Washington State Department of Social & Health Services

UPOWAŻNIENIE
AUTHORIZATION

UPOWAŻNIENIE DO UJAWNIENIA AKT OSOBOWYCH:

NAZWISKO	IMIĘ	DRUGIE IMIĘ	DATA URODZENIA

Poniższe informacje pomogą znaleźć akta:	POPRZEDNIO UŻYWANE NAZWISKA

NUMER IDENTYFIKACYJNY PETENTA	INNY NUMER IDENTYFIKACYJNY	DATY USŁUG	MIEJSCE ŚWIADCZENIA USŁUG

KOMU UJAWNIĆ:

NAZWISKO	IMIĘ	DRUGIE IMIĘ	TYTUŁ

NAZWA ORGANIZACJI LUB PRZEDSIĘBIORSTWA JEŻELI DOTYCZY

ULICA I NUMER DOMU	MIEJSCOWOŚĆ	STAN	KOD POCZTOWY

NUMER TELEFONU (Z KIERUNKOWYM)	NUMER TELEFONU (Z KIERUNKOWYM)	ADRES E-MAIL

POWÓD UJAWNIENIA

UPOWAŻNIENIE:

ŹRÓDŁA INFORMACJI: Upoważniam następujące programy do ujawnienia lub udzielenia dostępu do poufnych informacji o mnie zgodnie z opisem poniżej. Informacji można udzielać ustnie lub za pomocą przesyłu danych komputerowych, pocztą, faksem lub do rąk własnych odbiorcy.

☐ Tylko następujące programy (prosimy zaznaczyć wszystkie odnośne):

- ☐ Administracja Usług dla Osób w Podeszłym Wieku i Niepełnosprawnych
- ☐ Administracja Pomocy Materialnej
- ☐ Administracja Usług Finansowych
- ☐ Administracja Pomocy Medycznej
- ☐ Dział Rehabilitacji Zawodowej
- ☐ Inne: _____
- ☐ Administracja Służb dla Dzieci
- ☐ Dział Alimentów dla Dzieci
- ☐ Administracja Rehabilitacji Młodocianych
- ☐ Dział Zwalczania Alkoholizmu i Narkomanii
- ☐ Dział Zdrowia Psychicznego, w tym szpitale stanowe

☐ Wszystkie wydziały Departamentu Pomocy Społecznej i Zdrowia (DSHS)

AKTA: Upoważniam do ujawnienia następujących akt:

- ☐ Akta petenta przechowywane w zaznaczonych wyżej działach DSHS
- ☐ Akta poufne przechowywane w zaznaczonych wyżej działach DSHS
- ☐ Tylko następujące akta:
- ☐ Wszystkie moje akta petenta
- ☐ Akta na załączonej liście

Chcę ograniczyć akta, które mogą zostać ujawnione, do następujących (według daty, rodzaju akt itp.):

UWAGA: Jeżeli poufne akta petenta zawierają któreś z poniższych informacji, trzeba wypełnić również poniższą część, aby zezwolić na ich ujawnienie.

AKTA SPECJALNE: Udzielam zezwolenia na ujawnienie następujących akt (zaznaczyć wszystkie odnośne):

- ☐ Wyniki testów HIV/AIDS i na choroby weneryczne, akta dotyczące diagnozy lub leczenia (RCW 70.24.105)
- ☐ Akta dotyczące zdrowia psychicznego (RCW 71.05.620), w tym:
- ☐ Akta dotyczące uzależnień od substancji chemicznych (CD) (42 CFR Cz. 2), w tym:

- Niniejsze zezwolenie jest ważne przez ☐ 90 dni lub ☐ do _____ (data lub wydarzenie).
- Mogę w dowolnej chwili odwołać zezwolenie na piśmie, lecz nie będzie to dotyczyło informacji już ujawnionych.
- Przyjmuję do wiadomości, że po ujawnieniu moje akta mogą przestać podlegać ochronie na mocy przepisów, które dotyczą DSHS.
- Kopia niniejszego formularza stanowi udzielenie zezwolenia na ujawnienie moich akt. DSHS może pobrać opłatę za dostarczenie kopii swoich akt.

UPOWAŻNIENIA UDZIELIŁ/a (PODPIS)	DATA PODPISANIA	NUMER TELEFONU (Z KIERUNKOWYM)

NAZWISKO CZYTELNIE	ŚWIADEK / NOTARIUSZ (PODPIS I NAPIS CZYTELNY, JEŻELI DOTYCZY)

Jeżeli nie jestem podmiotem akt, jestem upoważniony/a do podpisania niniejszego jako: (prosimy załączyć dowód uprawnienia)
☐ Rodzic osoby nieletniej ☐ Opiekun prawny ☐ Przedstawiciel osobisty ☐ Inne:

Powiadomienie dla odbiorców informacji: Jeżeli te akta zawierają informacje na temat HIV, chorób wenerycznych, nałogów (alkoholizmu lub narkomanii), na mocy przepisów prawa federalnego nie wolno dalej ich rozpowszechniać bez konkretnego zezwolenia ze strony podmiotu oraz spełniając określone wymogi prawne.

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA FORMULARZA UPOWAŻNIENIA

Cel. Wypełniony formularz upoważnia DSHS do ujawnienia informacji poufnych o osobie wypełniającej innej osobie (w tym adwokatowi, prawodawcy lub krewnemu). Można udzielić zezwolenia na ujawnienie wszystkich poufnych akt DSHS o sobie lub można ograniczyć swoje zezwolenie do konkretnych akt lub do określonych wydziałów urzędu. Formularz zezwala również DSHS na omawianie sytuacji petenta ustnie z upoważnionymi osobami.

Powiadomienie dla petentów: Większość informacji o petentach, jakie posiada DSHS, ma charakter poufny i zostaną one ujawnione innym osobom jedynie za zezwoleniem petenta lub jeżeli ich ujawnienie jest dozwolone prawem. Trzeba pamiętać, że po ujawnieniu przez DSHS poufnych informacji osoba, która informacje otrzymała, może ich nie chronić na mocy tych samych przepisów, które odnoszą się do DSHS. DSHS nie może odmówić świadczeń petentowi, który nie podpisze tego formularza i nie zezwoli DSHS na ujawnianie informacji o sobie, chyba że takie upoważnienie jest niezbędne dla ustalenia, czy świadczenia przysługują. Aby uzyskać informacje o tym, w jaki sposób DSHS udziela poufnych informacji oraz o swoich prawach do prywatności, należy się zapoznać z powiadomieniem o postępowaniu DSHS odnośnie prywatności lub zapytać o to osobę, od której ten formularz został uzyskany.

Wykorzystanie: Można wypełnić formularz elektronicznie lub ręcznie. Aby wypełniać kolejne pola, należy posługiwać się klawiszem Tab na klawiaturze komputera. **Trzeba wypełnić oddzielny formularz dla każdej osoby, której akta mają być wydane, w tym dotyczących dzieci.** Słowo „petent" odnosi się do podmiotu akt.

Części formularza:

IDENTYFIKACJA PODMIOTU AKT:

- Nazwisko: Należy podać swoje pełne nazwisko lub nazwisko osoby, której akta mają zostać wydane, jeżeli wypełniający działa w imieniu innej osoby.
- Data urodzenia: Należy podać tę informację w celu odróżnienia własnej osoby od innych osób o podobnym nazwisku.

INFORMACJE OPCJONALNE, które pomogą znaleźć akta:

- Poprzednie nazwiska: Należy podać wszelkie inne nazwiska używane w związku z otrzymywaniem świadczeń lub korzystaniem z usług.
- Numer identyfikacyjny petenta: Należy podać wszelkie numery identyfikacyjne przydzielone przez DSHS.
- Inny numer identyfikacyjny: Należy podać numer ubezpieczenia społecznego (social security) lub inny numer identyfikacyjny, który może pomóc DSHS odnaleźć akta.
- Data i miejsce świadczenia usług: Należy podać tę informację, aby pomóc DSHS w zidentyfikowaniu i zlokalizowaniu akt, które mają zostać ujawnione.

OSOBA OTRZYMUJĄCE AKTA:

- Identyfikacja: Prosimy wypełnić tę część możliwie najdokładniej, abyśmy mogli skontaktować się z osobą lub organizacją, która będzie miała dostęp do poufnych informacji petenta.
- Powód ujawnienia: Ta informacja jest wymagana, zanim DSHS będzie mógł udostępnić akta dotyczące nałogów (narkomanii lub alkoholizmu) lub zdrowia psychicznego. Jeżeli to pole nie zostanie wypełnione, DSHS jako powód ujawnienia odnotuje życzenie petenta.

UPOWAŻNIENIE:

- Wydziały DSHS: Prosimy zaznaczyć wydziały DSHS, które będą upoważnione do ujawnienia akt lub zaznaczyć dolne pole w tej części, jeśli petent życzy sobie udzielić dostępu do wszystkich akt DSHS o sobie. Jeżeli programu nie ma na liście, należy napisać w miejscu nazwy „Inny".
- Ujawnione informacje: Należy wskazać, które akta mają zostać udostępnione. Można pozwolić na ujawnienie akt petenta w całości lub w części. Można także ograniczyć ujawnianie akt petenta do przechowywanych przez określone wydziały urzędu, zaznaczone w części powyżej lub do konkretnych akt wyliczonych na tym formularzu albo na podpisanym załączniku. Jeżeli są jakiekolwiek ograniczenia co do tego, które akta mają zostać ujawnione, należy wyliczyć konkretne akta lub określić ograniczenia, np. według daty udzielonych usług albo według typu akt.
- Akta ograniczone: Jeżeli jakieś akta mogą zawierać informacje na temat testowania lub leczenia HIV, AIDS lub chorób wenerycznych, zdrowia psychicznego lub nałogów (narkomanii lub alkoholizmu), trzeba zaznaczyć każdy z tych punktów, aby umożliwić DSHS ujawnienie tych akt. Trzeba wypełnić oddzielny formularz, aby udzielić upoważnienia do ujawnienia zapisków z psychoterapii (45 CFR 164.508(b)(3)(ii)).
- Ważność: Niniejszy formularz jest ważnym dokumentem upoważniającym do udzielenia informacji aktualnie przechowywanych przez DSHS. Zezwolenie wygasa po 90 dniach od złożenia podpisu lub w dowolnym dniu podanym przez petenta, lecz nie dotyczy to informacji udzielanych przez placówki służby zdrowia, dotyczących przyszłej opieki zdrowotnej, bowiem w tym przypadku zezwolenie wygasa po 90 dniach na mocy RCW 70.02.030. Można odwołać upoważnienie do ujawnienia akt na piśmie w dowolnej chwili, ale może już być za późno na ponowne utajnienie informacji już ujawnionych.
- Koszty: przepisy o publicznym ujawnianiu RCW 42.17.260 i WAC 388-08-080 pozwalają DSHS pobierać opłaty za kopie akt i za ich wysyłkę pocztą. Szpitale stanowe i placówki służby zdrowia mogą pobierać wyższe opłaty za akta pacjentów na mocy rozdziału 70.02 RCW.

PODPISY:

- Jeżeli osoba wypełniająca jest podmiotem akt, należy podpisać formularz oraz napisać swoje nazwisko czytelnie pod spodem. Należy podać datę podpisania i swój numer telefonu lub inny numer kontaktowy.
- Jeżeli podpis składany jest za inną osobę, należy zaznaczyć w ostatnim wierszu, dlaczego osoba podpisująca to robi i dołączyć kopię nakazu sądowego lub innego dokumentu udzielającego upoważnienia. Dzieci muszą również złożyć podpis, aby udzielić zezwolenia na ujawnianie swoich akt poufnych, jeżeli są powyżej wieku uprawniającego do udzielania zgody (13 lat w przypadku zdrowia psychicznego oraz usług dotyczących narkotyków i alkoholu, 14 lat w odniesieniu do informacji na temat HIV, AIDS i innych chorób wenerycznych, dowolny wiek w odniesieniu do środków antykoncepcyjnych i aborcji, 18 lat dla akt dotyczących zdrowia i innych).
- Świadek lub notariusz: Świadek lub notariusz może być potrzebny, aby zweryfikować tożsamość osoby podpisującej, jeżeli formularz nie jest składany osobiście albo jeżeli program żąda weryfikacji. Ta osoba powinna podpisać się i napisać swoje nazwisko czytelnie.

Powiadomienie dla DSHS: Jeżeli akta zawierają informacje na temat HIV lub chorób wenerycznych, DSHS musi powiadomić odbiorców, że informacje są poufne i że nie wolno im ich dalej rozgłaszać bez konkretnego upoważnienia wymaganego przez RCW 70.24.105(5). Jeżeli DSHS w ramach tego upoważnienia wysyła kopie akt dotyczących usług związanych z używaniem narkotyków lub alkoholu, DSHS musi zamieścić następujące oświadczenie ujawniając informacje, jak tego wymaga 42 CFR 2.32:

> Niniejsze informacje zostały ujawnione na podstawie akt chronionych przepisami federalnymi dotyczącymi poufności (42 CFR cz. 2). Przepisy federalne zabraniają dalszego rozpowszechniania tych informacji, chyba że takie rozpowszechnianie jest wyraźnie dozwolone na mocy pisemnej zgody osoby, której informacje dotyczą lub jeśli skądinąd jest dozwolone na mocy 42 CFR cz. 2. Ogólne upoważnienie do udostępnienia informacji medycznych lub innych NIE wystarcza. Przepisy federalne ograniczają prawo do wykorzystania informacji w celu dochodzenia lub ścigania w postępowaniu karnym pacjentów leczonych z alkoholizmu lub narkomanii.