบียบของรัฐบาลกลางห้ามมิให้คุณเปิดเผยข้อมูลเพิ่มเติม เว้นเสียแต่จะได้รับอนุญาตอย่างชัดเจน ให้เปิดเผยข้อมูลเพิ่มเติมตามคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรของบุคคลที่เกี่ยวข้องหรือตามที่ 42 CFR ส่วนที่ 2 อนุญาตโดยประการอื่น ทั้งนี้ คำอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์หรือข้อมูลอื่นๆ ทัวไปไม่ถือเป็นคำอนุญาตที่เพียงพอตามจุดประสงค์นี้ กฎระเบียบของรัฐบาลกลางจำกัดการใช้ข้อมูลเพื่อสอบสวนหรือดำเนินคดีอาญากับผู้ป่วยที่ตีพิมพ์เอกสารหรือใช้สารเสพติดจนเป็นปัญหา

คำสั่งในการกรอกแบบฟอร์มคำยินยอม DSHS 14-012

การใช้: ใช้แบบฟอร์มนี้ หากคุณจำเป็นต้องได้รับคำยินยอมในการใช้หรือแบ่งปันข้อมูลอันเป็นความลับเกี่ยวกับลูกค้าภายใน DSHS อย่างต่อเนื่องหรือเปิดเผยข้อมูลให้แก่หน่วยงานอื่นๆ เพื่อประสานงานเรื่องบริการหรือการรักษา การชำระเงินหรือการดำเนินงานของหน่วยงาน หรือเพื่อจุดประสงค์อื่นใดที่กฎหมายยอมรับ

กรอกแบบฟอร์มนี้แบบอิเล็กทรอนิกส์ หากเป็นไปได้ คุณจะต้องกรอกแบบฟอร์มหนึ่งแบบฟอร์มต่อหนึ่งคน รวมถึงเด็กด้วย

ส่วนต่างๆ ของแบบฟอร์ม:

ข้อมูลระบุตัวตน:

- ชื่อ: กรอกชื่อลูกค้าหนึ่งรายเท่านั้นในแต่ละแบบฟอร์ม รวมถึงชื่อที่ลูกค้าอาจจะเคยใช้ระหว่างรับบริการ
- วันเดือนปีเกิด: ใช้เพื่อระบุตัวตนของลูกค้า ในกรณีที่มีชื่อคล้ายกัน
- หมายเลขประจำตัว: กรอกหมายเลขประจำตัวของลูกค้าหรือหมายเลขระบุตัวตนอื่นๆ เช่น social security number (หมายเลขประกันสังคม) (ไม่จำเป็น) เพื่อช่วยระบุประวัติและติดตามประวัติและบริการที่ได้รับ
- อื่นๆ: กรอกข้อมูลเพิ่มเติมในช่องนี้ ซึ่งอาจจะช่วยหาประวัติ เช่น DSHS ที่เกี่ยวข้องกับบริการ ชื่อสมาชิกในครอบครัวหรือข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

คำยินยอม (คำอนุญาต):

- สาเหตุในการเปิดเผยข้อมูล: จำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลนี้ก่อนที่ DSHS จะแบ่งปันประวัติเกี่ยวกับยาเสพติด แอลกอฮอล์หรือสุขภาพจิต หาก你不กรอกข้อมูลลงในฟิลด์นี้ DSHS ก็จะลงบันทึกสาเหตุในการเปิดเผยข้อมูลว่าเป็นไปตามคำขอของคุณ
- หน่วยงานหรือบุคคลที่แลกเปลี่ยนประวัติ: แบบฟอร์มฉบับนี้ที่กรอกเรียบร้อยแล้วจะทำให้: (1) มีการใช้และเปิดเผยข้อมูลอันเป็นความลับภายใน DSHS และกับหน่วยงานหรือบุคคลตามรายชื่อ ตลอดจน (2) ทำให้หน่วยงานภายนอกหรือบุคคลตามรายชื่อเปิดเผยข้อมูลอันเป็นความลับให้แก่ DSHS นอกจากนี้ คุณยังสามารถแนบรายชื่อหน่วยงานที่ได้รับอนุญาตให้แบ่งปันข้อมูล ที่ลูกค้าจะต้องลงลายมือชื่อด้วย
- ข้อมูลที่ยรวมอยู่ด้วย: ลูกค้าจะต้องระบุว่าคำยินยอมครอบคลุมประวัติใดบ้าง ลูกค้าอาจเผยแพร่ประวัติทั้งหมดหรืออาจจำกัดตามวันที่ประเภทหรือที่มาของประวัติก็ได้ หากลูกค้าไม่ได้ลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมหรือไม่ได้ระบุประวัติใดๆ โดยเฉพาะ ก็จะสามารถแบ่งปันประวัติดังกล่าวได้ หากกฎหมายอนุญาต คุณสามารถแนบประวัติที่ครอบคลุม ที่ลูกค้าจะต้องลงลายมือชื่อด้วย หากประวัติมีข้อมูลสุขภาพจิต (RCW 71.05.620) การตรวจหรือการรักษา HIV/AIDS หรือ STD (RCW 70.02.220) หรือบริการเกี่ยวกับแอลกอฮอล์หรือยาเสพติด (42 CFR 2.31(a)(5)) ลูกค้าจะต้องทำเครื่องหมายในบริเวณดังกล่าว เพื่ออนุญาตให้แบ่งปันประวัติดังกล่าว แบบฟอร์มนี้จะไม่ครอบคลุมประวัติเกี่ยวกับการรักษาทางจิตบำบัดตาม 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) จะต้องกรอกแบบฟอร์มอีกฉบับต่างหากเพื่อให้ครอบคลุมประวัติเหล่านี้
- ระยะเวลา: กรอกวันหมดอายุของหนังสือยินยอม หากไม่ใช่หนึ่งปี หนังสือยินยอมจะหมดอายุเมื่อครบหนึ่งปี เว้นเสียแต่ได้ระบุไว้เป็นการอื่น

- การทำความเข้าใจ: โปรดตรวจสอบให้แน่ใจว่าลูกคำเข้าใจว่ามีการอนุญาตในเรื่องใด รวมถึงวิธีและสาเหตุที่มีการแบ่งปันข้อมูล หากจำเป็น ให้ใช้แบบฟอร์มฉบับแปลและล่าม หรืออ่านออกเสียงแบบฟอร์มก็ได้ หากลูกคำต้องการข้อมูลเพิ่มเติม โปรดส่งสำเนาประกาศว่าด้วยแนวปฏิบัติเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัวของ DSHS หรือแจ้งให้ลูกคำติดต่อเจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูลของรัฐในหน่วยงานของคุณ

ลายมือชื่อ:

- ลูกคำ: มีลูกคำหรือเด็กที่เกินอายุความยินยอมแล้ว (13 ปีสำหรับบริการสุขภาพจิต ยาเสพติดและแอลกอฮอล์ 14 ปีสำหรับ HIV/AIDS และ STD อื่นๆ ไม่ว่าจะอายุเท่าใดก็ตามสำหรับการคุมกำเนิดและการทำแท้ง 18 ปีสำหรับการดูแลสุขภาพและประวัติอื่น) ให้ลงลายมือชื่อในช่องนี้และกรอกวันที่ลงลายมือชื่อ ลูกคำอาจทำเครื่องหมายในช่องนี้ที่คุณเป็นพยานแทน
- พยานหรือโนตารี พับลิค: อาจจำเป็นต้องใช้พยานหรือโนตารี พับลิคเพื่อยืนยันตัวตนของลูกคำ หากลูกคำไม่ได้ยื่นแบบฟอร์มนี้ด้วยตนเองหรือโครงการกำหนดให้ต้องตรวจสอบ บุคคลนี้ควรลงลายมือชื่อและเขียนชื่อตัวบรรจง
- บิดา/มารดาหรือตัวแทนอื่น: หากเด็กมีอายุต่ำกว่าอายุความยินยอม บิดา/มารดาหรือผู้ปกครองจะต้องลงลายมือชื่อ หากเด็กอายุไม่ถึงอายุความยินยอมให้มีการแบ่งปันประวัติทั้งหมด ทั้งตัวเด็กและบิดา/มารดาจะต้องลงลายมือชื่อ หากมีการประกาศว่าลูกคำเป็นคนไร้ความสามารถตามกฎหมาย ผู้อนุบาลที่ศาลแต่งตั้งจะต้องลงลายมือชื่อและส่งสำเนาคำสั่งแต่งตั้ง หากบุคคลลงลายมือชื่อในฐานะอื่น (รวมถึงบุคคลที่มีหนังสือมอบอำนาจหรือตัวแทนมรดก) ให้ทำเครื่องหมายว่า "อื่นๆ" และขอสำเนาหนังสือมอบอำนาจตามกฎหมายเพื่อดำเนินการ บุคคลที่ลงลายมือชื่อจะต้องลงวันที่ลงลายมือชื่อและกรอกหมายเลขโทรศัพท์หรือข้อมูลติดต่อ