

Ідентифікація клієнта			
ПРИЗВИЩЕ, ІМ'Я	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР	
АДРЕСА	МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС
НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (ВКАЖІТЬ КОД РЕГІОНУ)	ІНША ІНФОРМАЦІЯ		



Згода Consent

Повідомлення для клієнтів: Департамент соціального забезпечення та охорони здоров'я (DSHS) зможе ефективніше допомогти вам, якщо ми матимемо можливість взаємодіяти з іншими організаціями та спеціалістами, які знають вас та вашу родину. Підписуючи цю форму, ви надаєте згоду на використання та розкриття вашої конфіденційної інформації департаментом DSHS, а також іншими організаціями та особами, які зазначені нижче. Департамент DSHS не може відмовити вам у допомозі, якщо ви не підпишете цю форму, за винятком випадків, коли ваша згода на розкриття інформації потрібна для того, щоб визначити наявність у вас необхідних прав. Якщо ви не підпишете цю форму, DSHS може розкрити вашу інформацію настільки, наскільки це передбачено законодавством. Якщо у вас є питання про те, яким чином DSHS розкриває конфіденційну інформацію про клієнтів, або питання про ваші права на конфіденційність, зверніться до Повідомлення про політику конфіденційності DSHS (DSHS Notice of Privacy Practices) або ж запитайте особу, яка надала вам цю форму.

Згода

1. Я даю згоду на використання моєї конфіденційної інформації на рівні DSHS у цілях планування, надання та координації послуг, лікування, оплати та допомоги для мене, а також з іншою метою згідно з законом. Я також даю дозвіл DSHS та зазначеним нижче організаціям, постачальникам послуг або особам на використання моєї конфіденційної інформації та на її розкриття одне одному в зазначених цілях. Інформація може передаватися усно або електронним чином, поштою або особисто.

Причина розкриття: Ця інформація необхідна, перш ніж DSHS зможе надати документи про наркотики та алкоголь або психічне здоров'я. Якщо ви не заповните це поле, DSHS зазначатиме причину розголошення як на ваш запит.

Будь ласка, позначте нижче всіх, хто включений у цю згоду на додаток до DSHS, і ідентифікуйте їх за іменами та адресами:

- Постачальники медичних послуг: _____
- Постачальники послуг щодо охорони психічного здоров'я: _____
- Постачальники послуг із лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин: _____
- Інші постачальники послуг, що співпрацюють із DSHS на підставі контрактів: _____
- Житлові програми: _____
- Шкільні округи або коледжі: _____
- Департамент з питань виправних установ: _____
- Департамент охорони праці та партнери в сфері працевлаштування: _____
- Адміністрація соціального забезпечення та інші федеральні організації: _____
- Див. список, що додається
- Інше:

2. Причина розкриття: Безперервність догляду Юридична Особиста Інша:

3. Я даю дозвіл та згоду на розкриття таких документів та інформації (позначте все, що стосується вас):

- Усі мої клієнтські документи Документи у вкладеному списку
- Лише наступні документи
 - Сімейна, соціальна та трудова історія
 - Плани лікування або догляду
 - Платіжні документи
 - Індивідуальні оцінки
 - Школа, освіта та навчання
 - Інформація про психіатричну допомогу (вказати):
 - Інформація про медичне обслуговування (вказати):
 - Інше (перелічити):

Ідентифікація клієнта		
ПРИЗВИЩЕ, ІМ'Я	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР
<p>Зверніть увагу: Якщо ваші клієнтські документи містять будь-яку з наведеної нижче інформації, ви також повинні заповнити цей розділ, щоб включити ці документи.</p> <p>Я даю дозвіл на розкриття таких документів (позначте все, що вас стосується):</p> <p><input type="checkbox"/> Психічне здоров'я <input type="checkbox"/> Результати аналізів на ВІЛ/СНІД та ХПСШ, діагностика або лікування</p> <p><input type="checkbox"/> Розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ця згода дійсна протягом одного року або <input type="checkbox"/> до _____ (дата або подія). • Я можу відкликати або анулювати цю згоду в будь-який час у письмовій формі, але такий відклик або анулювання не стосуватиметься вже розкритої інформації. • Я розумію, що документи, розкриті на підставі цієї згоди, більше не захищені законодавством, що регулює діяльність DSHS. • Копія цієї форми може використовуватися для надання дозволу від мене на розкриття документів. 		
ПІДПИС		ДАТА
ПІДПИС СВІДКА / НОТАРІУСА, ЯКЩО ЗАСТОСОВНО	ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ СВІДКА / НОТАРІУСА ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ	ДАТА
ПІДПИС БАТЬКА ЧИ МАТЕРІ АБО ІНШОГО ПРЕДСТАВНИКА (ЯКЩО ЗАСТОСОВНО)	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (ВКАЖІТЬ КОД РЕГІОНУ)	ДАТА
<p>Якщо я не є особою, зазначеною в цих документах, у мене є право підпису, оскільки я є: (додайте підтвердження повноважень)</p> <p><input type="checkbox"/> Батьком/матір'ю <input type="checkbox"/> Офіційним опікуном (додайте постанову суду) <input type="checkbox"/> Особистим представником</p> <p><input type="checkbox"/> Інше:</p>		

Повідомлення отримувачам інформації: Якщо в цих документах містяться відомості про ВІЛ, ХПСШ або СНІД, ви не маєте права на подальше передання такої інформації без спеціальної згоди клієнта. Якщо ви отримали інформацію про **зловживання клієнтом наркотиками чи алкоголем**, ви повинні включити наступну заяву під час подальшого розкриття інформації відповідно до 42 CFR 2.32:

Цю інформацію передано вам з документів, на які розповсюджуються Федеральні правила про забезпечення конфіденційності (згідно 42 CFR, частина 2). Федеральні правила забороняють вам будь-яке подальше розкриття цієї інформації, окрім випадків, коли подальше розкриття прямо дозволено письмовою згодою особи, якої вона стосується, або іншим чином дозволено 42 CFR, частина 2. Загальної згоди на передання медичної та іншої інформації для цього НЕДОСТАТНЬО. Згідно федеральним правилам цю інформацію можна використовувати виключно в рамках кримінальних розслідувань та переслідувань пацієнтів, які зловживають алкоголем або наркотиками.

Інструкції щодо заповнення форм згоди, DSHS 14-012

Використання: Скористайтеся цією формою, якщо ви потребуєте згоди на регулярне використання чи передачу конфіденційної інформації про клієнта на рівні DSHS, або на розкриття такої інформації іншим організаціям для координації обслуговування або для лікування, оплати або діяльності організації, або для інших цілей згідно законодавства.

Якщо можливо, заповніть цю форму в електронному вигляді. **На кожну особу, включно з дітьми, необхідно заповнити окрему форму.**

Частини форми:

ІДЕНТИФІКАЦІЯ:

- Прізвище та ім'я: У кожній формі вкажіть ім'я лише одного клієнта. Вкажіть будь-які попередні імена, які клієнт міг використовувати під час отримання послуг.
- Дата народження: Дата народження необхідна для того, щоб відрізнити клієнта від осіб з такими самими іменами та прізвищами.
- Ідентифікаційний номер: Надайте ідентифікаційний номер клієнта або інший ідентифікатор, наприклад номер соціального забезпечення (не обов'язково), щоб допомогти ідентифікувати документи та відстежувати історію та отримані послуги.
- Інше: Надайте у цій області будь-яку додаткову інформацію, яка може допомогти знайти документи, наприклад, з даними про DSHS, залученим у наданні обслуговування, іменами членів родини або іншою відповідною інформацією.

ЗГОДА (ДОЗВІЛ):

- Причина розкриття: Ця інформація необхідна, перш ніж DSHS зможе надати документи про наркотики та алкоголь або психічне здоров'я. Якщо ви не заповните це поле, DSHS зазначатиме причину розголошення як на ваш запит.
- Організації або особи, які можуть обмінюватися документами: Ця заповнена форма дозволяє: (1) використання та розголошення конфіденційної інформації всередині DSHS та в організаціях або серед осіб, зазначених у списку; і (2) розкриття конфіденційної інформації DSHS сторонніми організаціям або особами, зазначеними в списку. Ви також можете додати список організацій, з якими дозволено обмін інформацією; клієнт також має підписати цей список.
- Інформація, на яку розповсюджується згода: Клієнти мають зазначити, на які саме документи розповсюджується згода. Клієнти можуть відкрити доступ до усіх документів або обмежити включені документи за датами, типом або джерелом документів. Якщо клієнт не підпише згоду або не зазначить той чи інший документ, передання такого документу буде дозволено, якщо воно передбачено законом. Ви можете додати список документів, на які розповсюджується згода клієнта; клієнт також має підписати цей список. Якщо будь-який документ містить інформацію, яка відноситься до стану психічного здоров'я клієнта (RCW 71.05.620), до аналізів або до лікування з приводу ВІЛ/СНІД або ХПСШ (RCW 70.02.220), а також до послуг, які надаються у зв'язку із вживанням клієнтом наркотиків або алкоголю (42 CFR 2.31(a)(5)), клієнт має дати окрему згоду на передання такої документації, відмітивши відповідні поля. Ця форма не передбачає згоди на розкриття інформації, що має відношення до психотерапевтичного лікування згідно до 45 CFR 164.508(b)(3)(ii); аби розкрити таку інформацію, необхідно заповнити окрему форму.
- Тривалість дії: Зазначте дату закінчення терміну дії згоди, якщо вона відрізняється від одного року. Термін дії згоди закінчиться через один рік, якщо ви не вкажете іншу дату.
- Розуміння: Переконайтеся, що клієнт розуміє, який дозвіл надається, а також як і чому інформація буде розкриватись. За необхідності скористайтеся перекладеною версією форми або послугами перекладача, або ж прочитайте форму вголос. Якщо клієнту необхідна додаткова інформація, надайте додаткову копію Повідомлення про політику конфіденційності DSHS, або направте клієнта до спеціаліста з питань публічного розкриття інформації у вашому секторі

ПІДПИСИ:

- Клієнт: Попросіть клієнта або дитину у віці прийняття рішень (рішення щодо згоди надання інформації про психіатричні послуги та вживання наркотиків та алкоголю — 13 років; рішення щодо згоди надання інформації про лікування від ВІЛ/СНІД та інших ХПСШ — 14 років; рішення щодо згоди надання інформації про заходи щодо контролю народжуваності та абортів — будь-який вік; рішення щодо згоди про надання інформації про медичне обслуговування та інших даних — 18 років) поставити підпис у цьому полі та вказати дату підписання форми. Клієнт може поставити позначку у цьому полі, що ви маєте засвідчити.
- Свідки або нотаріус: Може знадобитися свідок або нотаріус, щоб підтвердити особу клієнта, якщо клієнт не подає цю форму особисто, або якщо програма вимагає перевірку. Ця особа має також підписати цю форму та вказати свої повне ім'я друкованими літерами.
- Батько/мати або інший представник: Якщо клієнт є дитиною, молодшою за вік прийняття рішень, форму має підписати один із батьків або опікун. Якщо дитина не досягла віку згоди для усіх документів, які розкриваються, підпис мають поставити дитина та один із батьків. Якщо клієнта оголошено неправоздатним, опікун, призначений судом, має підписати форму та додати копію постановлення суду. Якщо форму підписує інша особа (наприклад, особа за дорученням або майновий розпорядник), позначте «інше» та отримайте копію юридичного повноваження діяти. Особа, що підписала документ, має поставити дату підписання документу та вказати свій номер телефону або контактні дані.