

Згода на процес Release of Information (Надання інформації)

Повідомлення клієнтам: Підписуючи цю форму, ви надаєте DCYF і вказаним нижче агентствам і фізичним особам дозвіл на використання та передавання вашої конфіденційної інформації. Організація DCYF не відмовить вам у наданні пільг, якщо ви не підпишете цю форму, за винятком випадків, коли ваша згода є умовою для визначення того, чи маєте ви право на отримання пільг. Якщо ви не підпишете цю форму, DCYF може й надалі передавати інформацію про вас в обсязі, дозволеному законом. Якщо у вас є запитання про те, як DCYF передає конфіденційну інформацію про клієнтів, чи ви бажаєте дізнатися свої права на недоторканість особистого життя, ознайомтесь із Заявою про використання особистих даних DCYF або поставте відповідні запитання особі, яка надала вам цю форму.

Розділ 1: Ідентифікаційні дані клієнта

ІМ'Я	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ
АДРЕСА	МІСТО	ШТАТ	ІНДЕКС
ІНША ІНФОРМАЦІЯ:			

Розділ 2: Згода

Я даю DCYF і вказаним нижче особам згоду на використання та розголошення моєї конфіденційної інформації для процесів координації послуг, лікування, здійснення платежів і надання мені пільг, а також для інших цілей, дозволених законом. Інформація може передаватися вербально чи в письмовій формі.

Позначте нижче всі сторони, крім DCYF, для яких надається згода, а також укажіть їхні імена й адреси:

<input type="checkbox"/>	Постачальники медичних послуг:
<input type="checkbox"/>	Постачальники послуг з охорони психічного здоров'я:
<input type="checkbox"/>	Постачальники послуг з огляду на вживання психоактивних речовин:
<input type="checkbox"/>	Племінні общини:
<input type="checkbox"/>	Шкільні округи або університети:
<input type="checkbox"/>	Social Security Administration (Адміністрація соціального забезпечення) чи інший федеральний орган:
<input type="checkbox"/>	Див. вкладений лист
<input type="checkbox"/>	Інші (зокрема постачальники, які працюють за контрактом із DCYF, чи інші агентства штату):

Я даю дозвіл на обмін вказаними далі документами й інформацією (позначте все застосовне):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Усі документи моїх клієнтів | <input type="checkbox"/> Інформація про медичне обслуговування | <input type="checkbox"/> Платіжні документи |
| <input type="checkbox"/> Документи в прикріпленому списку | <input type="checkbox"/> Плани лікування чи догляду | <input type="checkbox"/> Сімейний анамнез, соціальний анамнез, відомості про роботу |
| <input type="checkbox"/> Лише вказані далі документи | <input type="checkbox"/> Індивідуальні активи | <input type="checkbox"/> Відомості про школу, освіту й навчання |
| | | <input type="checkbox"/> Інше _____ |

Якщо в документах ваших клієнтів містяться будь-які з вказаних нижче типів інформації, ви також маєте заповнити цей розділ і вказати такі документи.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Психічне здоров'я | <input type="checkbox"/> Результати тестів, діагностика або лікування, пов'язані з патогенними мікроорганізмами, що передаються кров'ю |
| <input type="checkbox"/> Послуги з лікування Substance Use Disorder (розлад, спричинений вживанням психоактивних речовин, SUD) | |

Розділ 3: Підписи

Ця згода дійсна впродовж одного року поки DCYF будуть потрібні документи, або до _____ (дата або подія).

- Я можу відкликати чи анулювати цю згоду будь-коли, надіславши відповідне письмове сповіщення, проте це не вплине на вже передану інформацію.
- Я розумію, що надані відповідно до цієї згоди документи не захищатимуться законами, застосовними до DCYF.
- Для надання моєї згоди на передавання документів можна пред'явити копію цієї форми.

Підпис	Дата	Підпис контактної особи агентства/свідка	Дата
Підпис одного з батьків/опікунів чи інших представників (якщо застосовно)	Дата	Номер телефону одного з батьків/опікунів чи інших представників (якщо застосовно)	

Якщо я не є власником записів, то маю дозвіл на їх підпис, оскільки я – (додайте документ із підтвердження повноважень):

- Один із батьків Офіційний опікун (додайте постанову суду) Особистий представник Інше _____

Повідомлення для отримувачів інформації. Якщо ці документи містять інформацію про патогенні мікроорганізми, що передаються кров'ю, ви не матимете права розголошувати інформацію без спеціального дозволу клієнта. Якщо ви отримали інформацію про зловживання клієнтом наркотиками чи алкоголем, під час подальшого розголошення інформації відповідно до вимог 42 CFR 2.32 слід додати вказану далі заяву: **«Цю інформацію було розголошено з документів, захищених федеральними постановами щодо конфіденційності (42 CFR, частина 2). Згідно з федеральними постановами вам заборонено надалі розголошувати цю інформацію, за винятком випадків, коли особа, якої стосується така інформація, надала письмову згоду на таке розголошення або якщо інше зазначено в 42 CFR, частина 2. Загального дозволу на розголошення медичної інформації та інформації іншого типу недостатньо для цієї мети. Федеральні постанови обмежують будь-яке використання інформації для кримінального розслідування чи переслідування з огляду на пацієнта, який зловживає алкоголем або наркотиками».**

ІНСТРУКЦІЇ ІЗ ЗАПОВНЕННЯ ФОРМИ НАДАННЯ ЗГОДИ

Мета: Використовуйте цю форму, якщо вам потрібно отримати згоду на тривале використання конфіденційної інформації про клієнта в межах DCYF чи розголошення цієї інформації іншим агентствам для процесів координації послуг, лікування, здійснення платежів, здійснення операцій агентства чи інших цілей, схвалених законом. Клієнтами є особи, які отримують пільги чи послуги від DCYF.

Використання: Якщо це можливо, заповніть цю форму в електронній формі, щоб її було легше читати. **Форму слід заповняти окремо для кожної особи, зокрема й дітей.** Слово «ви» в інструкціях стосується працівника DCYF, а у формі – клієнта. Передавання документів передбачає використання й розголошення конфіденційної інформації про клієнта.

Частини форми:

ІДЕНТИФІКАЦІЙНІ ДАНІ:

- **Ім'я:** Укажіть у кожній формі ім'я лише одного клієнта. Також зазначайте будь-які попередні імена, за якими клієнт міг отримувати послуги.
- **Дата народження:** Необхідна для ідентифікації клієнта серед осіб зі схожими іменами.
- **Ідентифікаційний номер:** Укажіть ідентифікаційний номер клієнта чи інший ідентифікатор, як-от social security number (номер соціального страхування) (не обов'язково), щоб полегшити ідентифікацію документів і відстежування історії та отриманих послуг.
- **Адреса й телефон:** Додаткова інформація, що допоможе знайти й ідентифікувати клієнта чи зв'язатися з ним.
- **Інше:** Укажіть у цьому полі будь-яку додаткову інформацію, яка може допомогти в процесі пошуку документів, що містять частини DCYF, пов'язані з послугами, імена членів сім'ї або іншу відповідну інформацію.

ЗГОДА (АВТОРИЗАЦІЯ):

- **Агентства чи особи, які здійснюють обмін документами:** Заповненням клієнтом цієї форми означає надання права на використання конфіденційної інформації та обмін нею в межах DCYF. DCYF матиме змогу розголошувати й отримувати конфіденційну інформацію в співпраці з указаними вище зовнішніми агентствами або особами. Укажіть ідентифікаційні відомості агентств чи постачальників послуг, зокрема імена, адреси чи розташування, якщо це можливо. Ви також можете додати список агентств, яким буде дозволено передавати інформацію. Клієнт має підписати такий список.
- **Додана інформація:** Клієнти мають зазначити, на які документи поширюється згода. Клієнти можуть зробити доступними всі документи чи обмежити додані документи за датою, типом чи джерелом. Якщо клієнт не підписав згоду або не вказав певний документ, передавання такого документа не заборонятиметься, якщо це дозволено законом. Ви можете прикріпити список доданих документів. Клієнт має підписати такий список. Якщо будь-який із документів містить інформацію, що стосується психічного здоров'я (RCW 71.34.500, 71.34.510 & 71.34.530), тестування на HIV/AIDS чи STD та лікування цих захворювань (RCW 70.02.220) або послуг із лікування наркоманії чи алкоголізму (42 CFR 2.31(a)(5)), клієнт має позначити такі розділи документів, щоб дати дозвіл на передавання таких документів. Ця форма не дійсна для додавання документів про психотерапію згідно з 45 CFR 164.508(b)(3)(ii); для додавання таких документів необхідно заповнити окрему форму.
- **Тривалість:** Укажіть дату завершення терміну дії згоди, яка відповідає цілям вашої програми чи передбачається законом.
- **Розуміння:** Переконайтесь, що клієнт розуміє, на що дається дозвіл, а також те, як і чому передаватиметься інформація. У разі необхідності скористайтесь перекладеною формою й послугами перекладача або зачитайте форму вголос. Якщо клієнту потрібна додаткова інформація, надайте додаткову копію Заяви про використання особистих даних DCYF чи спрямуйте його до працівника вашого відділення, який відповідальний за розголошення інформації

ПІДПИСИ:

- **Клієнт:** Попросіть клієнта чи дитину, яка досягла необхідного віку для надання згоди (13 для документів щодо послуг з огляду на психічне здоров'я та лікування наркоманії та алкоголізму; 14 для HIV/AIDS та інших STD; 18 для документів щодо отримання медичної допомоги та інших документів), поставити підпис у цьому полі й зазначити дату підписання. Клієнт може поставити в цьому полі позначку, яку ви засвідчите.
- **Контактна особа агентства чи свідок:** Вам слід ставити підпис у цьому полі, якщо саме ви представляєте форму клієнту й пояснюєте її. Укажіть свій номер телефону. Якщо клієнт підписуватиме форму не на робочому місці, повідомте клієнту, що свідок має поставити тут підпис і вказати свій номер телефону. Свідком підписання клієнтом форми може бути державний нотаріус.

Один із батьків чи інший представник: Якщо клієнтом є дитина, яка ще не може надавати згоду, підпис має поставити один із батьків чи опікун. Якщо дитина ще не досягла віку, з якого можна надавати згоду на передавання, для кожного з документів, підпис мають поставити і дитина, і один із батьків. Якщо клієнта визнано недієздатним, підписати форму має призначений судом опікун, який повинен спочатку пред'явити копію наказу про призначення. Якщо особа ставить підпис, маючи інші права (наприклад, особа має доручення чи є представником із питань щодо майна), позначте поле «Інше» й отримайте копію документа про юридичні повноваження на відповідні дії. Особа, яка підписує форму, має зазначити дату підпису й вказати номер телефону чи контактну інформацію.