

DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)
Sự Cho Phép Tiết Lộ Video Giới Thiệu Của DDA
DDA Authorization for Release of Referral Video

Sự Cho Phép Công Bố Thông Tin về:				
TÊN: HỌ	TÊN	TÊN LỚT	NGÀY SINH	SỐ ĐIỆN THOẠI (CÓ MÃ VÙNG)
ĐỊA CHỈ GỞI THƯ	THÀNH PHỐ	TỈNH BANG	MÃ VÙNG	ĐỊA CHỈ EMAIL
TÊN NGƯỜI LIÊN HỆ DDA				SỐ ĐIỆN THOẠI (CÓ MÃ VÙNG)
ĐỊA CHỈ GỞI THƯ	THÀNH PHỐ	TỈNH BANG	MÃ VÙNG	ĐỊA CHỈ EMAIL

Lý do tiết lộ: Để cung cấp cho các nhà cung cấp dịch vụ cư trú tiềm năng trong cộng đồng một video ngắn về tôi đã mô tả những điều tôi thích, không thích và sở thích của mình về nơi tôi muốn sống và cách thức tôi muốn được hỗ trợ trong cộng đồng.

Các video này có thể được chia sẻ trong DSHS, hoặc có thể được chia sẻ với những người bên ngoài DSHS.

Mô tả về bất kỳ thông tin sức khỏe hay cá nhân được bảo vệ nào đang được tiết lộ:

- Tên tôi (họ sẽ không được tiết lộ)
- Thực tế là tôi nhận được các dịch vụ từ DDA DSHS
- Thông tin về loại khuyết tật mà tôi bị
- Loại dịch vụ mà tôi nhận được

Mô tả chung về thông tin đang được tiết lộ: Những điều tôi thích, không thích, quan tâm, mong muốn và sở thích của mình về nơi tôi muốn sống và tôi muốn được hỗ trợ trong cộng đồng.

DSHS không thể tiết lộ bất kỳ thông tin nào về tình trạng hoặc dịch vụ của tôi liên quan đến HIV/AIDS, STDs, sức khỏe tâm thần, hoặc lạm dụng rượu bia hay ma túy.

Sự Cho Phép Tiết Lộ

Tôi cho phép Phòng Hành Chánh Trợ Giúp Phát Triển Cho Người Tàn Tật trực thuộc Bộ Y Tế và Xã Hội Tiểu Bang Washington chia sẻ video của tôi với các nhà cung cấp dịch vụ cư trú trong cộng đồng. Tôi hiểu rằng thông tin có thể được công bố dưới hình thức một video ngoài danh mục trên YouTube, một trang web không an toàn, trong ____ ngày. Tôi hiểu rằng tôi sẽ không nhận được tiền đền bù cho việc tham gia của mình. Tôi cũng hiểu rằng tôi không bị buộc ký vào giấy cho phép này. Nếu tôi quyết định không ký, quyết định của tôi sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ quyết định nào về việc hội đủ điều kiện của mình để hưởng các dịch vụ DSHS hoặc bất kỳ phúc lợi nào mà tôi có thể nhận được từ DSHS.

- Việc đồng ý này hợp lệ trong một năm hoặc cho đến khi ____ (ngày hoặc sự kiện, không vượt quá một năm).
- Tôi có thể hủy bỏ hoặc rút lại việc đồng ý này vào bất kỳ lúc nào bằng văn bản, nhưng điều đó sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ thông tin nào đã được chia sẻ.
- Tôi hiểu rằng các hồ sơ được chia sẻ theo sự đồng ý này có thể không còn được bảo vệ theo luật áp dụng cho DSHS.
- Một bản sao mẫu đơn này có hiệu lực về việc tôi cho phép chia sẻ thông tin.

DSHS không thể tiết lộ bất kỳ thông tin nào về tình trạng hoặc dịch vụ HIV/AIDS, STDs, sức khỏe tâm thần hoặc lạm dụng chất gây nghiện.

CHỮ KÝ	NGÀY	TÊN VIẾT IN
--------	------	-------------

Nếu tôi không phải là người có thông tin đang được tiết lộ, tôi được quyền ký tên bởi vì tôi là:

- Người Giám Hộ Hợp Pháp có lệnh tòa trong hồ sơ thân chủ
- Giấy Ủy Quyền Lâu Dài có thẩm quyền **thích hợp** trong hồ sơ thân chủ

Mối quan hệ:

Số điện thoại (có mã vùng):

Hoàn tất dưới đây để hủy bỏ sự cho phép của quý vị.

Để Chấm Dứt Sự Cho Phép: Hoàn tất thông tin dưới đây và gửi đến địa chỉ email được liệt kê ở trên.

Tôi chọn hủy bỏ sự cho phép của tôi để tiết lộ thông tin của tôi. Tôi hiểu rằng sự hủy bỏ sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ thông tin nào được tiết lộ trước đây.

CHỮ KÝ	NGÀY	TÊN VIẾT IN
--------	------	-------------