

کلانٹ کی شناخت

| | | |
|-------------------------------------|--------------|--------------------|
| نام | تاریخ پیدائش | اینڈیٹیفیکیشن نمبر |
| پتہ | شہر | ریاست |
| ذیلی فون نمبر (ایریا کوڈ شامل کریں) | دیگر معلومات | زپ کوڈ |

رضامندی Consent



نوٹس برائے کلانٹ: اگر ہم دوسری ایسی ایجنسیوں اور پیشہ وارانہ ماہر افراد کے ساتھ کام کر سکیں جو آپ اور آپ کے خاندان کو جانتے ہوں، تو ڈیپارٹمنٹ آف سوشل اینڈ ہیلتھ سروسز (DSHS) آپ کی بہتر مدد کر سکتا ہے۔ اس فارم پر دستخط کر کے، آپ DSHS اور درج ذیل ایجنسیوں اور افراد کو اپنے بارے میں رازدارانہ معلومات استعمال کرنے اور انہیں شیئر کرنے کی اجازت دے رہے ہیں۔ اگر آپ اس فارم پر دستخط نہیں کرتے، تو DSHS آپ کی مراعات سے آپ کو انکار نہیں کر سکتا، ماسوائے یہ کہ آپ کی اہلیت کا تعین کرنے کے لیے آپ کی رضامندی کی ضرورت ہو۔ اگر آپ اس فارم پر دستخط نہیں کرتے، تو DSHS قانون کی اجازت کی حد تک ہی آپ کے بارے میں معلومات کا اشتراک کر سکتا ہے۔ اگر آپ کے رازداری کے حقوق کے بارے میں یا اس بارے میں آپ کے کوئی سوالات ہیں کہ DSHS کس طرح کلانٹ کی رازدارانہ معلومات کو شیئر کرتا ہے، تو براہ کرم DSHS نوٹس آف پرائیویسی پریکٹسز سے رجوع کریں یا جو شخص آپ کی یہ فارم دے رہا ہے، اس سے پوچھیں۔

رضامندی

1. میں DSHS کے اندر اپنے بارے میں رازدارانہ معلومات کے استعمال کی رضامندی دیتا/دیتی ہوں تاکہ میرے لیے یا قانون کی طرف سے مجاز دیگر مقاصد کے لیے خدمات، علاج، ادائیگیوں اور مراعات کی منصوبہ بندی، فراہمی اور ہم آہنگی کا بندوبست کر سکیں۔ میں DSHS اور درج ذیل ایجنسیوں، پرووائیڈرز یا افراد کو اپنی رازدارانہ معلومات استعمال کرنے اور مذکورہ مقاصد کے لیے ایک دوسرے کے سامنے ظاہر کرنے کی اجازت بھی دیتا/دیتی ہوں۔ معلومات کو زبانی یا الیکٹرانک طور پر، بذریعہ ڈاک یا دستی طور بھی شیئر کیا جا سکتا ہے۔

انکشاف کرنے کی وجہ: اس سے پہلے کہ DSHS منشیات اور شراب نوشی یا دماغی صحت کے ریکارڈ کا اشتراک کرے، اس معلومات کی ضرورت ہو گی، اگر آپ اس خانے کو نہیں بھرتے، تو DSHS آپ کی درخواست پر انکشاف کی وجہ کو نوٹ کرے گا۔

براہ کرم ذیل میں دیئے گئے ان تمام خانوں پر ٹیک کا نشان لگائیں جنہں آپ DSHS کے علاوہ اس رضامندی میں شامل کرنا چاہتے ہیں اور ان کی نشاندہی ان کے نام اور پتے سے کریں۔

- ہیلتھ کیئر پرووائیڈرز:
- دماغی صحت کے کیئر پرووائیڈرز:
- ترک منشیات کی خدمات کے پرووائیڈرز:
- دیگر DSHS معاہدہ شدہ پرووائیڈرز:
- ہاؤسنگ کے پروگرام:
- اسکول ڈسٹرکٹس یا کالج:
- ڈیپارٹمنٹ آف کوریکشنز:
- ایمپلائمنٹ سیکورٹی ڈیپارٹمنٹ اور اس کے ایمپلائمنٹ پارٹنرز:
- سوشل سیکورٹی ایڈمنسٹریشن یا دیگر وفاقی ایجنسی:
- منسلک شدہ فہرست دیکھیں
- دیگر:

2. انکشاف کرنے کی وجہ: دیکھ بھال کا تسلسل قانونی ذاتی دیگر:

3. میں مندرجہ ذیل ریکارڈز اور معلومات کا اشتراک کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں اور اس سے اتفاق کرتا/کرتی ہوں (ان سب پر ٹیک کا نشان لگائیں جو لاگو ہوں):

- میرے کلانٹ کے تمام ریکارڈ منسلک شدہ فہرست میں ریکارڈز
- صرف درج ذیل ریکارڈز

خاندانی، سماجی اور روزگار کی ہسٹری

علاج یا دیکھ بھال کے پلان

ادائیگی کے ریکارڈز

انفرادی جائزے

اسکول، تعلیم اور تربیت

دماغی صحت کی دیکھ بھال کی معلومات (وضاحت کریں):

صحت کی دیکھ بھال کی معلومات (وضاحت کریں):

دیگر (درج کریں):

کلانٹ کی شناخت

| | | |
|--|-------------------------------------|---------------------|
| نام | تاریخ پیدائش | اینڈینٹیفیکیشن نمبر |
| <p>براہ کرم نوٹ کریں: اگر آپ کے کلانٹ کے ریکارڈز میں درج ذیل میں سے بھی کوئی معلومات شامل ہے، تو آپ کو ان ریکارڈز کو شامل کرنے کے لیے اس حصے کو بھی مکمل کرنا ہو گا۔</p> <p>میں مندرجہ ذیل ریکارڈز کا انکشاف کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں (ان سب پر ٹیک کانٹائن لگائیں جو لاگو ہوں):</p> <p><input type="checkbox"/> دماغی صحت <input type="checkbox"/> HIV/AIDS اور STD ٹیسٹ کے نتائج، تشخیص یا علاج <input type="checkbox"/> منشیات کے استعمال کے مسائل</p> <ul style="list-style-type: none"> • یہ رضامندی ایک سال کے لیے درست ہے یا <input type="checkbox"/> اس تاریخ تک _____ (تاریخ یا واقعہ)۔ • میں تحریری طور پر کسی بھی وقت اس رضامندی کو منسوخ یا واپس لے سکتا/سکتی ہوں، لیکن اس کی وجہ سے پہلے سے شینر کردہ معلومات پر کوئی اثر نہیں پڑے گا۔ • میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس رضامندی کے تحت اشتراک کردہ ریکارڈز، DSHS پر لاگو ہونے والے قوانین کے تحت مزید محفوظ شدہ نہیں رہ سکتے۔ • اس فارم کی ایک نقل، ریکارڈ شینر کرنے کی میری اجازت دینے کے لیے درست ہے۔ | | |
| دستخط | تاریخ | |
| گواہ / نوٹری پبلک کے دستخط، اگر قابل اطلاق ہو | گواہ / نوٹری کا نام جلی حروف میں | تاریخ |
| والدین یا دیگر نمائندے کے دستخط (اگر قابل اطلاق ہو) | تیلی فون نمبر (ایریا کوڈ شامل کریں) | تاریخ |
| <p>اگر ریکارڈ میری ذات کے متعلق نہیں ہے، تو میں درج ذیل بنیاد پر دستخط کرنے کا/کی مجاز ہوں: (اختیار کا ثبوت منسلک کریں)</p> <p><input type="checkbox"/> والدین <input type="checkbox"/> قانونی سرپرست (عدالتی حکم نامہ منسلک کریں) <input type="checkbox"/> ذاتی نمائندہ <input type="checkbox"/> دیگر:</p> | | |

معلومات موصول کرنے والوں کے لیے نوٹس: اگر ان ریکارڈز میں HIV، STDs یا AIDS کے بارے میں معلومات موجود ہیں، تو آپ کلانٹ کی خصوصی اجازت کے بغیر اس معلومات کو مزید ظاہر نہیں کر سکتے۔ اگر آپ کو کلانٹ کی طرف سے منشیات یا شراب کے استعمال سے متعلق معلومات موصول ہوئی ہیں، تو آپ کو 42 CFR 2.32 کے مطابق مزید معلومات کا انکشاف کرتے وقت درج ذیل بیان لازمی طور پر شامل کرنا چاہیے:

یہ معلومات رازداری کے وفاقی قوانین (42 CFR حصہ 2) کے تحت محفوظ کردہ ریکارڈز سے آپ پر ظاہر کی گئی ہیں۔ وفاقی قوانین آپ کو اس معلومات کو مزید افشاء کرنے سے منع کرتے ہیں جب تک کہ مزید انکشاف کے لیے اس شخص کی جانب سے واضح طور پر آپ کو تحریری رضامندی سے اجازت نہ ہو جس سے اس کا تعلق ہے یا جیسا کہ 42 CFR حصہ 2 کے تحت اجازت دی گئی ہے۔ اس مقصد کے لیے طبی یا دیگر معلومات کے اجراء کے لیے عمومی اجازت کافی نہیں ہے۔ وفاقی قوانین شراب نوشی یا منشیات استعمال کرنے والے کسی بھی مریض کی مجرمانہ تحقیقات یا مقدمہ چلانے کے لیے معلومات کے ہر طرح کے استعمال پر پابندی لگاتے ہیں۔

رضامندی کے فارم کو مکمل کرنے کے لیے ہدایات، DSHS 14-012

استعمال: اس فارم کا استعمال اس وقت کریں جب آپ کو DSHS کے اندر کسی کلینٹ کے بارے میں مسلسل بنیادوں پر کلینٹ کی رازدارانہ معلومات کو استعمال کرنے یا ان کا اشتراک کرنے کے لیے رضامندی درکار ہو یا اس معلومات کو دیگر ایجنسیوں کو اپنی خدمات کو مربوط کرنے یا علاج کی فراہمی، کسی ادائیگی یا ایجنسی کے دیگر متعلقہ کاموں یا دیگر مقاصد کے لیے قانون کے مطابق استعمال کرنے کی ضرورت ہو۔

اگر ممکن ہو، تو اس فارم کو الیکٹرانک طریقے سے پُر کریں۔ آپ کو بچوں سمیت ہر فرد کے لیے علیحدہ فارم بھرنا چاہیے۔

فارم کے حصے:

شناخت:

- نام: ہر فارم پر صرف ایک کلینٹ کا نام فراہم کریں۔ کوئی بھی ایسا سابقہ نام بھی شامل کریں جو کلینٹ نے خدمات حاصل کرتے وقت استعمال کیا ہو۔
- تاریخ پیدائش: ملتے جلتے ناموں والے افراد سے کلینٹ کی شناخت کرنے کی ضرورت ہے۔
- آئیڈنٹیفیکیشن نمبر: ریکارڈ کی شناخت کرنے اور موصول ہونے والی تاریخ اور خدمات کو تریک کرنے میں مدد کے لیے کلینٹ کا شناختی نمبر یا کوئی دوسری شناختی چیز فراہم کریں مثلاً سوشل سیکیورٹی نمبر (لازمی نہیں)۔
- دیگر: اس خانے میں کوئی بھی ایسی اضافی معلومات شامل کریں جو ریکارڈز کو تلاش کرنے میں مدد دے سکتی ہوں، مثلاً DSHS کی جانب سے فراہم کردہ سروسز، خاندان کے افراد کے نام یا دیگر متعلقہ معلومات۔

رضامندی (منظوری):

- **انکشاف کرنے کی وجہ:** اس سے پہلے کہ DSHS منشیات اور شراب نوشی یا دماغی صحت کے ریکارڈ کا اشتراک کرے، اس معلومات کی ضرورت ہو گی، اگر آپ اس خانے کو نہیں بھرتے، تو DSHS آپ کی درخواست پر انکشاف کی وجہ کو نوٹ کرے گا۔
- **ایجنسیاں یا افراد جو ریکارڈ کا تبادلہ کرتے ہیں:** یہ مکمل شدہ فارم درج ذیل کو اجازت دیتا ہے: (1) DSHS کے اندر اور درج شدہ ایجنسیوں یا افراد کے ساتھ رازدارانہ معلومات کا استعمال اور انکشاف؛ اور (2) بیرونی ایجنسیوں یا درج شدہ افراد کی جانب سے DSHS کو رازدارانہ معلومات منکشف کرنا۔ آپ ان ایجنسیوں کی فہرست بھی منسلک کر سکتے ہیں جن کو آپ معلومات شیئر کرنے کی اجازت دیتے ہیں، جس پر کلینٹ کو بھی لازمی دستخط کرنا ہوں گے۔
- **شامل شدہ معلومات:** کلینٹ کو یہ بتانا ضروری ہے کہ کون سے ریکارڈز رضامندی میں شامل ہیں۔ کلینٹ تمام ریکارڈز دستیاب کر سکتے ہیں یا شامل شدہ ریکارڈز کو تاریخ، قسم یا ریکارڈ کی قسم کے لحاظ سے محدود کر سکتے ہیں۔ اگر کوئی کلینٹ رضامندی پر دستخط نہیں کرتا یا کسی خاص ریکارڈ کی وضاحت نہیں کرتا، تو پھر بھی قانون کی طرف سے اجازت ہونے پر اس ریکارڈ کو شیئر کیا جا سکے گا۔ آپ شامل کردہ ریکارڈز کی ایک فہرست منسلک کر سکتے ہیں جن پر کلینٹ کو بھی لازمی دستخط کرنا ہوں گے۔ اگر کسی ریکارڈ میں دماغی صحت (RCW 71.05.620)، HIV/AIDS یا STD ٹیسٹنگ یا علاج (RCW 70.02.220) یا منشیات اور الکحل کی خدمات (42 CFR 2.31(a)(5)) کے حوالے سے کلینٹ کے بارے میں معلومات شامل ہوں، تو ایسے ریکارڈز کو شیئر کرنے کی اجازت دینے کے لیے ان پہلوؤں کو خاص طور پر نشان زد کرنا چاہیے۔ یہ فارم 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) کے تحت سائیکو تھراپی نوٹ شامل کرنے کے لیے قابل قبول نہیں ہے؛ ایسے ریکارڈز کو شامل کرنے کے لیے ایک علیحدہ فارم مکمل کرنا ضروری ہے۔
- **دورانیہ:** اگر ایک سال سے مختلف ہو، تو رضامندی کے لیے میعاد ختم ہونے کی تاریخ بھی شامل کریں۔ رضامندی کی مدت ایک سال میں ختم ہو جائے گی جب تک کہ آپ کسی مختلف تاریخ کی نشاندہی نہیں کرتے۔
- **سمجھنا:** یقینی بنائیں کہ کلینٹ سمجھتا/سمجھتی ہو کہ کونسی اجازت دی جا رہی ہے اور معلومات کیسے اور کیوں شیئر کی جائیں گی۔ اگر ضرورت ہو تو، ترجمہ شدہ فارم اور ترجمان کا استعمال کریں یا فارم کو بلند آواز سے پڑھیں۔ اگر کلینٹ کو مزید معلومات کی ضرورت ہو، تو اسے DSHS نوٹس آف پرائیویسی پریکٹسز کی ایک اضافی نقل فراہم کریں یا کلینٹ کو اپنے یونٹ کے لیے پبلک ڈسکلوزر آفیسر کے پاس بھیجیں۔

دستخط:

- **کلینٹ:** کلینٹ یا رضامندی کی عمر سے زیادہ عمر کے بچوں (ذہنی صحت اور منشیات اور الکحل کی خدمات کے لیے 13؛ HIV/AIDS اور دیگر STDs کے لیے 14؛ پیدائش پر قابو پانے اور اسقاط حمل کے لیے کوئی بھی عمر؛ صحت کی دیکھ بھال اور دیگر ریکارڈز کے لیے 18 سال) سے اس خانہ پر دستخط کروائیں اور دستخط کی تاریخ درج کریں۔ کلینٹ اس خانہ میں ایک اپنا نشان لگا سکتا ہے، جس کے آپ گواہ ہوں گے/گی۔
- **گواہ یا نوٹری:** اگر کلینٹ یہ فارم خود ذاتی طور پر جمع نہیں کرواتا یا اگر کوئی پروگرام تصدیق کی درخواست کرتا ہے، تو کلینٹ کی شناخت کی تصدیق کے لیے گواہ یا نوٹری کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ اس شخص کو اپنے دستخط کر کے اپنا نام جلی حروف میں لکھنا چاہیے۔
- **والدین یا دیگر نمائندہ:** اگر کلینٹ رضامندی کی عمر سے کم عمر کا بچہ ہے، تو والدین یا سرپرست کو دستخط کرنے چاہیں۔ اگر بچہ تمام ریکارڈز شیئر کرنے کے لیے رضامندی کی عمر کی شرائط پر پورا نہیں اترتا، تو بچے اور والدین دونوں کو دستخط کرنے چاہیں۔ اگر کلینٹ کو قانونی طور پر نابل قرار دیا گیا ہو، تو عدالت کے مقرر کردہ سرپرست کو لازمی طور پر دستخط کرنا ہو گا اور بطور سرپرست تقرری کے حکم کی ایک نقل بھی فراہم کرنا ہو گی۔ اگر کوئی فرد کسی دوسری حیثیت میں دستخط کر رہا ہو (بشمول پاور آف اٹارنی رکھنے والا شخص یا ریاست کا نمائندہ)، تو "دیگر" کو نشان زد کریں اور اس عمل کے لیے قانونی اتھارٹی کی ایک کاپی حاصل کریں۔ دستخط کرنے والے شخص کے لیے دستخط کرنے کی تاریخ اور ٹیلی فون نمبر یا رابطہ کی معلومات فراہم کرنا ضروری ہیں۔