Washington State Department of Social & Health Services

CONSENT/ ZGODA

UWAGA KLIENCI: Urząd d/s Usług Socjalnych i Zdrowia (DSHS) może być bardziej pomocny, jeśli będzie współpracowal z innymi agencjami i fachowcami, którzy znają Ciebie i Twoja rodzinę. Podpisując niniejszy druk, wyrażasz zgodę na to, aby DSHS oraz inne niżej wymienione agencje i osoby prywatne mogły korzystać i dzielić się poufną informacją o Tobie. DSHS nie może odmówić świadczeń, jeśli nie podpiszesz tego druku, chyba, że Twoja zgoda jest potrzebna do ustalenia prawa do ubiegania się. Jeśli nie podpiszesz tego druku, DSHS może mimo wszystko dzielić się informacją o Tobie w stopniu prawnie dopuszczalnym. Jeśli masz pytania odnośnie sposobu w jaki DSHS dzieli się poufną informacją o kliencie, lub na temat Twojego prawa do prywatności, proszę odnieść się do Pisma DSHS w Sprawie Procedury Prawnej Odnośnie Prywatności lub spytać osobę dającą Ci ten druk.

TOŻSAMOŚĆ KLIENTA:

IMIĘ	DATA URODZENIA	NUMER TOŻSAMOŚCI

ADRES	MIASTO	STAN	KOD POCZTOWY

NUMER TELEFONU (WŁĄCZNIE Z KIERUNKOWYM)	INNE INFORMACJE

ZGODA:

Wyrażam zgodę na korzystanie z poufnych informacji o mnie w ramach DSHS w celu planowania, dostarczania i koordynowania usług, leczenia, zapłaty i świadczeń dla mnie lub w innych celach upoważnionych prawnie. Udzielam także pozwolenia DSHS i niżej wymienionym agencjom, dostawcom usług czy osób na korzystanie z poufnych informacji o mnie i okazywanie ich sobie nawzajem w tych celach. Informacje można przekazywać ustnie lub za pomocą komputera, poczty lub przez osobiste doręczenie.

Proszę zakreślić poniżej wszystkich podlegających niniejszej zgodzie poza DSHS oraz podać nazwę/imię i adres:

- ☐ Ośrodki zdrowia: _____
- ☐ Ośrodki dla umysłowo chorych: _____
- ☐ Ośrodki usług dla uzależnionych chemicznie: _____
- ☐ Inne ośrodki posiadające kontrakt z DSHS: _____
- ☐ Programy mieszkaniowe: _____
- ☐ Okręgi szkolne lub szkoły wyższe: _____
- ☐ Urząd Poprawczy: _____
- ☐ Urząd d/s Zabezpieczenia Pracy wraz z partnerami od spraw zatrudnienia: _____
- ☐ Urząd d/s Ubezpieczenia Społecznego lub inna agencja federalna: _____
- ☐ Patrz załączona lista
- ☐ Inne:

Upoważniam i wyrażam zgodę na dzielenie się następującymi dokumentami i informacjami (zaznacz wszystkie odnoszące się pozycje):

- ☐ Wszystkie dokumenty mojego klienta
- ☐ Dokumenty na załączonej liście
- ☐ Tylko następujące dokumenty
  - ☐ Historia rodzinna, socjalna i zatrudnienia
  - ☐ Informacja na temat opieki zdrowotnej
  - ☐ Plany leczenia lub opieki
  - ☐ Dokumentacja opłat
  - ☐ Indywidualne oszacowania
  - ☐ Szkoła, wykształcenie i szkolenie
  - ☐ Inne (wymień):

UWAGA: Jeśli dokumenty klienta zawierają następujące informację, musisz również wypełnić następującą część w celu załączenia tych dokumentów.

Udzielam zgody na ujawnienie następujących dokumentów (zaznacz wszystkie, które się stosują):

☐ Zdrowie umysłowe ☐ Wyniki testów, diagnoza i leczenie HIV/AIDS i STD (chorób przekazywanych drogą płciową) ☐ Świadczenia odnośnie Uzależnienia Chemicznego (CD)

- **Niniejsza zgoda ważna jest na okres ☐ jednego roku ☐ dopóki DSHS będzie potrzebowało dokumentów lub aż do ☐ _____ (data lub wydarzenie).**
- **Wolno mi odwołać lub wycofać niniejsza zgodę w każdej chwili na piśmie, nie będzie to jednak miało wpływu na informacje już rozdzielone.**
- **Rozumię, że dokumenty rozdzielone zgodnie z niniejszą umową nie podlegają już ochronie prawnej obejmującej DSHS.**
- **Kopia tego druku posiada moc obowiązującą do udzielenia mojej zgody na dzielenie się dokumentami.**

PODPIS	DATA	KONTAKT W AGENCJI/PODPIS ŚWIADKA	DATA

PODPIS RODZICA LUB INNEGO PRZEDSTAWICIELA (JEŚLI STOSOWNE)	NUMER TELEFONU (PODAJ KIERUNKOWY)	DATA

Jeśli nie jestem przedmiotem dokumentów, jestem upoważniony(a) do złożenia podpisu ponieważ jestem: (załącz dowód pełnomocnictwa)

☐ Rodzicem ☐ Kuratorem (załącz zarządzenie sądowe) ☐ Zarządcą spadku ☐ Inne:

UWAGA DLA ODBIORCÓW INFORMACJI: **Jeśli dokumenty zawierają informacje dotyczące HIV, STDs, (chorób przekazywanych drogą płciową) lub AIDS, nie wolno dalej przekazywać tej informacji bez ścisle określonego pozwolenia klienta.** Jeśli otrzymałeś informacje odnośnie **nadużywania narkotyków i alkoholu** przez klienta, należy włączyć następujące oświadczenie w przypadku dalszego ujawniania informacji zgodnie z 42 CFR 2.32:

Niniejsza informacja została ujawniona z dokumentów chronionych federalnymi przepisami o poufności (42 CFR część 2). Przepisy federalne zakazują dalszego ujawniania niniejszej informacji, chyba, że ujawnienie jest wyraźnie dozwolone za zgodą na piśmie od osoby, której to dotyczy lub w inny sposób dozwolone zgodnie z 42 CFR część 2. Ogólne upoważnienie do ujawniania medycznych i innych informacji NIE JEST wystarczające w tym celu. Przepisy federalne ograniczają używanie informacji do celów prowadzenia dochodzeń kryminalnych lub zaskarżania pacjentów nadużywajacych alkoholu czy narkotyków.

INSTRUKCJE DO WYPEŁNIENIA DRUKU W SPRAWIE ZGODY

Cel: Posługuj się tym drukiem, jeśli nieustannie potrzebujesz zgody na używanie poufnej informacji dotyczącej klienta w ramach DSHS lub do ujawnienia informacji innym agencjom w celu koordynacji świadczeń, leczenia, opłat, działań agencyjnych lub w innych celach prawnie dopuszczalnych. Klient to osoba otrzymująca świadczenia lub usługi z DSHS.

Używanie: Wypełnij ten druk elektronicznie, jeśli to możliwe, dla łatwości odczytywania. **Osobny druk musi zostać wypełniony dla każdej osoby, włącznie z dziećmi.** "Ty" w instrukcjach odnosi się do pracownika DSHS, a "Ty" w druku odnosi się do klienta. Dzielenie się dokumentami składa się z korzystania i ujawniania poufnych informacji na temat klienta.

Części Druku:

TOŻSAMOŚĆ:

- Imię: Podaj imię tylko jednego klienta na każdym druku. Podaj wszystkie poprzednie imiona używane przez klienta w czasie otrzymywania świadczeń.
- Data Urodzenia: Potrzebna jest do odróżnienia klienta od innych osób o podobnych imionach.
- Numer tożsamości: Podaj numer tożsamości klienta lub inny numer, np. social security (nie jest wymagany) w celu ułatwienia identyfikacji dokumentów, śledzenie przebiegu i otrzymywanych świadczeń.
- Adres i telefon: Dodatkowe informacje mogące pomóc w zlokalizowaniu, identyfikacji i kontakcie z klientem.
- Inne: Podaj w tej rubryce dodatkowe informacje mogące pomóc w zlokalizowaniu dokumentów, z częściowym zaangażowaniem DSHS, podajac świadczenia, imiona członków rodziny i inne stosowne informacje.

ZGODA (UPOWAŻNIENIE):

- Agencje lub osoby wymieniające się dokumentami: Wypełnienie tego druku przez klienta pozwoli na korzystanie i dzielenie się poufnymi informacjami w zasięgu całego DSHS. DSHS będzie moglo ujawniać i otrzymywać poufne informacje od wymienionych agencji i osób z zewnątrz. Podaj identyfikujące wiadomości na temat agencji lub dostarczycieli świadczeń, włącznie z imieniem, adresem i położeniem, jeśli to mozliwe. Możesz również dołączyć listę agencji, którym wolno rozdzielać informacje i którą klient musi również podpisać.
- Zawarte informacje: Klienci musza wskazać, które dokumenty podlegają zgodzie. Klienci mogą udostępnić wszystkie dokumenty lub ograniczyć je według daty, typu lub źródła pochodzenia. Jeśli klient nie podpisze zgody lub nie określi szczególnego dokumentu, dzielenie się tym dokumentem będzie nadal możliwe jeśli będzie to zgodne z prawem. Możesz załączyć listę dokumentów, którą klient musi podpisać. Jeśli dokument zawiera informacje odnoszące się do zdrowia umysłowego (RCW 71.05.620), HIV/AIDS lub testów i leczenia STD (chorób przekazywanych drogą płciową) (RCW 70.24.105), lub świadczeń odnośnie narkotyków i alkoholu (42 CFR 2.31(a)(5)), klient musi specjalnie zaznaczyć te miejsca, aby udzielić zgody na dzielenie się tymi dokumentami. Niniejszy druk nie jest odpowiedni do załączania uwag na temat psychoterapii zgodnie z 45 CFR 164.508(b)(3)(ii). Osobny druk musi zostać wypełniony do załączenia tych dokumentów.
- Okres trwania: Załącz datę wygaśniecia zgody służącej dla celów Twojego programu lub zgodnie z przepisami prawnymi.
- Zastrzeżenie: Upewnij się, czy klient rozumie jakiego rodzaju pozwolenia udziela oraz w jaki sposób i dlaczego informacja będzie rozdzielana. Jeśli potrzeba, skorzystaj z przetłumaczonego druku i tlumacza lub przeczytaj druk na głos. Jeśli klient będzie potrzebował więcej informacji, dostarcz dodatkową kopię Pisma DSHS w Sprawie Praktyki Unikania Rozgłosu lub skieruj klienta do urzędnika d/s publicznego ujawniania w Twojej jednostce.

PODPISY:

- Klient: W tej rubryce podpis i datę ma złożyć klient lub dziecko powyżej wieku odpowiedniego do wyrażania zgody (13 w przypadku usług odnoszacych się do zdrowia umysłowego, narkotyków i alkoholu; 14 dla HIV/AIDS oraz innych chorób przekazywanych drogą płciową; każdy wiek w przypadku antykoncepcji i aborcji; 18 dla opieki zdrowotnej i innych dokumentów). Klient może postawić znak w tej rubryce w Twojej obecności jako świadka.
- Kontakt w Agencji lub Świadek: Złóż podpis w tej rubryce, jeśli przedstawiasz i wyjaśniasz ten druk klientowi. Proszę podac swój number telefonu. Jeśli klient będzie podpisywał druk poza biurem, poinformuj go, aby świadek podpisał w tym miejscu i podał swój numer telefonu. Notariusz publiczny może służyc jako świadek składania podpisu klienta.
- Rodzice lub Inni Przedstawiciele: Jeśli klient jest dzieckiem niepełnoletnim do wyrażenia zgody, podpis za niego złożyć musi rodzic lub kurator. Jeśli dziecko jest poniżej wieku wymaganego do wyrażenia zgody na dzielenie się dokumentami zarówno dziecko jak i rodzic muszą podpisać. Jeśli klient jest osobą prawnie niekompetentną, podpis musi złożyć sądownie wyznaczony kurator oraz dostarczyć kopię nakazu mianowania. Jeśli ktoś podpisuje w innym charakterze (włącznie z osobą posiadającą upoważnienie lub będącą pełnomocnikiem do zarządu majątkiem), zaznacz "inne" i uzyskaj kopię upoważnienia prawnego do działania. Osoba podpisująca musi opatrzyć podpis datą oraz podac numer telefonu lub informację na temat kontaktu.