

授权 Authorization

目前本人并未要求披露记录。请将此授权书放入本人的个案当事人档案保存。

授权披露以下人员的 DSHS 记录:			
姓名	姓	名	中间名
出生日期			曾用名
下列信息可能有助于找到记录:			
个案当事人识别号	其他识别号	服役日期	服务地点
披露对象:			
姓名	姓	名	中间名
职务			
组织或企业名称 (若适用则请填写)			
地址		城市	州
邮政编码			
电话号码 (请包括区域号码)	传真号码 (请包括地区号码)	电子邮件地址	
披露原因 (非必填)			
授权:			
来源: 本人授权下列 DSHS 计划披露或访问关于本人的机密信息, 如下所述。提供信息的方式可能包括口头方式, 或者采用电脑数据传输、邮寄、传真或专人递送。请勾选所有适用选项:			
行为健康管理处 (BHA)		老龄化与长期支持管理处 (AL TSA)	
<input type="checkbox"/> 州心理健康机构 (ESH、WSH、CSTC)	<input type="checkbox"/> 心理健康特别服务中心 (SCC)	<input type="checkbox"/> 司法鉴定心理健康服务处 (OFMHS)	<input type="checkbox"/> 其他 (即总部):
<input type="checkbox"/> 其他 (即总部):			
财务服务管理处 (ESA)		机构、财务和分析管理处 (FFA)	
<input type="checkbox"/> 社区服务 (CSD - 公共援助)	<input type="checkbox"/> 儿童赡养处 (DCS)	<input type="checkbox"/> 残疾认定服务处 (DDDS)	<input type="checkbox"/> 其他 (即总部):
<input type="checkbox"/> 其他 (即总部):			
秘书处 (OOS)		背景调查总处 (BCCU)	
<input type="checkbox"/> 企业风险管理办公室 (ERMO)	<input type="checkbox"/> 人力资源 (DSHS 雇员)	<input type="checkbox"/> 舞弊欺诈行为调查与问责处 (OFA)	<input type="checkbox"/> 休假/薪资 (DSHS 雇员)
<input type="checkbox"/> 社会福利服务部 (DSHS) 的所有部分		<input type="checkbox"/> 发育残障服务管理处 (DDA)	<input type="checkbox"/> 职业康复处 (DVR)
		<input type="checkbox"/> 其它:	
记录: 本人授权披露下列 DSHS 记录:			
<input type="checkbox"/> 由上述标记 DSHS 各部分所持有的记录		<input type="checkbox"/> 随附列表上的记录	
<input type="checkbox"/> 仅限下列记录:			
请注意: 如果您的个案当事人或其他机密记录包含以下任何信息, 您必须填妥以下部分内容, 以便允许披露这些记录。			
特殊记录: 本人允许披露 DSHS 记录中持有的以下记录 (请勾选所有适用项):			
<input type="checkbox"/> 艾滋病毒感染/艾滋病和性传染病测试结果、诊断或诊疗记录 (华盛顿州修正法规 RCW 70.02.220)			
<input type="checkbox"/> 心理健康记录 (华盛顿州修正法规 RCW 70.02.230 或 240)			
<input type="checkbox"/> 物质使用障碍记录 (第 42 条联邦条例法典 (CFR) 第 2 部分)			
<ul style="list-style-type: none"> • 本许可的有效期为 180 天或 <input type="checkbox"/> 直至 _____ (日期或事件, 如未勾选, 则为 180 天)。 • 本人可以随时采用书面形式撤销本人的同意, 但这不会影响已经披露的信息。 • 本人明白, 本人的记录产生后, 适用于 DSHS 的法律可能无法再保护这些记录。 • 在披露本人许可的记录时, 此同意书的副本具有同等效力。DSHS 可能会收取记录副本的费用。 			
授权人 (签名)	签署日期	电话号码 (请包括地区号码)	
工整填写姓名	见证人/公证人 (签名和工整填写之姓名, 如适用)		
如果本人并非上述记录所涉者, 本人仍有权签署此授权书, 因为本人是: (请随附权限证明)			
<input type="checkbox"/> 未成年人的家长 <input type="checkbox"/> 法定监护人 <input type="checkbox"/> 私人代表 <input type="checkbox"/> 其他:			

致信息接收者通知: 若这些记录包括艾滋病毒感染、性传染病、酒精或毒品滥用信息, 则根据联邦和州法律, 您不可进一步披露该信息, 除非您获得个案当事人的特别许可并符合特定法律要求。

授权书填写方法说明

用途: 当您希望 DSHS 能够向他人（包括律师、立法院议员或亲属）披露关于您的机密信息时，您应该使用此授权书。您可以同意披露 DSHS 关于您的所有机密记录，或者您可以限制对特定记录或部分机构的许可。本授权书还将允许 DSHS 与您授权的人员口头讨论您的情况。

致个案当事人通知: DSHS 拥有的大部分个案当事人信息为机密信息，将不会披露给其他人，除非获得您的许可或法律允许披露。在 DSHS 披露您的机密信息后，请注意，根据适用于 DSHS 的法律，接收者可能不会保护您的记录。如果您不签署此授权书以允许披露给 DSHS，DSHS 无法拒绝您的福利，除非需要您的授权来确定资格。如需了解有关 HIPAA 所涵盖的 DSHS 医疗保健部门如何披露医疗信息及您的隐私权的更多信息，请咨询 DSHS 隐私权政策通知函，网址为 www.dshs.wa.gov 或询问为您提供本授权书的人员。您可能会获得本授权书的副本。

使用方法: 您可以通过电子方式或手写方式填写此表格。使用计算机上的 tab 键，在字段之间移动。**必须为请求其记录的每个人分别填写一份授权书，包括儿童。**“您”是指记录所涉及者。

授权书的各部分:

主题或记录识别:

- **姓名:** 提供您的完整姓名，或者如果您代表其他人，提供请求其记录的个人的姓名。
- **出生日期:** 请提供此信息，以便区分您与其他姓名相似的人。

帮助找到记录的可选信息:

- **曾用名:** 包括在领取福利或服务时曾使用的任何其他姓名。
- **个案当事人识别号码:** 提供 DSHS 可能已分配的任何号码。
- **其他识别号码:** 包括可帮助找到 DSHS 记录的任何其他标识符。仅提供社会安全号码（如果需要）。
- **服务日期和地点:** 提供此信息，帮助 DSHS 识别并找到您想要披露的记录。

接收记录的人:

- **识别信息:** 请尽可能完整地填写此部分，以便我们能够联系将要访问您机密信息的人员或组织。
- **披露原因:** 在 DSHS 能够披露毒品与酒精戒除治疗或心理健康记录之前，需要此信息。如果您不填写此字段，DSHS 将认为披露原因是按照您的请求。

授权:

- **DSHS 的各部分:** 请标记您希望披露记录的 DSHS 各部分，或者如果您希望准许访问 DSHS 所持有的关于您的任何记录，则标记此部分底部的方框。如果列表中没有，在计划名称中填写“其他”。
- **披露的信息:** 表明您想要披露什么记录。您可以允许披露全部或部分 DSHS 记录或其他机密记录。您还可以限制披露仅由上述部分标记的机构所持有的个案当事人记录，或者此授权书或您签署的附件中列出的特定记录。如果关于您想要披露的记录存在任何限制，请列出特定记录或描述限制，如按服务日期或记录类型。
- **受限制的记录:** 如果任何记录可能包括艾滋病毒感染/艾滋病或性传染病测试或诊疗、心理健康治疗或物质使用障碍治疗服务，您必须勾选允许 DSHS 披露的每一项。请使用《心理治疗授权书》（DSHS 17-270 表格）授权心理治疗笔记的披露（第 45 条联邦条例法典 (CFR) 164.508(b) (3) (ii)）。
- **有效期:** 在准许访问 DSHS 目前持有的信息时，本授权书有效。您的许可将在签名后 180 天时、或在您提供的任何其他日期或事件失效。如果您不提供日期，授权有效期将为 180 天。您可以随时采用书面形式撤销对披露记录的授权，但这对已经披露的信息无效。
- **费用:** 对于受华盛顿州修正法规 RCW 42.56.120 和华盛顿州行政法规 WAC 388-01-080 约束的公共记录，DSHS 可收取记录副本的费用和邮寄费用。依据华盛顿州修正法规 RCW 第 70.02 章，州医院和医疗保健设施可收取患者记录的费用。

签名:

- **如果您是记录所涉及者:** 请签名，并在下方工整填写或键入您的姓名。插入签署日期以及您的电话或联系号码。
- **如果您代表其他人签名:** 请在最后一行指出您为什么有权代表他人，并附上为您提供法律效力的法院命令或其他文档的副本。如果儿童超出合法年龄，则也必须签名，以准许披露其自己的机密记录（对于心理健康和毒品与酒精戒除治疗服务，为 13 岁；对于艾滋病毒感染/艾滋病或其他性传染病，为 14 岁；对于避孕和堕胎，任何年龄；对于医疗或其他记录，为 18 岁）。
- **见证人或公证人:** 如果您不亲自提交本授权书或者如果计划要求验证，可能需要见证人或公证人来验证您的身份。此人应签名并工整填写其姓名。

致 DSHS 通知: 如果这些记录包含艾滋病毒感染或性传染病信息，DSHS 必须通知接收者，该信息为机密信息，依据华盛顿州修正法规 RCW 70.02.300 规定，如未获得具体授权，他们不得进一步披露此记录。如果 DSHS 根据此授权发送有关物质使用障碍治疗服务的记录的副本，则依据第 42 条联邦条例法典(CFR) 2.32 规定，DSHS 在披露信息时必须包括下列声明：

向您披露的此信息取自受联邦信息保密规章（第42条联邦条例法典 (CFR) 第 2 部分）保护之记录资料。联邦规章禁止您进一步披露此信息，除非对此信息的进一步披露已获得该信息所涉及人士的确切书面同意，或者属于第 42 条联邦条例法典 (CFR) 第 2 部分所许可的内容。对医疗信息或其它信息披露的一般授权不足以用于此目的。联邦规章禁止将此情况用于对任何酗酒或吸毒患者之犯罪调查或起诉。