



NOTISI KWA WATEJA: Idara ya Watoto, Vijana na Familia (DCYF) inaweza kukusaidia vizuri zaidi iwapo tutakuwa na uwezo wa kufanya kazi na mashirika pamoja na wanataaluma wengine wanaokufahamu wewe na familia yako. Kwa kusaini fomu hii, unaipa ruhusa DCYF, mashirika husika na watu binafsi walioorodheshwa hapo chini kutumia na kushiriki taarifa za siri kuhusu wewe. DCYF haiwezi kukunyima mafaao kama hutosaini fomu hii isipokuwa kama ridhaa yako inahitajika ili kubaini ustahili wako. Kama hutosaini fomu hii, DCYF bado inaweza kushiriki taarifa kuhusu wewe kwa kiwango kinachoruhusiwa kisheria. Kama una maswali kuhusu namna DCYF inavyoshiriki taarifa za siri za wateja au haki zako za ufuraha, tafadhali angalia Notiisi ya Sera za Ufuraha ya DYCF au muulize mtu anayekupa fomu hii.

UTAMBULISHO WA MTEJA:

JINA	TAREHE YA KUZALIWA	NAMBARI YA UTAMBULISHO
ANWANI	MJI	JIMBO MSIMBO WA POSTA
NAMBARI YA SIMU (JUMUISHA MSIMBO WA ENEO)	TAARIFA ZINGINE	

RIDHAA:

Naridhia matumizi ya taarifa za siri zinazohusu mimi ndani ya DCYF ili kupanga, kutoa, na kuratibu huduma, matibabu, malipo na mafaao kwa ajili yangu au kwa madhumuni mengine yaliyoidhinishwa kisheria. Kadhalika, natoa ruhusa kwa DCYF na kwa orodha hapo chini ya mashirika, watoa huduma, au watu binafsi kutumia taarifa zangu za siri na kuzifichua kati yao kwa madhumuni haya. Taarifa zinaweza kushirikishwa kwa matamshi au kwa njia ya uhamisho wa data za kompyuta, baruapepe au kuwasilishwa kwa mkono.

Tafadhali tiki wote hapo chini ambao wamejumuishwa kwenye ridhaa hii pamoja na DCYF na uwatambulishe kwa jina na anwani:

- Watoa huduma za afya: _____
- Watoa huduma za afya ya akili: _____
- Watoa huduma za utegemezi wa kemikali: _____
- Watoa huduma wengine wenye makubaliano na DCYF: _____
- Programu za makazi: _____
- Wilaya za shule au vyuo: _____
- Idara ya Urekebishaji wa Tabia: _____
- Idara ya Usalama wa Ajira pamoja na wabia wake wa ajira: _____
- Usimamizi wa Huduma za Kijamii au shirika lingine la serikali kuu: _____
- Tazama orodha iliyoambathishwa
- Mwingine:

Naidhinisha na kuridhia ushirikishaji wa rekodi na taarifa zifuatazo (tiki zote zinazohusika):

- Rekodi zangu zote kama mteja
- Rekodi za kwenye orodha iliyoambathishwa
- Rekodi zifuatazo tu
 - Histoaria ya familia, kijamii na ajira
 - Rekodi za malipo
 - Nyingine (orodhesha):
- Taarifa za huduma za afya
- Tathmini binafsi
- Matibabu au mipango ya huduma za afya
- Shule, elimu, na mafunzo

TAFADHALI ZINGATIA: Kama rekodi zako kama mteja zinajumuisha yoyote kati ya taarifa zifuatazo, unapaswa pia kujaza sehemu hii ili kujumuisha rekodi hizi.

Natoa ruhusa yangu ya kufichua rekodi zifuatazo (tiki zote zinazohusika):

- Afya ya akili
- Matokeo ya vipimo, ugunduzi, au matibabu ya VVU/UKIMWI na Magonjwa ya Zinaa
- Huduma za utegemezi wa kemikali (CD)
- Ridhaa hii ni halali kwa mwaka mmoja kadri ambavyo DCYF itazihitaji rekodi, au mpaka _____ (tarehe au tukio).
- Naweza kubatilisha au kuondoa ridhaa hii wakati wowote kwa maandishi, lakini hatua hiyo haitaathiri taarifa yoyote ambayo tayari imeshahirikishwa.
- Naelewa kwamba rekodi zilizoshirikishwa chini ya ridhaa hii yawezekana zisilindwe tena chini ya sheria zinazohusika kwa DCYF.
- Nakala ya fomu hii ni halali kwa kutoa ruhusa yangu ya kushirikisha rekodi husika.

SAINI	TAREHE	MWASILIANI WA SHIRIKA/SAHIHI YA SHAHIDI	TAREHE
SAINI YA MZAZI AU MWAKILISHI MWINGINE (KAMA INAHUSIKA)		NAMBARI YA SIMU (JUMUISHA MSIMBO WA ENEO)	TAREHE

Iwapo mimi si mhusika wa rekodi hizi, nimeidhinishwa kusaini kwa sababu mimi ni: (ambatisha uthibitisho wa kupewa mamlaka)

- Mzazi
- Mlezi wa Kisheria (ambatisha amri ya mahakama)
- Mwakilishi binafsi
- Mwingine:

NOTISI KWA WAPOKEAJI WA TAARIFA: Kama rekodi hizi zina taarifa kuhusu VVU, Magonjwa ya Zinaa au UKIMWI hutoweza kufichua zaidi taarifa hizo bila ya ruhusa mahsusi ya mteja. Kama umepokea taarifa za mteja kuhusiana na matumizi mabaya ya dawa za kulevya au pombe, unapaswa kujumuisha kauli ifuatayo pale unapofichua zaidi taarifa hiyo kama inavyohitajika na 42 CFR 2.32:

Taarifa hii imefichuliwa kwako kutoka kwenye rekodi zinazolindwa na kanuni za usiri za Serikali Kuu (42 CFR sehemu ya 2). Kanuni za Serikali Kuu zinakukataza kufichua zaidi taarifa hii isipokuwa kama ufichuo huo wa ziada umeruhusiwa waziwazi kwenye ridhaa ya maandishi ya mhusika au vinginevyo kama inavyoruhusiwa na 42 CFR sehemu ya 2. Idhini ya kawaida kwa ajili ya kuachilia taarifa za kitiba au nyingine HAITOSHI kwa ajili ya dhumuni hili. Kanuni za Serikali Kuu zinazuia matumizi yoyote ya taarifa husika ili kuchunguza uhalifu au kumshitaki mgonjwa yeyote anayetumia vibaya pombe au dawa za kulevya.

MAELEKEZO YA KUJAZA FOMU YA RIDHAA

Dhumuni: Tumia fomu hii pale unapohitaji ridhaa ya kutumia mara nyingi taarifa za siri za mteja ndani ya DCYF au kufichua taarifa hiyo kwa mashirika mengine ili kuratibu huduma au kwa matibabu, malipo au taratibu za mashirika au kwa madhumuni mengine yanayotambulika kisheria. Wateja ni watu wanaopokea mafao au huduma kutoka DCYF.

Matumizi: Ikiwezekana, jaza fomu hii kielektroniki kwa urahisi wa kusoma, **fomu tofauti na hii inapaswa kujazwa kwa kila mtu, wakiwemo watoto.** “Wewe” katika maelekezo inarejelea mwajiriwa wa DCYF na “wewe” katika fomu inarejelea mteja. Ushirikishaji wa rekodi unajumuisha matumizi na ufichuo wa taarifa za siri kuhusu mteja.

Sehemu za Fomu:

UTAMBULISHO:

- **Jina:** Andika jina la mteja mmoja tu kwenye kila fomu. Jumuisha majina yote ya zamani ambayo yawezekana mteja aliyatumia alipokuwa akihudumiwa.
- **Tarehe ya Kuzaliwa:** Inahitajika ili kumtambua mteja kati ya watu wanaofanana majina.
- **Nambari ya Kitambulisho:** Toa nambari ya kitambulisho cha mteja au utambulisho mwingine kama vile nambari ya huduma za kijamii (si lazima) ili kusaidia kutambua rekodi na kufuatilia historia na huduma zilizopokelewa.
- **Anwani na simu:** Taarifa zaidi zitakazosaidia kumtafuta na kumtambua au kuwasiliana na mteja husika.
- **Nyingine:** Jumuisha kwenye kisanduku hiki taarifa yoyote za ziada inayoweza kusaidia kutafuta rekodi zinazoweza kujumuisha maeneo ya DCYF yanayohusisha huduma, majina ya wanafamilia, au taarifa nyingine muhimu.

RIDHAA (IDHINI):

- **Mashirika au watu wanaobadilishana rekodi:** Kitendo cha mteja kujaza fomu hii kinaruhusu matumizi na ushirikishaji wa taarifa za siri ndani ya DCYF yote. DCYF itaweza kufichua na kupokea taarifa za siri kutoka mashirika ya nje au watu walioorodheshwa. Toa taarifa za utambulisho za mashirika au watoa huduma, ikiwemo majina, anwani au eneo ikiwezekana. Unaweza pia kuambatisha orodha ya mashirika yaliyoruhusiwa kushiriki taarifa ambazo zinamhitaji mteja pia kusaini.
- **Taarifa zilizojumuishwa:** Wateja wanapaswa kuainisha ni rekodi zipi zinalindwa na ridhaa. Wateja wanaweza kuruhusu rekodi zote kufikiwa au wanaweza kuzuia rekodi mahsusi kwa kuzingatia tarehe, aina au chanzo cha rekodi. Kama mteja hatosaini ridhaa au hatobainisha rekodi mahsusi, ushiriki wa rekodi hiyo bado utaruhusiwa kama ni halali kisheria kufanya hivyo. Unaweza kuambatisha orodha ya rekodi zinazolindwa ambazo zinamhitaji mteja pia kusaini. Kama rekodi zozote zile zinahusisha taarifa kuhusiana na afya ya akili (RCW 71.05.620), vipimo na matibabu ya VVU/UKIMWI au Magonjwa ya Zinaa (RCW 70.02.220), au huduma za dawa za kulevya na pombe (42 CFR 2.31(a)(5)), mteja anapaswa kuamini maeneo haya mahsusi ili kutoa ruhusa ya kushiriki rekodi hizi. Fomu hii haina uhalali wa kujumuisha maelezo ya tiba ya kisaikolojia chini ya 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) na fomu tofauti na hii inapaswa kujazwa ili kujumuisha rekodi hizo.
- **Muda:** Jumuisha tarehe ya kumalizika kwa muda wa ridhaa inayosimamia madhumuni ya programu yako au kama sheria inavyohitaji.
- **Kuelewa:** Hakikisha mteja anaelewa ni ruhusa gani inatolewa na kwa namna gani na kwa nini taarifa zitashirikishwa. Kama itahitajika, tumia fomu iliyotafsiriwa pamoja na mtafsiri wa lugha au soma fomu hii kwa sauti. Kama mteja anahitaji taarifa zaidi, toa nakala ya ziada ya Notisi ya Sera za Usiri ya DCYF au mrejee mteja husika kwa afisa ufichuo kwa umma wa kitengo chako

SAINI:

- **Mteja:** Hakikisha mteja au mtoto aliye juu ya umri wa kutoa ridhaa (13 kwa afya ya akili na huduma za dawa za kulenya na pombe; 14 kwa VVU/UKIMWI na Magonjwa ya Zinaa; umri wowote kwa uzazi wa mpango na utoaji mimba; 18 kwa huduma za afya na rekodi nyingine) amesaini kisanduku hiki na kuweka tarehe ya sahihi. Badala yake, mteja anaweza kuweka alama kwenye kisanduku hiki unachokishuhudia.
- **Mwasiliani wa Shirika au Shahidi:** Utasaini kisanduku hiki kama wewe ndiye unayewasilisha na kuelezea fomu hii kwa mteja. Tafadhali jumuisha nambari yako ya simu. Kama mteja atasaini fomu mbali na eneo la kazi, mwelekeze mteja huyo atafute shahidi wa kusaini kwenye kisanduku hiki na atoe nambari ya simu. Wakili anaweza kutumika kama shahidi wa sahihi ya mteja.
- **Mzazi au Mwakilishi Mwingine:** Kama mteja ni mtoto aliye chini ya umri wa kutoa ridhaa, mzazi au mlezi anapaswa kusaini. Kama mtoto hajafikisha umri wa kutoa ridhaa kwa rekodi zote zinazopaswa kushirikishwa, mtoto pamoja na mzazi wanapaswa kusaini. Kama mteja amebainishwa kisheria kutokuwa na uwezo kiakili, mlezi mteule wa mahakama lazima asaini na kutoa nakala ya amri ya uteuzi. Kama mtu fulani anasaini kwa nafasi nyingine (akiwemo mtu mwenye mamlaka ya uwakilishi au msimamizi wa mirathi), alamisha “mwingine” na omba nakala ya mamlaka ya kisheria ya utendaji. Mtu anayesaini anapaswa kuandika tarehe sambamba na sahihi yake na kutoa nambari ya simu au taarifa za mawasiliano.