Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

ਅਧਿਕਾਰ-ਪੱਤਰ

Authorization

ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਦੇ DSHS ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ ਜ਼ਾਹਰ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰ ਪੱਤਰ:

ਨਾਮ ਆਖਰੀ ਹਿੱਸਾ	ਪਹਿਲਾ ਹਿੱਸਾ	ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਹਿੱਸਾ	ਜਨਮ ਮਿਤੀ

ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਰਿਕਾਰਡ ਲੱਭਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ:	ਪੁਰਾਣੇ ਨਾਮ

ਗਾਹਕ ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ	ਹੋਰ ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ	ਸੇਵਾ ਦੀ ਮਿਤੀ	ਸੇਵਾ ਦਾ ਸਥਾਨ

ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਕੋਲ ਜ਼ਾਹਰ ਕਰੋ:

ਨਾਮ ਆਖਰੀ ਹਿੱਸਾ	ਪਹਿਲਾ ਹਿੱਸਾ	ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਹਿੱਸਾ	ਸਿਰਲੇਖ

ਸੰਗਠਨ ਜਾਂ ਕਾਰੋਬਾਰ ਦਾ ਨਾਮ ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੋਵੇ

ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ (ਏਰੀਆ ਕੋਡ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ)	ਫੈਕਸ ਨੰਬਰ (ਏਰੀਆ ਕੋਡ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ)	ਈ-ਮੇਲ ਪਤਾ

ਜ਼ਾਹਰ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਰਨ (ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ)

ਅਧਿਕਾਰ-ਪੱਤਰ:

<u>ਸ੍ਰੋਤ</u>: ਮੈਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ DSHS ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਵਰਣਨ ਕੀਤੇ ਅਨੁਸਾਰ ਮੇਰੇ ਬਾਰੇ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਜ਼ਾਹਰ ਕਰਨ ਜਾਂ ਉਸ ਤਕ ਪਹੁੰਚ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ। ਜਾਣਕਾਰੀ ਜ਼ੁਬਾਨੀ ਤੌਰ ਤੇ ਜਾਂ ਕੰਪਿਊਟਰ ਡਾਟਾ ਟ੍ਰਾਂਸਫਰ, ਮੇਲ, ਫੈਕਸ, ਜਾਂ ਹੱਥ ਰਾਹੀਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

- ☐ ਸਿਰਫ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲਿਆਂ ਸਾਰਿਆਂ ਤੇ ਸਹੀ ਲਗਾਓ):
  - ☐ ਬਿਹੇਵਿਅਰਲ ਹੈਲਥ ਐਂਡ ਰਿਕਵਰੀ (DBHR)
  - ☐ ਚਾਈਲਡ ਸਪੋਰਟ (DCS)
  - ☐ ਡਿਵੈਲਪਮੈਂਟਲ ਡਿਸਏਬਿਲਿਟੀਜ਼ (DDA)
  - ☐ ਜੁਵੇਨਾਇਲ ਰਿਹੈਬਿਲਿਟੇਸ਼ਨ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ
  - ☐ ਵੋਕੇਸ਼ਨਲ ਰਿਹੈਬਿਲਿਟੇਸ਼ਨ (DVR)
  - ☐ ਸਪੈਸ਼ਲ ਕਮਿਟਮੈਂਟ ਸੈਂਟਰ (SCC)
  - ☐ ਚਿਲਡ੍ਰਨਜ਼ ਐਡਮਿਨਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ (CA)
  - ☐ ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ (CSD – ਜਨਤਕ ਸਹਾਇਤਾ)
  - ☐ ਹੋਮ ਐਂਡ ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ (HCS)
  - ☐ ਰੈਜੀਡੇਂਸ਼ਿਅਲ ਕੇਅਰ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ (RCS)
  - ☐ ਸਟੇਟ ਮੈਂਟਲ ਹੈਲਥ ਇੰਸਟਿਚਿਊਸ਼ਨਜ਼ (ESH, WSH, CSTC)
  - ☐ ਮਨੁੱਖੀ ਸ੍ਰੋਤਾਂ ਬਾਰੇ ਡਿਵੀਜ਼ਨ
  - ☐ ਹੋਰ: ____________________
- ☐ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਸੋਸ਼ਲ ਐਂਡ ਹੈਲਥ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ ਦੇ ਸਾਰੇ ਹਿੱਸੇ (DSHS)

<u>ਰਿਕਾਰਡ</u>: ਮੈਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ DSHS ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ ਜ਼ਾਹਰ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ:

- ☐ DSHS ਦੇ ਉੱਪਰ ਚਿੰਨ੍ਹਿਤ ਹਿੱਸਿਆਂ ਦੁਆਰਾ ਸੰਭਾਲੇ ਗਏ ਗਾਹਕ ਰਿਕਾਰਡ
- ☐ DSHS ਦੇ ਉੱਪਰ ਚਿੰਨ੍ਹਿਤ ਹਿੱਸਿਆਂ ਦੁਆਰਾ ਸੰਭਾਲੇ ਗਏ ਦੂਜੇ ਗੁਪਤ ਰਿਕਾਰਡ
- ☐ ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਸਬੰਧੀ ਰਿਕਾੱਰਡਾਂ ਵਿਚਲੀ ਨਿਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ
- ☐ ਮੇਰੇ ਸਾਰੇ ਗਾਹਕ ਰਿਕਾਰਡ
- ☐ ਨੱਥੀ ਸੂਚੀ ਤੇ ਰਿਕਾਰਡ
- ☐ ਸਿਰਫ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਰਿਕਾਰਡ:

ਮੈਂ ਜ਼ਾਹਰ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਅਨੁਸਾਰ ਸੀਮਿਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ (ਮਿਤੀ, ਰਿਕਾਰਡ ਦੀ ਕਿਸਮ, ਆਦਿ ਰਾਹੀਂ):

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨੋਟ ਕਰੋ: ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਗਾਹਕ ਜਾਂ ਹੋਰ ਗੁਪਤ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿੱਚ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ ਜ਼ਾਹਰ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣ ਲਈ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤਾ ਸੈਕਸ਼ਨ ਵੀ ਭਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

<u>ਖਾਸ ਰਿਕਾਰਡ</u>: ਮੈਂ DSHS ਦੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿਚ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜ਼ਾਹਰ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਆਪਣੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ (ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰਿਆਂ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ):

- ☐ HIV/AIDS ਅਤੇ ਸੈਕਸ ਰਾਹੀਂ ਫੈਲਣ ਵਾਲੇ ਰੋਗਾਂ (STD) ਦੀ ਜਾਂਚ ਦੇ ਨਤੀਜੇ, ਨਿਦਾਨ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ (RCW 70.02.220)
- ☐ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਦਾ ਰਿਕਾਰਡ (RCW 70.02.230 ਜਾਂ 240)
- ☐ ਰਸਾਇਣਾਂ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰਤਾ (CD) ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ (42 CFR ਭਾਗ 2)

- ਇਹ ਇਜਾਜ਼ਤ 180 ਦਿਨਾਂ ਲਈ ਜਾਂ ☐ ____________________ (ਮਿਤੀ ਜਾਂ ਘਟਨਾ, ਜੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਨਹੀਂ ਲਾਇਆ, ਤਾਂ 180 ਦਿਨ ਹੋਣਗੇ) ਤਕ ਜਾਇਜ਼ ਹੈ।
- ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਆਪਣੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨੂੰ ਲਿਖਤੀ ਤੌਰ ਤੇ ਰੱਦ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ, ਪਰ ਇਸ ਨਾਲ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਵੇਗਾ।
- ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਹ ਰਿਕਾੱਰਡ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੇਰੇ ਰਿਕਾਰਡ ਉਹਨਾਂ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੇ ਅਧੀਨ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਨਾ ਰਹਿਣ, ਜੋ DSHS ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।
- ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ ਜ਼ਾਹਰ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਮੇਰੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣ ਲਈ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਜਾਇਜ਼ ਹੈ। DSHS ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਲਈ ਮੁੱਲ ਲੈ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਅਧਿਕਾਰ ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ (ਦਸਤਖਤ)	ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ	ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ (ਏਰੀਆ ਕੋਡ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ)

ਸਾਫ਼ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਨਾਮ	ਗਵਾਹ/ਨੋਟਰੀ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ ਅਤੇ ਸਾਫ਼ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਨਾਮ ਲਿਖੋ)

ਜੇ ਮੈਂ ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਨਹੀਂ ਹਾਂ ਜੋ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦਾ ਵਿਸ਼ਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਮੇਰੇ ਕੋਲ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਮੈਂ: (ਅਧਿਕਾਰ ਦਾ ਸਬੂਤ ਨੱਥੀ ਕਰੋ)

☐ ਨਾਬਾਲਗ ਦੇ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ☐ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ☐ ਨਿੱਜੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ☐ ਕੋਈ ਹੋਰ:

<u>ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਲਈ ਨੋਟਿਸ</u>: ਜੇ ਇਹਨਾਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿੱਚ **HIV, STDs** (ਸੈਕਸ ਰਾਹੀਂ ਫੈਲਣ ਵਾਲੇ ਰੋਗਾਂ), ਜਾਂ ਸ਼ਰਾਬ ਜਾਂ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੇ ਦੁਰਉਪਯੋਗ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਤਾਂ ਸੰਘੀ ਅਤੇ ਰਾਜ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੇ ਤਹਿਤ ਤੁਸੀਂ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇ ਬਿਨਾਂ ਅਤੇ ਖਾਸ ਕਾਨੂੰਨੀ ਲੋੜਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰੇ ਕੀਤੇ ਬਿਨਾਂ ਉਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਅੱਗੇ ਜ਼ਾਹਰ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਅਧਿਕਾਰ ਦੇਣ ਦੇ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਨ ਲਈ ਹਿਦਾਇਤਾਂ

ਮਕਸਦ: ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਫਾਰਮ ਉਸ ਵੇਲੇ ਵਰਤਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ DSHS ਤੁਹਾਡੇ ਬਾਰੇ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ (ਕਿਸੇ ਵਕੀਲ, ਵਿਧਾਨਕਾਰ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ) ਦੇ ਕੋਲ ਜ਼ਾਹਰ ਕਰ ਸਕੇ। ਤੁਸੀਂ ਉਹਨਾਂ ਸਾਰੇ ਗੁਪਤ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ ਜ਼ਾਹਰ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜੋ DSHS ਕੋਲ ਤੁਹਾਡੇ ਬਾਰੇ ਹਨ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨੂੰ ਖਾਸ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਜਾਂ ਏਜੰਸੀ ਦੇ ਹਿੱਸਿਆਂ ਤਕ ਸੀਮਿਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਹ ਫਾਰਮ DSHS ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਚਰਚਾ ਕਰਨ ਦੀ ਵੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

ਗਾਹਕਾਂ ਲਈ ਨੋਟਿਸ DSHS ਦੇ ਕੋਲ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਗੁਪਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਦੂਜਿਆਂ ਨੂੰ ਜ਼ਾਹਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ ਜਦ ਤਕ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਜੇ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਜ਼ਾਹਰ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੀ ਆਗਿਆ ਨਹੀਂ ਹੈ। DSHS ਦੁਆਰਾ ਤੁਹਾਡੀ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜ਼ਾਹਰ ਕਰ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਦੇ ਬਾਅਦ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਜਾਣ ਲਵੋ ਕਿ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ ਉਹਨਾਂ ਹੀ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੇ ਤਹਿਤ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਨਾ ਕਰੇ ਜੋ DSHS ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ DSHS ਨੂੰ ਜ਼ਾਹਰ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣ ਦੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ DSHS ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ ਦੇਣ ਤੋਂ ਮਨ੍ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ, ਜਦ ਤਕ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਅਧਿਕਾਰ ਦੀ ਲੋੜ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਨਾ ਹੋਵੇ। HIPAA ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਰਾਹੀਂ DSHS ਦੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਘੇਰੇ ਹੇਠ ਕਿਵੇਂ ਆਉਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਰਾਜ਼ਦਾਰੀ ਦੇ ਹੱਕਾਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ www.dshs.wa.gov 'ਤੇ DSHS ਦਾ ਨੋਟਿਸ ਆਫ਼ ਪ੍ਰਾਈਵੇਸੀ ਪ੍ਰੈਕਟਿਸਿਜ਼ ਦੇਖੋ ਜਾਂ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਪੁੱਛੋ, ਜਿਸ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਫਾਰਮ ਦਿੱਤਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਵਰਤੋਂ: ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਫਾਰਮ ਇਲੈਕਟ੍ਰੋਨਿਕ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਜਾਂ ਹੱਥ ਨਾਲ ਭਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇੱਕ ਤੋਂ ਦੂਜੇ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਜਾਣ ਲਈ ਕੰਪਿਊਟਰ ਤੇ ਟੈਬ ਕੁੰਜੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ। ਬੱਚਿਆਂ ਸਮੇਤ, ਉਸ ਹਰੇਕ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਇੱਕ ਵੱਖਰਾ ਫਾਰਮ ਭਰਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜਿਸਦੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। "ਤੁਸੀਂ/ਤੁਹਾਨੂੰ" ਦਾ ਅਰਥ ਹੈ ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦਾ ਵਿਸ਼ਾ ਹੈ।

ਫਾਰਮ ਦੇ ਹਿੱਸੇ:

ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਜੋ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦਾ ਵਿਸ਼ਾ ਹੈ:

- ਨਾਮ: ਆਪਣਾ ਪੂਰਾ ਨਾਮ ਜਾਂ, ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਵੱਲੋਂ ਕੰਮ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੋ ਜਿਸਦੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ।
- ਜਨਮ ਮਿਤੀ: ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਮ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਪਛਾਣ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ।

ਰਿਕਾਰਡ ਲੱਭਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਚੋਣਵੀਂ ਜਾਣਕਾਰੀ:

- ਪੁਰਾਣੇ ਨਾਮ: ਕੋਈ ਵੀ ਹੋਰ ਨਾਮ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਬੈਨਿਫ਼ਿਟ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ ਵਰਤਿਆ ਗਿਆ ਹੈ।
- ਗਾਹਕ ਦਾ ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ: ਕੋਈ ਵੀ ਅਜਿਹਾ ਨੰਬਰ ਦੇਵੋ, ਜੋ ਸ਼ਾਇਦ DSHS ਨੇ ਦਿੱਤਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਹੋਰ ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ: ਕੋਈ ਹੋਰ ਪਛਾਣ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰੋ, ਜੋ DSHS ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ ਲੱਭਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੋਵੇ, ਜੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਿਰਫ਼ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਦਿਓ।
- ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਸਥਾਨ: ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਜ਼ਾਹਰ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਪਛਾਣਨ ਅਤੇ ਲੱਭਣ ਵਿੱਚ DSHS ਦੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੋ।

ਰਿਕਾਰਡ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਿਹਾ ਵਿਅਕਤੀ:

- ਸ਼ਨਾਖ਼ਤ: ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਸੈਕਸ਼ਨ ਨੂੰ ਜਿੰਨਾ ਹੋ ਸਕੇ ਪੂਰਾ ਭਰੋ ਤਾਂ ਜੋ ਅਸੀਂ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਸੰਗਠਨ ਦੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕੀਏ ਜਿਸ ਕੋਲ ਤੁਹਾਡੀ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤਕ ਪਹੁੰਚ ਹੋਵੇਗੀ।
- ਜ਼ਾਹਰ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਰਨ: ਇਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿ DSHS ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥ ਅਤੇ ਸ਼ਰਾਬ ਜਾਂ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਬਾਰੇ ਰਿਕਾਰਡ ਸਾਂਝੇ ਕਰ ਸਕੇ, ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਭਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ DSHS ਜ਼ਾਹਰ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਰਨ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਬੇਨਤੀ ਵੱਜੋਂ ਨੋਟ ਕਰੇਗਾ।

ਅਧਿਕਾਰ-ਪੱਤਰ:

- DSHS ਦੇ ਹਿੱਸੇ: ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਜਾਂ ਤਾਂ DSHS ਦੇ ਉਹਨਾਂ ਹਿੱਸਿਆਂ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ ਤੁਸੀਂ ਜ਼ਾਹਰ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਸੀਂ DSHS ਕੋਲ ਮੌਜੂਦ ਤੁਹਾਡੇ ਬਾਰੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਰਿਕਾਰਡ ਤਕ ਪਹੁੰਚ ਦੇਣੀ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਇਸ ਭਾਗ ਵਿੱਚ ਹੇਠਲੇ ਖਾਨੇ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ। ਜੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦਾ ਨਾਮ ਸੂਚੀ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਹੈ ਤਾਂ "ਕੋਈ ਹੋਰ" ਵਿੱਚ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦਾ ਨਾਮ ਲਿਖੋ।
- ਜ਼ਾਹਰ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ: ਦਰਸਾਓ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਨ੍ਹਾਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ ਜ਼ਾਹਰ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਸਾਰੇ DSHS ਗਾਹਕ ਜਾਂ ਹੋਰ ਗੁਪਤ ਰਿਕਾਰਡ ਜਾਂ ਇਹਨਾਂ ਦੇ ਕਿਸੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਜ਼ਾਹਰ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸੀਮਿਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਏਜੰਸੀ ਦੇ ਸਿਰਫ਼ ਉਹਨਾਂ ਹਿੱਸਿਆਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਤੇ ਉਪਰਲੇ ਭਾਗ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਏ ਗਏ ਹਨ, ਦੁਆਰਾ ਸੰਭਾਲੇ ਜਾਂਦੇ ਗਾਹਕ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ, ਜਾਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਨੱਥੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵਿੱਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤੇ ਖਾਸ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ ਜ਼ਾਹਰ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ। ਜੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਵੀ ਸੀਮਾਬੱਧਤਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਨ੍ਹਾਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ ਜ਼ਾਹਰ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਜਾਂ ਤਾਂ ਖਾਸ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਦਿਓ ਜਾਂ ਸੀਮਾਵਾਂ ਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰੋ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸੇਵਾ ਦੀ ਮਿਤੀ ਜਾਂ ਰਿਕਾਰਡ ਦੀ ਕਿਸਮ।
- ਪ੍ਰਤਿਬੰਧਤ ਰਿਕਾਰਡ: ਜੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਰਿਕਾਰਡ ਵਿੱਚ HIV/AIDS ਜਾਂ ਸੈਕਸ ਰਾਹੀਂ ਫੈਲਣ ਵਾਲੇ ਰੋਗਾਂ (STD) ਦੀ ਜਾਂਚ ਜਾਂ ਇਲਾਜ, ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਦੇ ਇਲਾਜ, ਜਾਂ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਜਾਂ ਸ਼ਰਾਬ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ DSHS ਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ ਜ਼ਾਹਰ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਰੇਕ ਆਈਟਮ ਤੇ ਸਹੀ ਲਗਾਉਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਮਨੋਰੋਗ ਇਲਾਜ ਦੀਆਂ ਟਿੱਪਣੀਆਂ (45 CFR 164.508(b) (3) (ii)) ਨੂੰ ਜ਼ਾਹਰ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦੇਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਵੱਖਰਾ ਫਾਰਮ ਭਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
- ਵੈਧਤਾ: ਇਹ ਫਾਰਮ ਉਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤਕ ਪਹੁੰਚ ਦੇਣ ਦੇ ਲਈ ਵੈਧ ਹੈ ਜੋ ਵਰਤਮਾਨ ਵਿੱਚ DSHS ਕੋਲ ਮੌਜੂਦ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੀ ਮਿਆਦ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਦੇ ਬਾਅਦ 180 ਦਿਨਾਂ ਬਾਅਦ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਵਲੋਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਮਿਤੀ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਵਲੋਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੇ ਗਏ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ 'ਤੇ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਤਾਰੀਖ਼ ਮੁਹੱਈਆ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ, ਤਾਂ ਅਖ਼ਤਿਆਰਨਾਮਾ 180 ਦਿਨਾਂ ਲਈ ਵੈਧ ਹੋਏਗਾ। ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਲਿਖਤੀ ਤੌਰ ਤੇ ਰਿਕਾਰਡ ਜ਼ਾਹਰ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਰੱਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਪਰ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਲੈਣਾ ਸੰਭਵ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ।
- ਲਾਗਤ: RCW 42.56.120 ਅਤੇ WAC 388-01-080 ਵਿੱਚ ਜਨਤਕ ਰਿਕਾਰਡ ਦਾ ਕਾਨੂੰਨ DSHS ਨੂੰ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀ ਕਾਪੀਆਂ ਅਤੇ ਡਾਕ ਦੀਆਂ ਲਾਗਤਾਂ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਰਾਜ ਦੇ ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਸਹੂਲਤਾਂ ਚੈਪਟਰ 70.02 RCW ਦੇ ਤਹਿਤ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ ਲਾਗਤ ਲਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।

ਦਸਤਖ਼ਤ:

- ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦਾ ਵਿਸ਼ਾ ਹੋ, ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ ਅਤੇ ਸਾਫ਼ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣਾ ਨਾਮ ਲਿਖੋ। ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ ਪਾਓ ਅਤੇ ਆਪਣਾ ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ ਲਿਖੋ।
- ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਆਖਰੀ ਲਾਈਨ ਤੇ ਦਰਸਾਓ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਅਜਿਹਾ ਕਿਉਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਧਿਕਾਰ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਅਦਾਲਤ ਦੇ ਆਦੇਸ਼ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੀ ਨਕਲ ਨੱਥੀ ਕਰੋ। ਜੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਉਮਰ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇਣ ਦੀ ਉਮਰ (ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਅਤੇ ਸ਼ਰਾਬ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ 13; HIV/AIDS ਜਾਂ ਦੂਜੇ ਸੈਕਸ ਰਾਹੀਂ ਫੈਲਣ ਵਾਲੇ ਰੋਗਾਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ 14; ਗਰਭ-ਨਿਰੋਧ ਅਤੇ ਗਰਭਪਾਤ ਲਈ ਕੋਈ ਵੀ ਉਮਰ; ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਦੂਜੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ 18) ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੈ ਤਾਂ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਵੀ ਆਪਣੇ ਗੁਪਤ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ ਜ਼ਾਹਰ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣ ਲਈ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ।
- ਗਵਾਹ ਜਾਂ ਨੋਟਰੀ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਫਾਰਮ ਨਿੱਜੀ ਤੌਰ ਤੇ ਜਮ੍ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਜੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਪੁਸ਼ਟੀ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿਸੇ ਗਵਾਹ ਜਾਂ ਨੋਟਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਸਾਫ਼ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣਾ ਨਾਮ ਲਿਖਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

DSHS ਲਈ ਨੋਟਿਸ: ਜੇ ਇਹਨਾਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿੱਚ HIV ਜਾਂ ਸੈਕਸ ਰਾਹੀਂ ਫੈਲਣ ਵਾਲੇ ਰੋਗਾਂ (STD) ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਤਾਂ DSHS ਨੂੰ ਲਾਜ਼ਮੀ ਤੌਰ ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਜਾਣਕਾਰੀ ਗੁਪਤ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਅਧਿਕਾਰ ਦੇ ਬਿਨਾਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ ਅੱਗੇ ਜ਼ਾਹਰ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜਿਵੇਂ ਕਿ RCW 70. 02.300 ਦੁਆਰਾ ਲੋੜੀਂਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ ਦੇ ਤਹਿਤ DSHS ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਜਾਂ ਸ਼ਰਾਬ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ ਭੇਜਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ DSHS ਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜ਼ਾਹਰ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ ਅੱਗੇ ਦਿੱਤਾ ਬਿਆਨ ਜ਼ਰੂਰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜੋ ਕਿ 42 CFR 2.32 ਦੁਆਰਾ ਲੋੜੀਂਦਾ ਹੈ:

> ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੰਘੀ ਗੁਪਤਤਾ ਨਿਯਮ (42 CFR ਭਾਗ 2) ਦੁਆਰਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਜ਼ਾਹਰ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ। ਸੰਘੀ ਨਿਯਮ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਅੱਗੇ ਜ਼ਾਹਰ ਕਰਨ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹਨ ਜਦ ਤਕ ਕਿ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ, ਜਿਸਦੇ ਨਾਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਬੰਧਤ ਹੈ, ਦੀ ਲਿਖਤੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਤੱਖ ਤੌਰ ਤੇ ਅੱਗੇ ਜ਼ਾਹਰ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨਾ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਉੱਝ 42 CFR ਭਾਗ 2 ਦੇ ਦੁਆਰਾ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨਾ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੋਵੇ। ਇਸ ਮਕਸਦ ਦੇ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਜਾਂ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਜ਼ਾਹਰ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਆਮ ਅਧਿਕਾਰ ਕਾਫ਼ੀ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਸੰਘੀ ਨਿਯਮ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਅਪਰਾਧਿਕ ਜਾਂਚ-ਪੜਤਾਲ ਜਾਂ ਸ਼ਰਾਬ ਜਾਂ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੇ ਦੁਰਵਿਹਾਰ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਤੇ ਮੁਕੱਦਮਾ ਚਲਾਉਣ ਲਈ ਵਰਤੇ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪ੍ਰਤਿਬੰਧਤ ਕਰਦੇ ਹਨ।