



## Разрешение Authorization

<b>РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ ЛИЦА, ХРАНЯЩЕЙСЯ В ДЕПАРТАМЕНТЕ ПО ДЕЛАМ ДЕТЕЙ, МОЛОДЕЖИ И СЕМЕЙ (DCYF):</b>			
ПОЛНОЕ ИМЯ: ФАМИЛИЯ	ИМЯ	ВТОРОЕ ИМЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ
В поиске информации могут помочь следующие данные:		ПРЕЖНИЕ ИМЕНА И ФАМИЛИИ	
ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА	ДРУГИЕ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЕ НОМЕРА	ДАТЫ ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГИ	МЕСТО ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГИ
<b>ИНФОРМАЦИЯ ПЕРЕДАЕТСЯ:</b>			
ПОЛНОЕ ИМЯ: ФАМИЛИЯ	ИМЯ	ВТОРОЕ ИМЯ	ДОЛЖНОСТЬ
НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ИЛИ ПРЕДПРИЯТИЯ, ЕСЛИ ПРИМЕНИМО			
АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ ЗОНЫ)	НОМЕР ФАКСА (ВКЛЮЧАЯ КОД МЕСТНОСТИ)	АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ	
ПРИЧИНА РАСКРЫТИЯ (НЕ ТРЕБУЕТСЯ)			
<b>РАЗРЕШЕНИЕ:</b>			
<p><b>ИСТОЧНИКИ:</b> Я уполномочиваю следующие программы, которые реализуются Департаментом по делам детей, молодежи и семей (DCYF), раскрыть или предоставить доступ к следующей конфиденциальной информации, касающейся меня. Информация может предоставляться устно или посредством средств электронной передачи информации, по почте, по факсу или лично.</p> <p>Уведомление относится к следующим программам (отметьте все, что имеет к вам отношение):</p> <p><input type="checkbox"/> Программы реабилитации для молодежи <input type="checkbox"/> Все мои документы клиента</p> <p><input type="checkbox"/> Прочую конфиденциальную клиентскую информацию, содержащуюся в архивах отмеченных выше отделений Департамента DCYF <input type="checkbox"/> Информацию, обозначенную в прилагаемом списке</p> <p><input type="checkbox"/> Личную информацию, содержащуюся в документах, относящихся к трудоустройству</p> <p><input type="checkbox"/> Только следующую информацию: <input type="checkbox"/> Иные условия:</p> <p><input type="checkbox"/> Все отделения Департамента по делам детей, молодежи и семей (DCYF)</p>			
<p><b>ДОКУМЕНТАЦИЯ:</b> Я уполномочиваю Департамент DCYF раскрыть следующую информацию:</p> <p><input type="checkbox"/> Клиентскую информацию, содержащуюся в архивах отмеченных выше отделений Департамента DCYF</p> <p><input type="checkbox"/> Всю мою клиентскую информацию</p> <p><input type="checkbox"/> Прочую конфиденциальную клиентскую информацию, содержащуюся в архивах отмеченных выше отделений Департамента DCYF</p> <p><input type="checkbox"/> Информацию, обозначенную в прилагаемом списке</p> <p><input type="checkbox"/> Личную информацию, содержащуюся в документах, относящихся к трудоустройству</p> <p><input type="checkbox"/> Только следующую информацию:</p>			
Я хотел(а) бы ограничить комплект предоставляемой информации следующим образом (по дате, типу информации и т.д.):			
<b>ОБРАЩАЕМ ВАШЕ ВНИМАНИЕ:</b> если ваша клиентская информация или прочая информация включает любое из нижеуказанного, для того, чтобы разрешить раскрытие такой информации, вам также необходимо заполнить приведенный ниже раздел.			
<b>ОСОБАЯ ИНФОРМАЦИЯ:</b> Я разрешаю раскрытие следующей информации, которая находится в архивах Департамента DCYF (отметить всё, что применимо):			
<p><input type="checkbox"/> Результаты анализов на ВИЧ/СПИД и заболевания, передаваемые половым путем (ЗППП), а также диагнозы и документы о лечении этих заболеваний (в соответствии с RCW 70.02.220)</p> <p><input type="checkbox"/> Информация о психическом состоянии (в соответствии с 70.02.230 или 240)</p> <p><input type="checkbox"/> Информация о зависимости от химических веществ (в соответствии с 42 CFR Part 2)</p>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Данное разрешение действительно в течение 180 дней или <input type="checkbox"/> до _____ (если не указаны дата или событие, период действия соглашения составит 180 дней).</li> <li>• Я могу отменить или отозвать свое разрешение в письменной форме в любое время, но это не повлияет на уже раскрытую информацию.</li> <li>• Я понимаю, что после раскрытия сведений обо мне такие сведения более не будут защищены законами, которые применяются к Департаменту DCYF.</li> <li>• Копия этой формы действительна в качестве моего разрешения на раскрытие информации. Департамент DCYF имеет право взимать плату за предоставление копий документации и информации.</li> </ul>			
РАЗРЕШЕНО (ПОДПИСЬ)	ДАТА ПОДПИСИ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ ЗОНЫ)	
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ		СВИДЕТЕЛЬ/НОТАРИУС (ПОДПИСЬ И ФАМИЛИЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ, ЕСЛИ ПРИМЕНИМО)	
Если я не являюсь лицом, указанным в этих документах, то у меня есть право подписи, поскольку я являюсь (приложите удостоверение полномочий)			
<input type="checkbox"/> Родителем несовершеннолетнего лица <input type="checkbox"/> Официальным опекуном <input type="checkbox"/> Личным представителем <input type="checkbox"/> Другое:			
<b>Информация для получателей информации:</b> Если в этих документах содержатся сведения о ВИЧ, ЗППП или СПИД, или же о злоупотреблении алкогольными напитками или наркотиками, вы не имеете права на дальнейшую передачу такой информации согласно федеральным законам и законам штата без специального разрешения клиента и без удовлетворения специальным юридическим требованиям.			

## ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ ЗАЯВЛЕНИЯ

**Назначение:** Вы должны использовать эту форму, если вы хотите, чтобы Департамент DCYF мог раскрывать конфиденциальную информацию о вас иному лицу (в том числе адвокату, о законодателью или о родственнику). Вы можете дать разрешение на раскрытие всей конфиденциальной информации о вас, хранящейся в архивах Департамента DCYF, или же вы можете ограничить ваше разрешение определенной информацией или программами/отделениями данного Департамента. Эта форма также даст Департаменту DCYF возможность обсудить создавшуюся информацию устно с уполномоченным вами лицом.

**УВЕДОМЛЕНИЕ ДЛЯ КЛИЕНТОВ:** Большинство информации о клиентах, которая содержится в архивах DCYF, является конфиденциальной; она не будет раскрыта кому бы то ни было без вашего разрешения, либо если такое раскрытие не предусмотрено законом. После того, как ваша конфиденциальная информация будет раскрыта Департаментом DCYF, помните, что получатель не гарантирует защиту вашей информации на основании законов, которым подчиняется Департамент DCYF. Департамент DCYF не может отказать вам в помощи, если вы не подпишите эту форму, разрешающую Департаменту DCYF раскрывать информацию за исключением случаев, когда ваше разрешение на раскрытие информации требуется для того, чтобы определить ваше право на ее получение. Информация в отношении того, каким образом медицинское обслуживание, предоставляемое Департаментом DCYF, регулируется нормами закона HIPAA о распространении защищенной медицинской информации, а также данные о ваших правах на конфиденциальность приведены в Уведомлении Департамента здравоохранения и социального обслуживания (DCYF) о политике конфиденциальности (DSHS Notice of Privacy Practices) по адресу [www.DCYF.wa.gov](http://www.DCYF.wa.gov), или же вы можете запросить такую информацию у лица, передавшего вам эту форму. Вы можете получить копии этой формы.

**Использование:** Вы можете заполнить эту форму в электронном виде или вручную. Переходите между полями формы с помощью клавиши Tab. Для каждого лица, информация которого запрашивается, включая детей, необходимо заполнить отдельную форму. Местоимение «Вы» относится к лицу, указанному в документах.

### **Части формы:**

#### **ДАНЫЕ, ИДЕНТИФИЦИРУЮЩИЕ ЛИЦО, УКАЗАННОЕ В ДОКУМЕНТАХ:**

- **Имя, фамилия:** Укажите собственное полное имя или же полное имя лица, чьи документы запрашиваются, если вы действуете от чьего-либо имени.
- **Дата рождения:** Укажите эту информацию, чтобы вас могли отличить от людей с таким же именем.
- **ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ, которая поможет определить, где находится информация:**
- **Прежние имена и фамилии:** Укажите любые имена и фамилии, используемые вами при получении помощи или обслуживания.
- **Идентификационный номер клиента:** Укажите любой номер, присвоенный Департаментом DCYF.
- **Другие идентификационные номера:** Укажите любые другие идентификационные номера, которые помогут идентифицировать информацию DCYF. Указывайте номер по системе социального страхования только в случае необходимости.
- **Дата и место получения обслуживания:** Укажите эту информацию, чтобы помочь DCYF идентифицировать и найти данные, о раскрытии которых вы запрашиваете.

#### **ЛИЦО, ПОЛУЧАЮЩЕЕ ДОКУМЕНТАЦИЮ:**

- **Удостоверение:** Укажите в этом разделе максимально подробную информацию с тем, чтобы мы могли связаться с лицом или организацией, которая получит доступ к вашей конфиденциальной информации.
- **Причина раскрытия:** Эта информация необходима до того, как Департамент DCYF предоставит информацию об употреблении наркотиков или алкоголя или же о состоянии психического здоровья. Если вы не заполните эту часть, Департамент DCYF будет считать, что причиной раскрытия является только ваш запрос.

#### **РАЗРЕШЕНИЕ:**

- **Отделения Департамента DCYF:** Укажите отделения Департамента DCYF, которым вы разрешаете раскрыть информацию о вас, или отметьте поле в этом разделе, если вы предоставляете доступ к любой информации о вас, которая имеется в наличии в Департаменте DCYF. Если программа не указана, укажите ее название в графе «Другое».
- **Раскрываемая информация:** Укажите, какую информацию вы хотите раскрыть. Вы можете разрешить раскрытие всей или некоторой клиентской информации, находящейся в архивах Департамента DCYF, а также иной конфиденциальной информации. Вы также можете ограничить объем раскрываемой клиентской информацией, которая хранится в определенных отделениях Департамента, отмеченных в предыдущем разделе, либо особой информацией, указанной в данной форме или в подписанном вами приложении. Если предусмотрены ограничения объема раскрываемой информации, перечислите соответствующую информацию или же опишите ограничения, к примеру, по дате обслуживания или типу информации.
- **Ограниченная информация:** Если информация может включать в себя данные о тестировании на ВИЧ/СПИД или ЗППП или же о лечении от указанных заболеваний, лечении от психических расстройств, или же об услугах, предоставляемых вам в связи с лечением от алкогольной и наркотической зависимости, вы должны отметить каждое поле, чтобы дать Департаменту DCYF возможность раскрыть такую информацию. Вам необходимо заполнить отдельную форму, чтобы разрешить раскрытие информации о вашем состоянии психического здоровья (согласно 45 CFR 164.508(b) (3) (ii)).
- **Срок действия:** Данная форма предоставляет доступ к информации, которая в настоящее время находится в Департаменте DCYF. Срок действия вашего разрешения истекает через 180 дней после подписания формы или в любой другой день или в день наступления любого события, о которых вы сообщите. Если вы не укажете дату, разрешение будет действовать 180 дней. Вы можете отозвать разрешение на раскрытие информации в письменном виде в любое время, однако отзыв разрешения не будет действовать в отношении уже раскрытой информации.
- **Стоимость:** Закон о документах публичного характера, приведенный в RCW 42.56.120 и WAC 388-01-080, дает Департаменту DCYF возможность взимать плату за копии информации, а также стоимость почтовой пересылки. Некоторые больницы и организации системы здравоохранения также могут взимать плату за предоставление данных о пациентах в соответствии с разделом 70.02 RCW.

#### **ПОДПИСИ:**

- **Если вы — лицо, указанное в документах,** поставьте подпись и укажите свои имя и фамилию печатными буквами ниже. Укажите дату подписания, а также контактный номер телефона.
- **Если вы подписываете документ за другое лицо,** укажите, на основании чего вы ставите подпись в последней строке, затем приложите копию решения суда или другого документа, который дает вам законное право ставить подпись на этой форме. Дети также должны подписать форму, чтобы дать разрешение на раскрытие относящейся к ним конфиденциальной информации при условии, что они старше возраста согласия (13 лет для вопросов, относящихся к психическому здоровью и услугам в отношении злоупотребления алкоголем и наркотиками; 14 лет для вопросов, относящихся к ВИЧ/СПИД и прочим ЗППП; без ограничений по возрасту по вопросам контроля рождаемости и абортam; 18 лет по вопросам об общем состоянии здоровья и другой информации).

**Свидетель или нотариус:** Присутствие свидетеля или нотариуса может быть необходимым для проверки вашей личности, если вы не представите эту форму лично, либо если программа запросит такую проверку. Такое лицо должно подписать форму и указать свое имя и фамилию печатными буквами.

**УВЕДОМЛЕНИЕ ДЕПАРТАМЕНТУ DCYF:** Если в такой информации содержатся данные о ВИЧ или ЗППП, Департамент DCYF должен уведомить получателей информации о ее конфиденциальном характере, и что получатели информации не могут далее раскрывать эту информацию без специального разрешения, предусмотренного RCW 70.02.300. Если в соответствии с этим разрешением Департамент DCYF раскроет информацию об услугах, получаемых в связи со злоупотреблением наркотиками или алкоголем, то для дальнейшей передачи такой информации Департамент DCYF обязан включить следующее заявление, требуемое разделом 42 CFR 2.32:

Эта информация передана вам из документов, подпадающих под федеральные требования о защите конфиденциальности (согласно 42 CFR part 2). Федеральные требования запрещают дальнейшую передачу этой информации без специального письменного согласия лица, к которому она относится, либо иного основания, отраженного в Части 2 раздела 42 CFR. Общего разрешения на передачу медицинской и иной информации НЕДОСТАТОЧНО для этой цели. Согласно федеральным нормативным документам, эту информацию запрещено использовать для какого бы то ни было уголовного расследования и преследования любых пациентов, злоупотребляющих алкоголем или наркотиками.