Washington State Department of Social & Health Services

AUTHORIZATION / AUTHORIZAT

AUTORIZAȚIE PENTRU ELIBERAREA INFORMAȚIILOR DESPRE:

NUMELE DE FAMILIE	PRENUME	NUME MIJLOCIU	DATA NAŞTERII

Următoarele informații pot ajuta la localizarea informațiilor:	NUMELE ANTERIOARE

NUMĂRUL DE IDENTIFICARE AL CLIENTULUI	ALTE NUMERE DE IDENTIFICARE	DATELE SERVICIILOR	LOCUL SERVICIILOR

ELIBERAȚI INFORMAȚIILE CĂTRE:

NUMELE DE FAMILIE	PRENUME	NUME MIJLOCIU	TITLUL

ORGANIZAȚIA SAU NUMELE COMPANIEI DACĂ SE APLICĂ

ADRESA	LOCALITATEA	STATUL	CODUL ZIP

NUMĂRUL DE TELEFON (INCLUDEȚI AREA CODE)	NUMĂRUL DE FAX (INCLUDEȚI AREA CODE)	ADRESA DE E-MAIL

SCOPUL ELIBERĂRII INFORMAȚIILOR

AUTORIZAȚIA:

SURSELE: Autorizez următoarele programe să elibereze sau să permită accesul la informațiile mele confidențiale după cum este indicat mai jos. Informațiile pot fi furnizate verbal sau prin transfer de date prin computer, poştă, fax, sau în persoană.

☐ Numai programele următoare (marcați cele care se aplică):

- ☐ Administrația Serviciilor pentru Bătrâni şi Invalizi
- ☐ Programele de asistență ale Administrației Serviciilor Economice
- ☐ Administrația Serviciilor Financiare
- ☐ Administrația Asistenței Medicale
- ☐ Divizia Reabilitării Vocaționale
- ☐ Administrația pentru Copii
- ☐ Divizia Suportului pentru Copii
- ☐ Administrația Reabilitării Minorilor
- ☐ Divisia pentru Abuzul de Alcool şi Substanțe
- ☐ Divizia Sănătății Mintale incluzând spitalele de stat
- ☐ Altele: _____

☐ Toate ramurile Departamentului Serviciilor Sociale şi de Sănătate (DSHS)

INFORMAȚII: Autorizez eliberarea următoarelor informații:

- ☐ Informațiile clientului, păstrate de ramurile DSHS marcate mai sus
- ☐ Informații confidențiale păstrate de ramurile DSHS marcate mai sus
- ☐ Numai informațiile următoare:
- ☐ Toate informațiile mele de Client
- ☐ Informațiile indicate în lista ataşată

Doresc să limitez informațiile care urmează a fi eliberate după cum urmează (dată, tip de informații, etc.):

NOTAȚI: **Dacă informațiile de client sau confidențiale includ oricare dintre informațiile următoare, trebuie deasemenea să completați partea de mai jos pentru a permite eliberarea acestor date.**

INFORMAȚII SPECIALE: Autorizez eliberarea următoarelor informații (marcați ce se aplică):

- ☐ Rezultatele testelor, diagnoze sau tratament pentru AIDS/HIV şi STD
- ☐ Informații despre sănătatea mintală (RCW 71.05.620) incluzând:
- ☐ Informații despre dependența chimică (CD) (42 CFR Part 2) incluzând:

- Această autorizație este valabilă pentru ☐ 90 de zile sau ☐ până la _____ (data sau evenimentul).
- Pot revoca sau retrage autorizația în scris oricând, dar aceasta nu va afecta informațiile care au fost deja eliberate.
- Înțeleg că informațiile mele personale nu mai pot fi protejate de legile aplicabile DSHS-ului după această eliberare de date.
- O copie a acestui formular este suficientă/valabilă pentru acceptarea autorizării mele la eliberarea informațiilor. DSHS poate solicita o taxă pentru furnizarea copiilor informațiilor pe care le deține.

AUTORIZAT DE (SEMNĂTURA)	DATA SEMNĂRII	NUMĂRUL DE TELEFON (INCLUDEȚI AREA CODE)

NUMELE CU LITERE DE TIPAR	MARTOR/NOTAR (NUMELE CU LITERE DE TIPAR ŞI SEMNĂTURA, DACĂ ESTE CAZUL)

Dacă nu sunt persoana care este subiectul informațiilor, sunt autorizat să semnez pentru că sunt: (ataşați dovada autorizării)

☐ Părintele unui minor ☐ Gardian Legal ☐ Reprezentant Personal ☐ Altele:

Notă celor care primesc informațiile: Dacă aceste date conțin informații despre HIV, STD sau abuzul de alcool şi substanțe, nu aveți voie să distribuiți aceste informații mai departe, conform legilor federale şi de stat, fără permisiunea specifică a subiectului şi prin îndeplinirea anumitor cerințe legale.

INSTRUCȚIUNI PENTRU COMPLETAREA FORMULARULUI DE AUTORIZARE

Scop: Trebuie să folosiți acest formular dacă doriți ca DSHS să poată elibera informații confidențiale despre dumneavoastră către alte persoane (avocat, legislator, sau rudă). Puteți autoriza eliberarea tuturor informațiilor confidențiale ale dumneavoastră aflate în posesia DSHS, sau puteți limita autorizarea unor date specifice sau anumite ramuri ale agenției. Acest formular va permite deasemenea DSHS să discute verbal situația dumneavoastră cu persoana autorizată de dumneavoastră.

Notă către Clienți: Cele mai multe informații în posesia DSHS sunt confidențiale şi nu vor fi eliberate altora decât dacă dumneavoastră permiteți aceasta sau dacă eliberarea acestor date este permisă de lege. După ce DSHS a eliberat informații confidențiale, trebuie să intelegeți că cel care le primeşte nu se află sub puterea legilor care guvernează DSHS în legatură cu protecția informațiilor. DSHS nu vă poate refuza beneficiile dacă nu semnați acest formular care să permita eliberarea informațiilor către DSHS cu excepția cazului în care autorizația dumneavoastră este necesară la determinarea eligibilității. Pentru informații suplimentare în legătură cu modul în care DSHS împărtăşeşte informațiile confidențiale ale clientului şi dreptul dumneavoastră la confidențialitate, vă invităm să consultați „Note despre Practicile asupra Confidențialității" ale DSHS (DSHS Notice of Privacy Practice) sau întrebați persoana care vă înmânează acest formular.

Utilizare: Puteți completa acest formular electronic sau de mână. Folosiți butonul Tab de la computer pentru a vă muta de la o rubrică la alta. **Un formular separat trebuie completat pentru fiecare persoană ale cărei informații sunt cerute, incluzând minorii.** „Dumneavoastră" se referă la subiectul informațiilor.

Părțile Formularului:

IDENTIFICAREA SUBIECTULUI INFORMAȚIILOR:

- Numele: Indicați numele complet al dumneavoastră, sau al persoanei a cărei informații sunt solicitate dacă acționați în numele altei persoane.
- Data naşterii: vă rugăm să includeți această informație necesară la identificarea dumneavoastră față de alte persoane cu nume similar.

INFORMAȚII OPTIONALE pentru localizarea informațiilor:

- Nume Anterioare: Includeți orice alte nume pe care le-ați folosit atunci când ați primit beneficii sau servicii.
- Numărul de Identificare al Clientului: Furnizați orice număr desemnat de DSHS pentru dumneavoastră.
- Alte numere de identificare: Includeți numărul de asigurare socială (social security number) sau alt număr de identificare care poate ajuta la localizarea informațiilor de la DSHS.
- Datele şi locul serviciilor: Furnizați aceste informații pentru a ajuta DSHS la identificarea şi localizarea informațiilor pe care doriți să le eliberați.

PERSOANA CARE PRIMEŞTE INFORMAȚIILE:

- Identificare: vă rugam să completați această parte a formularului cât mai complet posibil astfel încât să putem contacta persoana sau organizația care va avea acces la informațiile confidențiale ale dumneavoastră.
- Scopul Eliberării Informațiilor: Aceste informații sunt necesare înainte ca DSHS să poate elibera informații referitoare la droguri, alcool sau sănătate mintală. Dacă nu completați această parte a formularului, DSHS va nota că eliberarea datelor a avut loc la cererea dumneavoastră.

AUTORIZAȚIE:

- Ramuri (părți) ale DSHS: vă rugam să marcați ramura DSHS care doriți să elibereze informațiile, sau marcați căsuța din josul acestei părți a formularului dacă doriți să permiteți accesul la toate datele pe care DSHS le are despre dumneavoastră. Indicați numele programului la „Altele" dacă nu apare în listă.
- Informații eliberate: Indicați informațiile pe care doriți să le eliberați. Puteți permite eliberarea tuturor, sau numai a anumitor informații din dosarul dumneavoastră de client de la DSHS. Puteți deasemenea limita eliberarea informațiilor păstrate, numai la unele ramuri ale agenției marcate în secțiunea de mai sus, sau numai la anumite date indicate în acest formular sau într-o anexă semnată de dumneavoastră. Dacă există limite indicând ce informații doriți să eliberați, fie indicați informațiile specifice sau descrieți limitele respective, ca de exemplu indicând data serviciului sau tipul de informații.
- Informații Restrânse: Dacă oricare dintre informațiile despre dumneavoastră poate include date despre teste sau tratament pentru HIV/AIDS sau STD, tratament pentru sănătate mintală, sau servicii pentru abuzul de alcool sau substanțe, trebuie să marcați fiecare articol pentru a permite DSHS să elibereze aceste date. Trebuie să completați un formular separat pentru autorizarea eliberării notelor de psiho-terapie (45 CFR 164.508(b)(3)(ii).
- Valabilitate: Acest formular este valabil pentru permiterea accesului la informații curente păstrate de DSHS. Permisiunea dumneavoastră expiră la 90 de zile de la data semnării sau la orice altă dată indicată de dumneavoastră, cu excepția eliberării de către personalul medical a informațiilor despre îngrijirea medicală viitoare care este limitată la 90 de zile în cadrul RCW 70.02.030. Puteți revoca oricând autorizația pentru eliberarea informațiilor, în scris, dar va fi prea târziu să retrageți informațiile care au fost deja eliberate.
- Cost: Legea eliberării informațiilor publice, din RCW 42.17.260 şi WAC 388-08-080, permite DSHS să solicite plată pentru costul copiilor şi a cheltuielilor poştale. Spitalele de stat şi cele de îngrijire a sănătății pot solicita o plată mai mare pentru eliberarea datelor pacienților conform Chapter 70.02 RCW.

SEMNĂTURI:

- Dacă sunteți subiectul acestor informații, semnați şi scrieți-vă numele cu litere de tipar (print) dedesubt. Indicați data semnării şi numărul de telefon sau contact.
- Dacă semnați pentru o alta persoană, indicați de ce o puteți face, pe ultima linie, şi ataşați o copie a ordinului de la tribunal sau alt document care vă permite autoritatea legală. Copiii trebuie deasemenea să semneze pentru a da permisunea pentru eliberarea datelor lor confidențiale, dacă au depăşit vârsta de consimțământ (13 ani pentru serviciile de sănătate mintală, droguri sau alcool; 14 ani pentru informații referitoare la HIV/AIDS sau alte STDs; orice vârsta pentru birth control şi avorturi; 18 ani pentru sănătate sau alte informații).
- Martor sau notar: Un martor sau notar poate fi necesar pentru verificarea identității dacă nu submiteți acest formular în persoană sau dacă programul necesită verificare. Această persoană trebuie să semneze şi să-şi scrie numele cu litere de tipar.

NOTĂ CĂTRE DSHS: Dacă aceste date conțin informații despre HIV sau STD, DSHS trebuie să informeze recipienții că aceste informații sunt confidențiale şi că nu au voie să transmită aceste informații mai departe fără o autorizație specifică conform RCW 70.24.105(5). Dacă DSHS trimite copii ale datelor legate de serviciile de alcool sau droguri în cadrul acestei autorizații, DSHS trebuie să includă următoarea declarație atunci când eliberează informații conform 42 CFR 2.32:

> Aceste informații v-au fost eliberate din date protejate de regulamentele Federale de protecție a confidențialității (42 CFR part 2). Legile Federale vă interzic să distribuiți mai departe oricare dintre aceste informații cu excepția cazului în care distribuirea ulterioară este permisă în mod expres prin consimțământul în scris al persoanei care este subiectul acestor informații sau permisă în alt mod de regulamentul 42 CFR part 2. O autorizație generală pentru eliberarea informațiilor medicale sau de altă natură NU este suficientă în acest scop. Regulamentele Federale interzic orice utilizare a informațiilor cu scopul de a conduce investigații criminale sau a chema în judecâtă orice pacient al abuzului de alcool sau droguri.