

Sự Cho Phép Authorization

SỰ CHO PHÉP TIẾT LỘ CÁC HỒ SƠ DSHS CỦA:															
HỌ	TÊN	TÊN LỚT	NGÀY SINH												
Thông tin sau đây có thể giúp xác định các hồ sơ:		TÊN TRƯỚC ĐÂY													
SỐ CĂN CƯỚC CỦA THÂN CHỦ	SỐ CĂN CƯỚC KHÁC	SỐ NGÀY DỊCH VỤ	ĐỊA ĐIỂM DỊCH VỤ												
TIẾT LỘ CHO:															
HỌ	TÊN	TÊN LỚT	CHỨC DANH												
TỔ CHỨC HOẶC DOANH NGHIỆP NẾU CÓ															
ĐỊA CHỈ	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ VÙNG												
SỐ ĐIỆN THOẠI (BAO GỒM MÃ VÙNG)	SỐ FAX (BAO GỒM MÃ VÙNG)	ĐỊA CHỈ E-MAIL													
LÝ DO TIẾT LỘ (KHÔNG BẮT BUỘC)															
SỰ CHO PHÉP:															
<p>NGUỒN TRỢ GIÚP: Tôi cho phép các chương trình DSHS sau đây hoặc cho quyền sử dụng thông tin mật về tôi được mô tả dưới đây. Thông tin có thể được cung cấp bằng miệng hoặc bằng cách chuyển dữ liệu qua máy tính, thư, fax, hoặc giao tận tay.</p> <p><input type="checkbox"/> Chỉ các chương trình sau đây (đánh dấu tất cả mục thích hợp):</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nha Sức Khỏe Hành Vi (BHA)</td> <td><input type="checkbox"/> Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng (CSD – trợ cấp công cộng)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nha Cấp Dưỡng Con (DCS)</td> <td><input type="checkbox"/> Sở Dịch Vụ Gia Đình và Cộng Đồng (HCS)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Phòng Hành Chánh Trợ Giúp Phát Triển Cho Người Tàn Tật (DDA)</td> <td><input type="checkbox"/> Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Nội Trú (RCS)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sở Phục Hồi Chức Năng Hướng Nghiệp (DVR)</td> <td><input type="checkbox"/> Các Cơ Quan Sức Khỏe Tâm Thần (ESH, WSH, CSTC)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Trung Tâm Điều Trị Đặc Biệt (SCC)</td> <td><input type="checkbox"/> Sở Lao Động Tiền Lương</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Khác: _____</td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Tất cả bộ phận của Bộ Y Tế và Xã Hội (DSHS)</p>				<input type="checkbox"/> Nha Sức Khỏe Hành Vi (BHA)	<input type="checkbox"/> Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng (CSD – trợ cấp công cộng)	<input type="checkbox"/> Nha Cấp Dưỡng Con (DCS)	<input type="checkbox"/> Sở Dịch Vụ Gia Đình và Cộng Đồng (HCS)	<input type="checkbox"/> Phòng Hành Chánh Trợ Giúp Phát Triển Cho Người Tàn Tật (DDA)	<input type="checkbox"/> Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Nội Trú (RCS)	<input type="checkbox"/> Sở Phục Hồi Chức Năng Hướng Nghiệp (DVR)	<input type="checkbox"/> Các Cơ Quan Sức Khỏe Tâm Thần (ESH, WSH, CSTC)	<input type="checkbox"/> Trung Tâm Điều Trị Đặc Biệt (SCC)	<input type="checkbox"/> Sở Lao Động Tiền Lương	<input type="checkbox"/> Khác: _____	
<input type="checkbox"/> Nha Sức Khỏe Hành Vi (BHA)	<input type="checkbox"/> Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng (CSD – trợ cấp công cộng)														
<input type="checkbox"/> Nha Cấp Dưỡng Con (DCS)	<input type="checkbox"/> Sở Dịch Vụ Gia Đình và Cộng Đồng (HCS)														
<input type="checkbox"/> Phòng Hành Chánh Trợ Giúp Phát Triển Cho Người Tàn Tật (DDA)	<input type="checkbox"/> Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Nội Trú (RCS)														
<input type="checkbox"/> Sở Phục Hồi Chức Năng Hướng Nghiệp (DVR)	<input type="checkbox"/> Các Cơ Quan Sức Khỏe Tâm Thần (ESH, WSH, CSTC)														
<input type="checkbox"/> Trung Tâm Điều Trị Đặc Biệt (SCC)	<input type="checkbox"/> Sở Lao Động Tiền Lương														
<input type="checkbox"/> Khác: _____															
<p>HỒ SƠ: Tôi cho phép các hồ sơ DSHS sau đây được tiết lộ:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Các hồ sơ thân chủ do các bộ phận của DSHS giữ lại được đánh dấu trên đây</td> <td><input type="checkbox"/> Tất cả hồ sơ thân chủ của tôi</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Các hồ sơ mật khác do các bộ phận của DSHS giữ lại được đánh dấu trên đây</td> <td><input type="checkbox"/> Các hồ sơ trên danh sách được đính kèm</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Thông tin cá nhân trong các hồ sơ có liên quan đến việc làm</td> <td><input type="checkbox"/> Chỉ các hồ sơ sau đây:</td> </tr> </table> <p>Tôi muốn giới hạn các hồ sơ sẽ được tiết lộ như sau (theo ngày, loại hồ sơ, v.v.):</p> <p><input type="checkbox"/> Tôi sẽ không yêu cầu tiết lộ các hồ sơ vào lúc này. Xin đặt quyền cho phép này vào hồ sơ thân chủ của tôi.</p>				<input type="checkbox"/> Các hồ sơ thân chủ do các bộ phận của DSHS giữ lại được đánh dấu trên đây	<input type="checkbox"/> Tất cả hồ sơ thân chủ của tôi	<input type="checkbox"/> Các hồ sơ mật khác do các bộ phận của DSHS giữ lại được đánh dấu trên đây	<input type="checkbox"/> Các hồ sơ trên danh sách được đính kèm	<input type="checkbox"/> Thông tin cá nhân trong các hồ sơ có liên quan đến việc làm	<input type="checkbox"/> Chỉ các hồ sơ sau đây:						
<input type="checkbox"/> Các hồ sơ thân chủ do các bộ phận của DSHS giữ lại được đánh dấu trên đây	<input type="checkbox"/> Tất cả hồ sơ thân chủ của tôi														
<input type="checkbox"/> Các hồ sơ mật khác do các bộ phận của DSHS giữ lại được đánh dấu trên đây	<input type="checkbox"/> Các hồ sơ trên danh sách được đính kèm														
<input type="checkbox"/> Thông tin cá nhân trong các hồ sơ có liên quan đến việc làm	<input type="checkbox"/> Chỉ các hồ sơ sau đây:														
<p>XIN LƯU Ý: Nếu các hồ sơ mật của thân chủ quý vị hoặc của người khác bao gồm bất kỳ thông tin nào sau đây, quý vị cũng phải hoàn tất mục dưới đây để cho phép tiết lộ các hồ sơ này:</p>															
<p>HỒ SƠ ĐẶC BIỆT: Tôi cho phép tiết lộ các hồ sơ sau đây được giữ lại trong các hồ sơ DSHS (đánh dấu tất cả mục thích hợp):</p> <p><input type="checkbox"/> Các kết quả xét nghiệm, hồ sơ chẩn đoán, hoặc điều trị HIV/AIDS và STD (RCW 70.02.220)</p> <p><input type="checkbox"/> Các hồ sơ sức khỏe tâm thần (RCW 70.02.230 hoặc 240)</p> <p><input type="checkbox"/> Các hồ sơ Rối Loạn Do Lạm Dụng Chất Gây Nghiện (CD) (42 CFR Phần 2)</p>															
<ul style="list-style-type: none"> Sự cho phép này có giá trị trong 180 ngày hoặc <input type="checkbox"/> cho đến _____ (ngày hoặc sự việc, nếu không đánh dấu, sẽ là 180 ngày). Tôi có thể hủy bỏ hoặc rút lại sự cho phép của tôi bằng văn bản vào bất kỳ lúc nào, nhưng điều đó sẽ không ảnh hưởng đến thông tin đã được đưa ra. Tôi hiểu rằng các hồ sơ của tôi không còn được bảo vệ theo các luật áp dụng cho DSHS sau việc này mà thông tin được đưa ra. Một bản sao của mẫu đơn này có giá trị về sự cho phép của tôi để tiết lộ các hồ sơ. DSHS có thể tính phí để cung cấp các bản sao hồ sơ. 															
ĐƯỢC CHO PHÉP BỞI (KÝ TÊN)	NGÀY KÝ	SỐ ĐIỆN THOẠI (MÃ VÙNG)													
VIẾT IN TÊN	NHÂN CHỨNG/CÔNG CHỨNG VIÊN (KÝ VÀ VIẾT IN TÊN, NẾU CÓ)														
<p>Nếu tôi không phải là đối tượng trong các hồ sơ, tôi được phép ký tên bởi vì tôi là (đính kèm theo bằng chứng có thẩm quyền):</p> <p><input type="checkbox"/> Cha/mẹ của trẻ nhỏ <input type="checkbox"/> Người Giám Hộ Hợp Pháp <input type="checkbox"/> Đại Diện Cá Nhân <input type="checkbox"/> Khác:</p>															

Thông báo cho những người đang nhận thông tin: Nếu các hồ sơ này có thông tin về HIV, STD, hoặc AIDS, hoặc lạm dụng rượu bia hay ma túy, quý vị không thể tiết lộ nhiều hơn về thông tin đó theo luật pháp liên bang và tiểu bang mà không được sự cho phép riêng của đối tượng và đáp ứng các yêu cầu pháp lý cụ thể.

HƯỚNG DẪN HOÀN TẤT MẪU ĐƠN CHO PHÉP

Mục Đích: Quý vị nên sử dụng mẫu đơn này khi quý vị muốn DSHS có thể tiết lộ thông tin mật về quý vị cho một người khác (kể cả một luật sư, thành viên cơ quan lập pháp hoặc thân nhân). Quý vị có thể cho phép tiết lộ tất cả hồ sơ mật mà DSHS có về quý vị hoặc quý vị có thể hạn chế sự cho phép của quý vị đối với các hồ sơ riêng biệt hoặc các phần nhiệm vụ của cơ quan. Mẫu đơn này cũng sẽ cho phép DSHS bàn thảo hoàn cảnh của quý vị bằng miệng với người mà quý vị cho phép.

Thông Báo cho Các Thân Chủ: Hầu hết thông tin của thân chủ mà DSHS có đều là thông tin mật và sẽ không được tiết lộ cho những người khác trừ khi quý vị cho phép hoặc nếu việc tiết lộ được phép của luật pháp. Sau khi DSHS tiết lộ thông tin mật của quý vị, xin nhớ rằng người nhận không thể bảo vệ các hồ sơ của quý vị theo cùng các luật áp dụng cho DSHS. DSHS không thể từ chối quý vị các phúc lợi nếu quý vị không ký tên vào mẫu đơn này để cho phép tiết lộ đến DSHS trừ khi sự cho phép của quý vị cần thiết để xác định việc hội đủ điều kiện. Để biết thông tin về cách thức các thành phần chăm sóc sức khỏe DSHS được bao trả bởi HIPAA chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo mật và các quyền riêng tư của quý vị, xin tham khảo Thông Báo về Quyền Riêng Tư của DSHS tại www.dshs.wa.gov hoặc hỏi người đã cung cấp cho quý vị mẫu đơn này. Quý vị có thể nhận được một bản sao của mẫu đơn này.

Sử Dụng: Quý vị có thể điền vào mẫu đơn này bằng điện tử hoặc bằng tay. Sử dụng phím tab trên máy tính để di chuyển giữa các trường. **Một mẫu đơn riêng phải được hoàn tất cho mỗi người có các hồ sơ được yêu cầu, kể cả trẻ em.** "Quý vị" dùng để nói đến đối tượng trong các hồ sơ.

Các Phần của Mẫu Đơn:

NHÂN DANG CỦA ĐỐI TƯỢNG TRONG CÁC HỒ SƠ:

- Tên:** Cung cấp họ tên đầy đủ của quý vị hoặc tên của người có các hồ sơ được yêu cầu nếu quý vị đang đại diện cho người nào khác.
- Ngày sinh:** Xin bao gồm thông tin này được cần để nhận dạng quý vị từ những người có cùng tên.

THÔNG TIN TỰY CHON để giúp xác định các hồ sơ:

- Tên trước đây:** Bao gồm bất kỳ tên nào khác đã được sử dụng khi nhận các phúc lợi hoặc dịch vụ.
- Số căn cước của thân chủ:** Cung cấp bất kỳ số nào mà DSHS có thể đã chỉ định.
- Số căn cước khác:** Bao gồm bất kỳ căn cước nào khác có thể giúp xác định các hồ sơ DSHS. Chỉ cung cấp một số an sinh xã hội nếu cần.
- Ngày và địa điểm dịch vụ:** Cung cấp thông tin này để trợ giúp DSHS nhận dạng và xác định các hồ sơ mà quý vị muốn tiết lộ.

NGƯỜI NHẬN CÁC HỒ SƠ:

- Nhân Dạng:** Xin điền vào mục này càng đầy đủ càng tốt để chúng tôi có thể liên hệ với người hoặc tổ chức này sẽ có quyền sử dụng sử dụng thông tin mật của quý vị.
- Lý Do Tiết Lộ:** Thông tin này được yêu cầu trước khi DSHS có thể chia sẻ các hồ sơ về nghiện ma túy và rượu bia hoặc sức khỏe tâm thần. Nếu quý vị không điền vào trường này, DSHS sẽ ghi chú lý do tiết lộ là do yêu cầu của quý vị.

SỬ CHO PHÉP:

- Các Bộ Phần của DSHS:** Xin đánh dấu các bộ phận của DSHS mà quý vị muốn tiết lộ các hồ sơ hoặc đánh dấu vào ô cuối trong mục này nếu quý vị muốn cho quyền sử dụng bất kỳ hồ sơ nào mà DSHS có về quý vị. Viết tên chương trình trong mục "Khác" nếu không nằm trong danh sách.
- Thông tin được tiết lộ:** Cho biết những hồ sơ nào mà quý vị muốn tiết lộ. Quý vị có thể cho phép tiết lộ tất cả hoặc một phần các hồ sơ thân chủ DSHS hoặc các hồ sơ mật khác của quý vị. Quý vị cũng có thể hạn chế tiết lộ các hồ sơ thân chủ chỉ được giữ lại bởi các bộ phận của cơ quan được đánh dấu trong mục trên đây, hoặc các hồ sơ riêng biệt được liệt kê trong mẫu đơn hay một phần đính kèm mà quý vị ký tên. Nếu có bất kỳ hạn chế nào về các hồ sơ mà quý vị muốn tiết lộ, hoặc liệt kê các hồ sơ riêng biệt hoặc mô tả các hạn chế, chẳng hạn như theo ngày của các dịch vụ hoặc loại hồ sơ.
- Các hồ sơ có giới hạn:** Nếu bất kỳ hồ sơ nào có thể bao gồm thông tin về các dịch vụ xét nghiệm hoặc điều trị HIV/AIDS hoặc STD, điều trị sức khỏe tâm thần, hoặc rối loạn do lạm dụng chất gây nghiện, quý vị phải đánh dấu mỗi mục để cho phép DSHS tiết lộ các hồ sơ này. Sử dụng giấy Cho Phép Tâm Lý Trị Liệu, mẫu đơn DSHS 17-270, để cho phép tiết lộ các ghi chú tâm lý liệu pháp (45 CFR 164.508(b) (3) (ii)).
- Giá trị pháp lý:** Mẫu đơn này có giá trị cho quyền sử dụng thông tin hiện đang được DSHS giữ lại. Sự cho phép của quý vị đến 180 ngày sẽ hết hạn sau khi ký tên hoặc vào bất kỳ ngày hoặc sự việc nào khác mà quý vị cung cấp. Nếu quý vị không cung cấp ngày, sự cho phép sẽ có giá trị trong 180 ngày. Quý vị có thể hủy bỏ sự cho phép để tiết lộ các hồ sơ bằng văn bản vào bất kỳ lúc nào nhưng sẽ quá trễ để lấy lại thông tin đã được đưa ra.
- Chi Phí:** Các hồ sơ công thực hiện nhiệm vụ trong RCW 42.56.120 và WAC 388-01-080 cho phép DSHS tính phí các bản sao hồ sơ cộng thêm phí gửi thư. Các bệnh viện và cơ sở chăm sóc sức khỏe tiểu bang có thể tính phí các hồ sơ bệnh nhân theo Chương 70.02 RCW.

CHỮ KÝ:

- Nếu quý vị là đối tượng trong các hồ sơ,** hãy ký và cũng viết in hoặc gõ tên quý vị dưới đây. Chèn ngày quý vị đã ký thêm vào số điện thoại hoặc địa chỉ liên hệ của quý vị.
- Nếu quý vị đang ký cho một người khác,** cho biết lý do vì sao quý vị có thể làm như thế trên dòng cuối và đính kèm một bản sao lệnh tòa hoặc chứng từ khác cho quý vị thẩm quyền pháp lý. Trẻ em cũng phải ký tên để cho phép tiết lộ các hồ sơ mật của riêng trẻ nếu các trẻ trên tuổi thành niên (13 tuổi đối với các dịch vụ sức khỏe tâm thần và ma túy và rượu bia; 14 tuổi đối với thông tin về HIV/AIDS hoặc STDs khác; bất kỳ độ tuổi nào đối với sinh đẻ có kế hoạch và phá thai; 18 tuổi đối với các hồ sơ sức khỏe hoặc hồ sơ khác).
- Nhân chứng hoặc công chứng viên:** Một nhân chứng hoặc công chứng viên có thể cần để xác minh nhân dạng của quý vị nếu quý vị không nộp mẫu đơn này trực tiếp hoặc nếu một chương trình yêu cầu sự xác minh. Người này sẽ ký và viết in tên của mình.

THÔNG BÁO CHO DSHS: Nếu các hồ sơ này có thông tin HIV hoặc STD, DSHS phải thông báo cho những người nhận biết rằng thông tin này là mật và họ không thể tiết lộ thêm các hồ sơ mà không có sự cho phép riêng biệt theo quy định của RCW 70.02.300. Nếu DSHS gửi các bản sao hồ sơ có liên quan đến các dịch vụ điều trị rối loạn do lạm dụng chất gây nghiện theo sự cho phép này, DSHS phải bao gồm báo cáo sau đây khi tiết lộ thông tin theo quy định của 42 CFR 2.32:

Thông tin này đã được tiết lộ cho quý vị từ các hồ sơ được bảo vệ bởi các luật bảo mật Liên Bang (42 CFR phần 2). Các luật liên bang nghiêm cấm quý vị tiết lộ thêm bất kỳ mục nào của thông tin này trừ khi việc tiết lộ thêm được cho phép tuyệt đối bằng văn bản ưng thuận của người có liên quan hoặc về mặt cách khác còn được cho phép bởi 42 CFR phần 2. Một sự cho phép chung về việc tiết lộ thông tin y tế hoặc thông tin khác là KHÔNG đủ cho mục đích này. Các luật Liên Bang nghiêm cấm bất kỳ việc sử dụng thông tin nào để điều tra tội phạm hoặc truy tố bất kỳ bệnh nhân nào lạm dụng ma túy hoặc rượu bia.