

اعطای مجوز  
Authorization

مجوز افشای سوابق DSHS در مورد:			
نام خانوادگی	نام	نام میانی	تاریخ تولد
این اطلاعات می‌تواند به یافتن سوابق کمک کند:		نام‌های قبلی	
شماره شناسایی مشتری	دیگر شماره شناسایی	تاریخ‌های خدمات	مکان‌های ارائه خدمات
افشا به:			
نام خانوادگی	نام	نام میانی	عنوان
نام سازمان یا کسب‌وکار در صورت وجود			
آدرس خیابان		شهر	ایالت کد پستی
شماره تلفن (به همراه کد ناحیه)		شماره فکس (به همراه کد ناحیه)	آدرس ایمیل
دلیل افشا (غیر ضروری)			
مجوز:			
منابع: به این برنامه‌های DSHS اجازه می‌دهم اطلاعات محرمانه مربوط به من را به شرح زیر افشا کنند یا به آن‌ها دسترسی داشته باشند. اطلاعات را می‌توان به صورت شفاهی یا از طریق انتقال کامپیوتری داده، نام‌نگاری، فکس یا تحویل حضوری ارائه داد. فقط این برنامه‌ها (می‌توانید بیش از یک گزینه انتخاب کنید):			
<input type="checkbox"/>	مدیریت سلامت رفتاری (BHA)	<input type="checkbox"/>	خدمات اجتماعی (CSD - کمک عمومی)
<input type="checkbox"/>	نقشه فرزند (DCS)	<input type="checkbox"/>	خدمات قابل ارائه در منزل و جامعه (HCS)
<input type="checkbox"/>	ناتوانی‌های رشد (DDA)	<input type="checkbox"/>	خدمات مراقبتی اقامتی (RCS)
<input type="checkbox"/>	توان بخشی شغلی (DVR)	<input type="checkbox"/>	مؤسسات سلامت روان ایالتی (ESH, WSH, CSTC)
<input type="checkbox"/>	مرکز تعهد ویژه (SCC)	<input type="checkbox"/>	منابع انسانی و حقوق و دستمزد
<input type="checkbox"/>	سایر:		
<input type="checkbox"/> تمام بخش‌های سازمان خدمات اجتماعی و درمانی (DSHS)			
سوابق: اجازه می‌دهم این سوابق DSHS افشا شود:			
<input type="checkbox"/>	سوابق مشتری که بخشی از آن توسط DSHS نگهداری می‌شود و در بالا به عنوان	<input type="checkbox"/>	تمام سوابق مشتری من نشان داده شده است
<input type="checkbox"/>	سایر سوابق محرمانه که بخشی از آن توسط DSHS نگهداری می‌شود و در بالا به عنوان	<input type="checkbox"/>	سوابق فهرست پیوست‌شده نشان داده شده است
<input type="checkbox"/>	اطلاعات شخصی در سوابق مربوط به اشتغال	<input type="checkbox"/>	فقط این سوابق:
می‌خواهم سوابقی که افشا می‌شود بدین صورت محدود شود (بر اساس تاریخ، نوع سابقه و غیره): <input type="checkbox"/> درخواست نمی‌کنم مدارک در حال حاضر افشا شود. لطفاً این مجوز را در پرونده مشتری‌ام قرار دهید.			
لطفاً توجه داشته باشید: اگر سوابق مشتری شما یا دیگر مدارک محرمانه شامل هر یک از اطلاعات زیر است، باید قسمت زیر را نیز جهت افشای این سوابق تکمیل کنید.			
<input type="checkbox"/>	نتایج آزمایش اچ‌آی‌وی/ایدز (HIV/AIDS) و بیماری‌های مقاربتی (STD)، سوابق تشخیص یا درمان (RCW 70.02.220)	<input type="checkbox"/>	سوابق ویژه: اجازه می‌دهم که سوابق زیر افشا شوند که در سوابق DSHS نگهداری می‌شود (هر کدام که شامل می‌شود را علامت بزنید):
<input type="checkbox"/>	سوابق سلامت روان (RCW 70.02.230 یا 240)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	سوابق اختلال سوءعصراف مواد (CFR 42 بخش 2)	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>این مجوز به مدت 180 روز یا تا _____ تا تاریخ یا رویداد، اگر انتخاب نشود، 180 روز خواهد بود.</li> <li>می‌توانم این رضایت‌نامه را هر زمان که بخواهم به صورت کتبی لغو کنم یا پس بگیرم، اما این کار تأثیری روی اطلاعاتی که قبلاً به اشتراک گذاشته شده‌اند، نخواهد داشت.</li> <li>درک می‌کنم پس از ایجاد سوابق، ممکن است دیگر تحت محافظت قوانین DSHS نباشند.</li> <li>رونوشتی از این فرم جهت ارائه مجوز توسط من برای افشای سوابق معتبر است. ممکن است DSHS برای ارائه نسخه‌هایی از این سوابق، هزینه‌ای درخواست کند.</li> </ul>			
تحت تأیید (امضا)		تاریخ امضا	شماره تلفن (به همراه کد ناحیه)
نام (با حروف مجزای انگلیسی)		شاهد/دفتر ثبت (امضا و نام با حروف مجزای انگلیسی، در صورت امکان)	
در صورت تعلق نداشتن سوابق به اینجانب، اجازه دارم که فرم را امضا کنم چرا که من دارای این رابطه با فرد هستم: (گواهی سندیت را پیوست کنید) <input type="checkbox"/> والد فرد صغیر <input type="checkbox"/> قیم قانونی <input type="checkbox"/> نماینده شخصی <input type="checkbox"/> سایر:			

اطلاعه مربوط به افراد دریافت‌کننده اطلاعات: اگر این سوابق حاوی اطلاعاتی در مورد HIV، STD یا سوءعصراف الکل یا مواد است، تحت قوانین ایالتی و فدرال ممکن است دیگر نتوانید این اطلاعات را بدون مجوز خاص از فرد و برخوردار بودن از الزامات قانونی خاص افشا کنید.

## دستورالعمل‌های تکمیل فرم رضایت‌نامه

**هدف:** باید از این فرم در زمانی استفاده کنید که می‌خواهید DSHS قادر به افشای اطلاعات محرمانه در مورد شما به فردی دیگر باشد (از جمله وکیل، قانون‌گذار یا یکی از اقوام). می‌توانید اجازه دهید تمام سوابق محرمانه‌ای که DSHS در مورد شما دارد را افشا کند، یا می‌توانید اجازه خود را به سوابق خاص یا بخش‌هایی از سازمان محدود کنید. این فرم همچنین به DSHS اجازه خواهد داد تا به‌طور شفاهی در مورد وضعیت شما با فردی که دارای اختیار از طرف شماسست، صحبت کند.

**اطلاعه برای مشتریان:** اکثر اطلاعاتی که DSHS از مشتریان دارد محرمانه است و برای افراد دیگر افشا نخواهد شد، مگر این اجازه را اعطا کنید یا قانون، افشای آن را مجاز بداند. پس از افشای اطلاعات محرمانه شما توسط DSHS، لطفاً توجه داشته باشید که دریافت‌کننده ممکن است تحت قوانینی که در مورد DSHS اعمال می‌شود، از سوابق شما محافظت نکند. DSHS نمی‌تواند شما را در صورت عدم امضای این فرم برای اعطای اجازه افشا به DSHS از مزایا منع کند، مگر این که رضایت شما برای تشخیص صلاحیت شما مورد نیاز باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چگونه مؤلفه‌های مراقبت‌های بهداشتی DSHS تحت پوشش HIPAA اقدام به اشتراک‌گذاری اطلاعات بهداشتی محافظت‌شده می‌کند و اطلاع از حقوق حریم خصوصی خود، لطفاً با به اطلاعاتی روش‌های حفظ حریم خصوصی DSHS در نشانی [www.dshs.wa.gov](http://www.dshs.wa.gov) مراجعه کنید یا از فردی سؤال کنید که این فرم را به شما داده است. می‌توانید نسخه‌ای از این فرم را دریافت کنید.

**استفاده:** می‌توانید این فرم را به‌صورت الکترونیکی یا دستی تکمیل کنید. برای حرکت کردن بین فیلدها، از دکمه Tab روی صفحه‌کلید کامپیوتر استفاده کنید. فرد جداگانه‌ای باید برای هر فردی که سوابقش درخواست می‌شود، از جمله کودکان، تکمیل شود. «شما» به فرد صاحب سوابق گفته می‌شود.

## بخش‌های فرم:

شناسایی موضوع سوابق:

- نام: نام کامل خود وارد کنید، یا اگر از طرف فرد دیگری اقدام می‌کنید، نام فردی را وارد کنید که سوابق او درخواست شده است.
- تاریخ تولد: لطفاً این اطلاعات را برای شناسایی خود از افراد دارای نام یکسان وارد کنید.
- اطلاعات اختیاری برای کمک به یافتن سوابق:
- نام‌های قبلی: سایر نام‌هایی را که برای دریافت مزایا یا خدمات استفاده شده است، وارد کنید.
- شماره شناسایی مشتری: هر شماره‌ای را وارد کنید که ممکن است DSHS تخصیص داده باشد.
- دیگر شماره شناسایی: دیگر شناساگرهای را وارد کنید که می‌تواند به یافتن سوابق DSHS کمک کند. در صورت نیاز، فقط یک شماره تأمین اجتماعی وارد کنید.
- تاریخ و مکان خدمات: این اطلاعات را وارد کنید تا به DSHS کمک شود سوابق مدنظر برای افشا را شناسایی و پیدا کند.

فرد دریافت‌کننده سوابق:

- مشخصات: لطفاً این بخش را تا جایی که ممکن است، کامل تکمیل کنید تا بتوانیم با فرد یا سازمانی تماس بگیریم که به اطلاعات محرمانه شما دسترسی دارد.
- دلیل افشا: DSHS برای اینکه بتواند سوابق سلامت روان یا الکل و مواد را به اشتراک بگذارد به این اطلاعات نیاز دارد. اگر این فیلد را تکمیل نکنید، DSHS این‌گونه فرض خواهد کرد که دلیل افشا، «درخواست از طرف شما» است.

## مجوز:

- بخش‌های DSHS: لطفاً هرکدام از بخش‌های DSHS را که مایلید افشا شود علامت‌گذاری کنید، یا جهت دسترسی به تمام سوابقی که DSHS در مورد شما دارد، کادر پایین این بخش را علامت‌گذاری کنید. اگر برنامه‌ای در این لیست قرار ندارد، نام آن را در «سایر» بنویسید.
- اطلاعات افشاشده: مشخص کنید کدام سوابق افشا شود. می‌توانید اجازه دهید افشای تمام یا بخشی از اطلاعات مشتری DSHS شما یا دیگر سوابق محرمانه افشا شود. همچنین می‌توانید افشای سوابق مشتری را که فقط توسط بخش‌هایی از سازمان نگهداری می‌شود و در بخش بالا علامت‌گذاری شده است، محدود کنید؛ یا افشا را به سوابق خاص ذکر شده در این فرم یا در پیوستی که امضا می‌کنید، محدود نمایید. اگر محدودیتی در سوابق مدنظرتان برای افشا وجود دارد، یا فهرست سوابق خاص را درج کنید یا محدودیت‌ها را توصیف کنید، مثلاً بر اساس تاریخ خدمات یا نوع سابقه.
- سوابق محدود: اگر سوابقی حاوی اطلاعاتی در مورد درمان یا آزمایش HIV/AIDS یا STD، درمان سلامت روان یا خدمات سوءمصرف مواد بود، باید هر مورد را تیک بگذارید تا به DSHS اجازه داده شود آن سوابق را افشا کند. از اجازه روان‌درمانی، فرم DSHS 17-270، برای اجازه دادن جهت افشای ملاحظات روان‌درمانی استفاده کنید (45 CFR 164.508(b) (3) (ii)).
- اعتبار: این فرم جهت دسترسی به اطلاعاتی که در حال حاضر توسط DSHS نگهداری می‌شود، اعتبار دارد. اجازه شما پس از 180 روز از تاریخ امضا یا دیگر تاریخ یا رویدادی که مشخص می‌کنید، منقضی خواهد شد. اگر تاریخی مشخص نکنید، این اجازه به‌مدت 180 روز اعتبار خواهد داشت. می‌توانید مجوز افشای سوابق را به‌صورت کتبی در هر زمان لغو کنید، اما برای برگرداندن اطلاعاتی که قبلاً منتشر شده است، دیر خواهد بود.
- هزینه: قانون سوابق عمومی در RCW 42.56.120 و WAC 388-01-080 به DSHS اجازه می‌دهد هزینه نسخه‌ها و همچنین هزینه‌های پست را دریافت کند. مراکز مراقبت‌های بهداشتی و بیمارستان‌های ایالتی ممکن است طبق بخش 70.02 قانون RCW، هزینه سوابق بیمار را دریافت کنند.

## امضاها:

- اگر سوابق متعلق به شماسست، در زیر نام خود را با حروف بزرگ بنویسید یا امضا کنید یا نام خود را تایپ نمایید. تاریخ امضای خود به‌علاوه شماره تلفن یا شماره مخاطب خود را وارد کنید.
- اگر از طرف فرد دیگری امضا می‌کنید، در آخرین سطر مشخص کنید به چه دلیل می‌توانید این اقدام را انجام دهید و نسخه‌ای از حکم دادگاه یا مدرک دیگری که صلاحیت قانونی انجام این عمل را به شما می‌دهد، پیوست نمایید. اگر سن کودک بالای سن رضایت باشد (13 سال برای خدمات الکل و مواد و سلامت روان؛ 14 سال برای اطلاعات مربوط به HIV/AIDS یا STD؛ هر سنی برای کنترل بارداری و سقط جنین؛ 18 سال برای سوابق سلامت یا سایر سوابق)، او نیز باید برای اعطای اجازه جهت افشای سوابق محرمانه‌اش امضا کند.
- شاهد یا سردفتر اسناد رسمی: ممکن است برای تأیید هویت شما در صورتی که این فرم را شخصاً ارسال نمی‌کنید یا برنامه‌ای مجوز را درخواست کرده است، به یک شاهد یا سردفتر اسناد رسمی نیاز باشد. این فرد باید فرم را امضا کند و نام خود را با حروف بزرگ و مجزا درج کند.

**اطلاعه برای مشتریان:** اگر این سوابق حاوی اطلاعات مربوط به HIV یا STD باشد، DSHS باید دریافت‌کنندگان را مطلع کند که اطلاعات محرمانه است و طبق الزام RCW 70.02.300، آن‌ها اجازه نخواهند داشت این سوابق را دوباره بدون اجازه خاص افشا کنند. اگر DSHS نسخه‌هایی از سوابق مربوط به خدمات اختلال سوءمصرف مواد مخدر را تحت این اجازه ارسال کند، DSHS باید طبق الزام 42 CFR 2.32، این اظهاریه را هنگام افشای اطلاعات درج کند:

این اطلاعات از سوابق تحت حمایت قوانین محرمانگی فدرال افشا می‌شود (42 CFR بخش 2). قوانین فدرال شما را از هرگونه افشای بیشتر این اطلاعات منع می‌کنند، مگر این‌که افشای بیشتر مشخصاً در رضایت‌نامه کتبی شخص مذکور قید شده یا به نحوی دیگر مجوز آن در چارچوب 42 CFR بخش 2 داده شده باشد. مجوز کلی برای انتشار اطلاعات پزشکی یا سایر اطلاعات برای این هدف کافی نیست. قوانین فدرال هرگونه استفاده از این اطلاعات برای تحقیق یا تعقیب کیفری استفاده غیرقانونی بیمار از الکل یا مواد مخدر را منع می‌کنند.