

رضامندی Consent

نوٹس برائے کلینٹس: اگر ہم ایسی ایجنسیز اور ماہرین کے ساتھ کام کر سکیں جو آپ اور آپ کے اہل خانہ کو جانتے ہیں تو محکمہ برائے سماجی و صحت کی خدمات [Department of Social and Health Services (DSHS)] آپ کی بہتر مدد کر سکتا ہے۔ اس فارم پر دستخط کر کے آپ DSHS اور ذیلی فہرست میں موجود ایجنسیز اور افراد کو اپنی خفیہ معلومات کو استعمال کرنے اور بانٹنے کی اجازت فراہم کر رہے ہیں۔ اگر آپ اس فارم پر دستخط نہیں کرتے ہیں تو جب تک آپ کے راضی نامے کی آپ کی اہلیت کا تعین کرنے کے لئے ضرورت نہ ہو DSHS آپ کو کو فائدہ پہنچانے سے انکار نہیں کر سکتا۔ اگر آپ اس فارم پر دستخط نہ کریں پھر بھی قانون کی فراہم کردہ حد تک آپ کی معلومات کا اشتراک کیا جا سکتا ہے۔ محکمہ برائے سماجی و صحت کی خدمات (DSHS) کس طرح کلینٹ کی خفیہ معلومات کا اشتراک کرتا ہے یا اپنے حقوق رازداری سے متعلق اگر آپ کچھ پوچھنا چاہتے ہیں تو DSHS کے نوٹس برائے حقوق رازداری کے قواعد یا فارم فراہم کرنے والے سے دریافت کریں۔

کلینٹ کی شناخت		
نام	تاریخ پیدائش	شناختی نمبر
پتہ	شہر	ریاست
ٹیلیفون نمبر (بشمول علاقائی کوڈ نمبر)	دیگر معلومات	زپ کوڈ

رضامندی
میں اپنی خفیہ معلومات DSHS کے لئے خدمات کی منصوبہ بندی، فراہمی اور ہم آہنگی، علاج، ادائیگیوں اور اپنے فوائد یا قانونی اختیار کی حد تک دیگر کسی مقصد کے لئے استعمال کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔ میں DSHS اور درج ذیل فہرست میں موجود ایجنسیوں، فراہم کنندگان یا افراد کو بھی اپنی خفیہ معلومات استعمال کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں اور ان میں سے ہر ایک کو ان مقاصد کے لئے ان معلومات کا انکشاف کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔ یہ معلومات زبانی یا الیکٹرانک طور پر، ڈاک یا دستی ترسیل کے ذریعے تقسیم کی جا سکتی ہے۔
براہ مہربانی درج ذیل میں سے ان تمام کی نشاندہی کریں جو DSHS کے ساتھ اس رضامندی میں شامل ہیں اور ان کے نام اور پتہ سے ان کی شناخت کریں:
<input type="checkbox"/> نگہداشت صحت فراہم کنندگان: _____
<input type="checkbox"/> نگہداشت ذہنی صحت فراہم کنندگان: _____
<input type="checkbox"/> کیمیائی انحصار سے متعلق مسائل کے خدمات فراہم کنندگان: _____
<input type="checkbox"/> DSHS سے معاہدہ کرنے والے دیگر فراہم کنندگان: _____
<input type="checkbox"/> رہائشی پروگرامز: _____
<input type="checkbox"/> اسکول ڈسٹرکٹس یا کالج: _____
<input type="checkbox"/> محکمہ برائے اصلاحات: _____
<input type="checkbox"/> محکمہ برائے تحفظ ملازمت اور اس کے شرکاء روزگار: _____
<input type="checkbox"/> انتظامیہ برائے سماجی تحفظ یا دیگر وفاقی ایجنسی: _____
<input type="checkbox"/> منسلک فہرست دیکھیے: _____
<input type="checkbox"/> دیگر: _____

انکشاف کی وجہ: <input type="checkbox"/> دیکھ بھال کا تسلسل <input type="checkbox"/> قانونی امور <input type="checkbox"/> ذاتی <input type="checkbox"/> دیگر: _____
میں درج ذیل ریکارڈز اور معلومات استعمال کرنے کا اختیار دیتا/دیتی ہوں اور رضامند ہوں (ان سب کی نشاندہی کریں جو قابل عمل ہیں):
<input type="checkbox"/> اپنے کلینٹ کے تمام ریکارڈز <input type="checkbox"/> منسلک فہرست کے ریکارڈز
<input type="checkbox"/> صرف درج ذیل ریکارڈز
<input type="checkbox"/> خاندانی، سماجی اور روزگار کی تاریخ
<input type="checkbox"/> علاج اور نگہداشت کے منصوبے
<input type="checkbox"/> ادائیگیوں کے ریکارڈز
<input type="checkbox"/> ذاتی تشخیصات
<input type="checkbox"/> اسکول، تعلیم، اور تربیت
<input type="checkbox"/> ذہنی نگہداشت صحت کی معلومات (وضاحت کریں):
<input type="checkbox"/> نگہداشت صحت کی معلومات (وضاحت کریں):
<input type="checkbox"/> دیگر (فہرست):

برہ مہربانی نوٹ فرمائیں: اگر آپ کے کلانٹ کے ریکارڈز میں درج ذیل میں سے کوئی بھی معلومات شامل ہیں تو آپ کو ان ریکارڈز کو شامل کرنے کے لئے اس حصہ کو مکمل کرنا بھی ضروری ہے۔

میں درج ذیل ریکارڈز کو ظاہر کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں (لاگو ہونے والے تمام پر نشان لگائیں):

ذہنی صحت ایچ آئی وی/ایڈز اور ایس ٹی ڈی ٹیسٹ کے نتائج، تشخیص یا علاج منشیات کے بیجا استعمال سے متعلق مسائل

• اس راضی نامے کی معیاد ایک سال یا جو _____ تک ہے (تاریخ یا تقریب)۔

• میں تحریری طور پر کسی بھی وقت اس راضی نامے کو منسوخ یا اس سے دستبردار ہو سکتا/سکتی ہوں مگر جو معلومات میں اس سے قبل فراہم کر چکا/چکی ہوں وہ متاثر نہیں ہوں گی۔

• میں سمجھتا ہوں کہ اس راضی نامے کے ذریعے فراہم کئے گئے ریکارڈز کو ان قوانین کے تحت تحفظ حاصل نہیں ہو گا جو DSHS پر نافذ ہوتے ہیں۔

• ریکارڈز کا اشتراک کرنے کے سلسلے میں اس فارم کی ایک نقل میری اجازت دینے کے لئے کارآمد/قابل قبول ہے۔

تاریخ	دستخط	
تاریخ	گواہ/نوٹری جلی حروف میں نام	گواہ/نوٹری دستخط، اگر قابل عمل ہے دستخط
تاریخ	ٹیلیفون نمبر (علاقائی کوڈ نمبر شامل کریں)	والدین یا دیگر نمائندے کے دستخط (اگر قابل عمل ہے)
حالانکہ یہ ریکارڈ مجھ سے متعلق نہیں ہے، پھر بھی میں دستخط کرنے کا مجاز ہوں کیونکہ میں (اختیار کا ثبوت منسلک کریں):		
<input type="checkbox"/> والدین ہوں <input type="checkbox"/> قانونی سرپرست ہوں (عدالت کا حکم منسلک کریں) <input type="checkbox"/> ذاتی نمائندہ ہوں <input type="checkbox"/> دیگر:		

نوٹس برائے معلومات وصول کنندگان: اگر یہ ریکارڈز ایچ آئی وی، ایس ٹی ڈی، یا ایڈز سے متعلق معلومات پر مشتمل ہے، تو آپ کلانٹ کی خصوصی اجازت کے بغیر اس معلومات کو مزید منکشف نہیں کر سکتے ہیں۔ اگر آپ نے کلانٹ سے منشیات یا شراب کے بیجا استعمال سے متعلق معلومات حاصل کی ہیں، تو آپ کو 42 CFR 2.32 کے تقاضوں کے مطابق مزید معلومات کا انکشاف کرتے وقت درج ذیل بیان کو شامل کرنا ہو گا:

ان معلومات کا آپ پر انکشاف وفاقی قوانین رازداری (2 CFR part 42) کے تحت تحفظ شدہ ریکارڈز میں سے کیا گیا ہے۔ یہ وفاقی قوانین آپ کو مزید کسی انکشاف کی اس وقت تک ممانعت کرتے ہیں جب تک رضامندی دینے والا وہ شخص جس سے یہ متعلق ہیں مزید کسی انکشاف کی واضح طور پر تحریری اجازت نہ دے یا 42 CFR part 2 کے تحت اجازت دی گئی ہے۔ اس مقصد کے لئے طبی یا دیگر معلومات کے اجراء کی عمومی اختیار دہی کافی نہیں ہے۔ وفاقی قوانین مجرمانہ تحقیق یا شراب یا منشیات کی لت میں مبتلا شخص کے اوپر کسی جرم میں مقدمہ چلانے کی غرض سے ان معلومات کے استعمال کی ممانعت کرتا ہے۔

رضامندی فارم کی تکمیل کے لئے ہدایات، DSHS 14-012

استعمال: جب آپ ڈی ایس ایچ ایس کے اندر کسی مؤکل کے بارے میں مستقل بنیاد پر خفیہ معلومات کے استعمال یا اشتراک کرنے کی رضامندی کی ضرورت ہو یا اس معلومات کو دیگر ایجنسیوں کو خدمات کا مربوط کرنے کے لئے یا علاج، ادائیگی یا ایجنسی کی کارروائیوں کے لئے یا قانون کے ذریعہ تسلیم شدہ دیگر مقاصد کے لئے رضامندی کی ضرورت ہو تو اس فارم کا استعمال کریں۔

اگر ممکن ہو تو یہ فارم الیکٹرانک طور پر پُر کریں۔ آپ بچوں سمیت ہر فرد کے لئے لازماً الگ سے فارم مکمل کریں۔

فارم کے حصے:

شناخت:

- نام: ہر فارم پر صرف ایک کلانٹ کا نام فراہم کریں۔ کسی بھی سابقہ نام کو شامل کریں جو موکلین خدمات حاصل کرتے وقت استعمال کر سکتے ہیں۔
- تاریخ پیدائش: موکل کی ایک جیسے ناموں والے افراد سے الگ شناخت کرنے کے لیے اس کی ضرورت ہے۔
- شناختی نمبر: کسی کلانٹ کا شناختی نمبر یا دیگر شناخت دہندگان فراہم کریں جیسے سوشل سیکیورٹی نمبر (ضرورت نہیں) ریکارڈوں کی شناخت اور موصولہ تاریخ اور خدمات کو حاصل کرنے میں مدد کے لئے۔
- دیگر: اس خانے میں کوئی ایسی اضافی معلومات شامل کریں جس سے ریکارڈز تلاش کرنے میں مدد مل سکے جس میں خدمات، خاندان کے ممبروں کے نام، یا دیگر متعلقہ معلومات کے ساتھ شامل ڈی ایس ایچ ایس کے کچھ حصے شامل ہو سکتے ہیں۔

رضامندی (مجاز دی):

- ریکارڈز کا تبادلہ کرنے والی ایجنسیاں یا افراد: یہ مکمل کردہ فارم اجازت دیتا ہے (1) ڈی ایس ایچ ایس کے اندر اور درج ایجنسیوں یا افراد کے ساتھ خفیہ معلومات کے استعمال اور انکشاف کرنے کی؛ اور (2) بیرونی ایجنسیوں یا درج فہرست افراد کی جانب سے ڈی ایس ایچ ایس کو خفیہ معلومات کے منکشف کرنے کی۔ آپ معلومات کا اشتراک کرنے کی اجازت دینے والی ایجنسیوں کی فہرست بھی منسلک کر سکتے ہیں جس پر مؤکل کا دستخط کرنا لازمی ہو گا۔
- معلومات شامل ہیں: مؤکلوں کو لازمی طور پر اس بات کی نشاندہی کرنا ہوگی کہ رضامندی کے ذریعہ کیا ریکارڈ شامل ہیں۔ کلانٹ تمام ریکارڈ دستیاب کر سکتے ہیں یا تاریخ، قسم یا ریکارڈ کے ذریعہ شامل کردہ ریکارڈوں کو محدود کر سکتے ہیں۔ اگر مؤکل کسی رضامندی پر دستخط نہیں کرتا ہے یا کسی خاص ریکارڈ کی تخصیص نہیں کرتا ہے تو قانون کے ذریعہ اجازت دی گئی ہے تو اس ریکارڈ کا اشتراک کیے جانے کی اجازت ہوگی۔ آپ احاطہ کردہ ریکارڈوں کی ایک فہرست منسلک کر سکتے ہیں جس پر مؤکل کو بھی دستخط کرنا ہوں گے۔ اگر کسی بھی ریکارڈ میں ذہنی صحت (RCW 71.05.620)، ایچ آئی وی/ایڈز یا ایس ٹی ڈی ٹیسٹ کرنے یا علاج (RCW 70.02.220)، یا منشیات اور الکحل سے متعلق خدمات ((5) (a) 42 CFR 2.31) سے متعلق معلومات شامل ہیں، ان ریکارڈوں کا اشتراک کرنے کی اجازت دینے کے لئے ان علاقوں کو خاص طور پر نشان زد کرنا ہوگا۔ یہ فارم (ii) (3) (b) 45 CFR 164.508 کے تحت نفسیاتی نوٹ شامل کرنے کے لئے درست نہیں ہے اور ان ریکارڈوں کو شامل کرنے کے لئے ایک علیحدہ فارم مکمل کرنا ضروری ہے۔

- دورانیہ: اس رضامندی میں ایک ميعاد ختم ہونے کی تاریخ شامل کریں، اگر ایک سال سے مختلف ہو۔ رضامندی ایک سال میں ختم ہو جائے گی ماسوائے اگر آپ ایک مختلف تاریخ کی شناخت کرتے ہیں۔
- تغیر: یقینی بنائیں کہ موکل یہ سمجھتا ہے کہ کیا اجازت دی جا رہی ہے اور کیسے اور کیوں معلومات کا اشتراک کیا جائے گا۔ اگر ضرورت ہو تو ترجمہ شدہ شکل اور ترجمان کا استعمال کریں یا فارم کو بلند آواز سے پڑھیں۔ اگر مؤکل کو مزید معلومات کی ضرورت ہو تو DSHS رازداری کے طریقوں کے نوٹس کی اضافی کاپی فراہم کریں یا مؤکل کو عوامی یونٹ کے لئے اپنے انکشاف افسر کے پاس بھیجیں۔

دستخط:

- کلانٹ: ہر کلانٹ یا رضامندی کی عمر سے زیادہ ایک بچے) ذہنی صحت اور نشے اور شراب کی خدمات کے لئے 13؛ 14 ایچ آئی وی/ایڈز اور دیگر STDs کے لئے؛ پیدائش کنٹرول اور اسقاط حمل ہو سکتا ہے لئے کسی بھی عمر؛ صحت کی دیکھ بھال اور دیگر ریکارڈ کے لئے 18 (اس باکس پر دستخط اور دستخط کی تاریخ داخل کریں۔ موکل اس خانے میں ایک نشان ڈال سکتا ہے جس کا آپ نے مشاہدہ کیا ہے۔
- گواہ یا نوٹری: اگر کلانٹ اس فارم کو ذاتی طور پر جمع نہیں کرتا ہے یا اگر کسی پروگرام کی شرط ہو، تو کلانٹ کی شناخت کی تصدیق کرنے کے لیے ایک گواہ یا نوٹری کی ضرورت ہوگی۔ اس شخص کو آپ اپنا نام جلی حروف میں لکھنا ہوگا۔
- والدین یا دوسرا نمائندہ: اگر مؤکل رضامندی کی عمر سے کم عمر کا ایک بچہ ہے تو والدین یا سرپرست کو دستخط کرنا ہوں گے۔ اگر بچہ تمام ریکارڈوں کے اشتراک کے لئے رضامندی کی عمر پر پورا نہیں اترتا ہے تو بچے اور والدین دونوں کو دستخط کرنے چاہئیں۔ اگر مؤکل کو قانونی طور پر نا اہل قرار دے دیا گیا ہے تو عدالت کے مقرر کردہ سرپرست کو دستخط کر کے ملاقات کے حکم کی ایک کاپی فراہم کرنا ہوگی۔ اگر کوئی اور کسی کے ایما پر دستخط کر رہا ہے (بشمول ایک شخص جس میں پاور آف اٹارنی یا اسٹیٹ نمائندہ ہے)، تو "دوسرے" کو نشان زد کریں اور کارروائی کرنے کے لئے قانونی اتھارٹی کی کاپی حاصل کریں۔ دستخط کرنے والے شخص کے لئے دستخط کی تاریخ ہونی چاہئے اور ٹیلیفون نمبر یا رابطہ کی معلومات فراہم کرنا ہوگی۔