

Đồng Ý Release of Information (Tiết Lộ Thông Tin)

Thông Báo cho Thân Chủ: Khi ký tên vào biểu mẫu này, quý vị cho phép DCYF và các cơ quan cũng như cá nhân được liệt kê bên dưới sử dụng và chia sẻ thông tin định danh của mình. DCYF không thể từ chối các khoản trợ cấp của quý vị nếu quý vị không ký vào biểu mẫu này trừ khi cần có sự đồng ý của quý vị để xác định tính đủ điều kiện. Nếu quý vị không ký vào biểu mẫu này, DCYF vẫn có thể chia sẻ thông tin về quý vị trong phạm vi pháp luật cho phép. Nếu quý vị có thắc mắc về phương thức DCYF chia sẻ thông tin định danh thân chủ hoặc quyền riêng tư của mình, vui lòng tham khảo Thông Báo về Thực Hành Quyền Riêng Tư của DCYF hoặc hỏi người đưa biểu mẫu này cho quý vị.

Phần 1: Định Danh Thân Chủ

TÊN	NGÀY SINH	MÃ SỐ ĐỊNH DANH	SỐ ĐIỆN THOẠI
ĐỊA CHỈ	THÀNH PHỐ	TỈNH BANG	Mã Bưu Chính
THÔNG TIN KHÁC:			

Phần 2: Đồng Ý

Tôi đồng ý cho phép sử dụng và tiết lộ thông tin định danh của tôi trong DCYF và với những người được liệt kê bên dưới để điều phối các dịch vụ, điều trị, thanh toán và trợ cấp cho tôi hoặc cho các mục đích khác được pháp luật cho phép. Thông tin có thể được chia sẻ bằng lời hoặc văn bản.

Ngoài DCYF vui lòng đánh dấu tất cả những người dưới đây bao gồm trong giấy đồng ý này và xác định họ theo tên và địa chỉ:

<input type="checkbox"/>	Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe:
<input type="checkbox"/>	Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Tâm Thần:
<input type="checkbox"/>	Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Điều Trị Sử Dụng Chất Kích Thích:
<input type="checkbox"/>	Bộ tộc:
<input type="checkbox"/>	Khu Học Chánh hoặc Trường Cao Đẳng:
<input type="checkbox"/>	Social Security Administration (Sở An Sinh Xã Hội) hoặc Cơ Quan Liên Bang khác:
<input type="checkbox"/>	Xem Danh Sách Đính Kèm
<input type="checkbox"/>	Khác (bao gồm các nhà cung cấp có hợp đồng với DCYF hoặc các cơ quan tiểu bang khác):

Tôi cho phép và đồng ý chia sẻ các hồ sơ và thông tin sau (đánh dấu vào tất cả các mục phù hợp):

- | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Tất cả hồ sơ thân chủ của tôi | <input type="checkbox"/> | Thông tin chăm sóc sức khỏe | <input type="checkbox"/> | Hồ sơ thanh toán |
| <input type="checkbox"/> | Hồ sơ trên danh sách đính kèm | <input type="checkbox"/> | Các chương trình chăm sóc hoặc điều trị | <input type="checkbox"/> | Sơ yếu lý lịch về gia đình, xã hội và việc làm |
| <input type="checkbox"/> | Chỉ hồ sơ theo dõi | <input type="checkbox"/> | Tài sản cá nhân | <input type="checkbox"/> | Trường học giáo dục và đào tạo |
| | | | | <input type="checkbox"/> | Khác _____ |

Nếu hồ sơ thân chủ của quý vị bao gồm bất kỳ thông tin nào sau đây, quý vị cũng phải hoàn thành phần này để bao gồm những hồ sơ này.

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Sức khỏe tâm thần | <input type="checkbox"/> | Kết quả xét nghiệm, chẩn đoán hoặc điều trị mầm bệnh lây truyền qua đường máu |
| <input type="checkbox"/> | Các dịch vụ về Substance Use Disorder (Rối Loạn Sử Dụng Chất Kích Thích, SUD) | | |

Phần 3: Chữ Ký

Sự đồng ý này có hiệu lực trong một năm cho đến khi DCYF còn cần hồ sơ, hoặc cho đến _____ (ngày hoặc sự kiện).

- Tôi có thể thu hồi hoặc rút lại sự đồng ý này bất cứ lúc nào bằng văn bản, nhưng điều đó sẽ không ảnh hưởng đến tất cả các thông tin đã được chia sẻ.
- Tôi hiểu rằng các hồ sơ được chia sẻ theo sự đồng ý này có thể không còn được bảo vệ theo luật áp dụng cho DCYF.
- Một bản sao của biểu mẫu này hợp lệ để cho phép tôi chia sẻ hồ sơ.

Chữ Ký	Ngày	Cơ Quan Liên Hệ/Chữ Ký của Người Làm Chứng	Ngày
Chữ ký của Cha Mẹ/Người Giám Hộ hoặc Người Đại Diện Khác (nếu có)	Ngày	Số Điện Thoại của Cha Mẹ/Người Giám Hộ hoặc Người Đại Diện Khác (nếu có)	

Nếu tôi không phải là đối tượng của hồ sơ, tôi được ủy quyền ký tên vì tôi là (đính kèm bằng chứng ủy quyền):

- Cha/Mẹ Người Giám Hộ Hợp Pháp (đính kèm lệnh của tòa) Người đại diện cá nhân Khác _____

Thông báo cho người nhận thông tin: Nếu những hồ sơ này chứa thông tin về mầm bệnh lây truyền qua đường máu, quý vị không được tiết lộ thêm thông tin đó mà không có sự cho phép cụ thể của thân chủ. Nếu quý vị đã nhận được thông tin liên quan đến việc lạm dụng ma túy hoặc rượu của thân chủ, quý vị phải đính kèm tuyên bố sau khi tiết lộ thêm thông tin theo yêu cầu của 42 CFR 2.32: "Thông tin này đã được tiết lộ cho quý vị từ các hồ sơ được bảo vệ bởi các quy tắc bảo mật liên bang (42 CFR phần 2). Các quy tắc liên bang nghiêm cấm quý vị tiết lộ thêm bất kỳ thông tin nào trừ khi việc tiết lộ thêm được cho phép rõ ràng bằng sự đồng ý thông qua văn bản của người có liên quan hoặc được cho phép bởi 42 CFR phần 2. Giấy phép chung cho việc tiết lộ thông tin y tế hoặc thông tin khác thông tin là không đủ cho mục đích này. Các quy tắc liên bang hạn chế mọi việc sử dụng thông tin để điều tra hoặc truy tố hình sự bất kỳ bệnh nhân lạm dụng rượu hoặc ma túy nào."

HƯỚNG DẪN ĐIỀN MẪU ĐỒNG Ý

Mục đích: Sử dụng biểu mẫu này khi quý vị cần sự đồng ý để liên tục sử dụng thông tin định danh của một thân chủ trong DCYF hoặc tiết lộ thông tin đó cho các cơ quan khác để điều phối các dịch vụ hoặc điều trị, thanh toán hoặc hoạt động của cơ quan hoặc cho các mục đích khác được pháp luật công nhận. Thân chủ là những người nhận trợ cấp hoặc dịch vụ từ DCYF.

Hướng dẫn: Điền vào biểu mẫu này bằng phương tiện điện tử nếu có thể để dễ đọc, **mỗi người phải điền vào một biểu mẫu riêng, kể cả trẻ em.** "Quý vị" trong hướng dẫn đề cập đến nhân viên DCYF và "quý vị" trên biểu mẫu đề cập đến thân chủ. Chia sẻ hồ sơ bao gồm việc sử dụng và tiết lộ thông tin định danh của thân chủ.

Các phần của Biểu Mẫu:

ĐINH DANH:

- **Tên:** Chỉ cung cấp tên của một thân chủ trên mỗi biểu mẫu. Gồm mọi tên cũ mà thân chủ có thể đã sử dụng khi nhận dịch vụ.
- **Ngày sinh:** Cần thiết để định danh thân chủ khi trùng tên.
- **Số Định Danh:** Cung cấp số định danh thân chủ hoặc số định danh khác, như social security number (số an sinh xã hội) (không bắt buộc) để hỗ trợ xác định hồ sơ và theo dõi lịch sử cũng như dịch vụ nhận được.
- **Địa chỉ và điện thoại:** Thông tin bổ sung sẽ giúp định vị và xác định hoặc liên hệ với thân chủ.
- **Khác:** Ô này bao gồm bất kỳ thông tin bổ sung nào có thể hỗ trợ xác định hồ sơ có thể có các phần của DCYF liên quan đến các dịch vụ, tên của các thành viên gia đình hoặc thông tin liên quan khác.

ĐỒNG Ý (ỦY QUYỀN):

- **Các cơ quan hoặc người trao đổi hồ sơ:** Việc thân chủ hoàn thành biểu mẫu này cho phép sử dụng và chia sẻ thông tin định danh trong toàn bộ DCYF. DCYF sẽ có thể tiết lộ và nhận thông tin định danh từ các cơ quan bên ngoài hoặc những người được liệt kê. Cung cấp thông tin định danh cho các cơ quan hoặc nhà cung cấp, bao gồm tên, địa chỉ hoặc địa điểm nếu có thể. Quý vị cũng có thể đính kèm danh sách các cơ quan được phép chia sẻ thông tin mà cũng phải có chữ ký của thân chủ.
- **Thông tin bao gồm:** Thân chủ phải cho biết những hồ sơ nào được bảo hiểm trong mẫu đồng ý. Thân chủ có thể cung cấp tất cả các hồ sơ hoặc có thể giới hạn các hồ sơ được phân loại theo ngày, loại hoặc nguồn hồ sơ. Nếu thân chủ không ký giấy đồng ý hoặc không chỉ định một hồ sơ cụ thể, thì việc chia sẻ hồ sơ đó sẽ vẫn được phép nếu luật cho phép. Quý vị có thể đính kèm một danh sách các hồ sơ được bảo hiểm mà cũng phải có chữ ký của thân chủ. Nếu bất kỳ hồ sơ nào bao gồm thông tin liên quan đến sức khỏe tâm thần (RCW 71.34.500, 71.34.510 & 71.34.530), xét nghiệm hoặc điều trị HIV/AIDS hoặc STD (RCW 70.02.220), hoặc dịch vụ ma túy và rượu (42 CFR 2.31(a)(5)), thân chủ phải đánh dấu cụ thể các nội dung này để cho phép chia sẻ các hồ sơ này. Biểu mẫu này không hợp lệ khi có các ghi chú trị liệu tâm lý theo 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) và phải hoàn thành một biểu mẫu riêng để chứa các hồ sơ đó.
- **Thời hạn:** Bao gồm ngày hết hạn đồng ý phục vụ mục đích chương trình của quý vị hoặc theo quy định của pháp luật.
- **Hiểu biết:** Hãy chắc chắn thân chủ hiểu những quyền được cấp cũng như cách thức và lý do thông tin sẽ được chia sẻ. Nếu cần, vui lòng sử dụng biểu mẫu đã được dịch và thông dịch viên hoặc đọc to biểu mẫu đó. Nếu thân chủ cần thêm thông tin, vui lòng cung cấp thêm một bản sao Thông Báo về Thực Hành Quyền Riêng Tư của DCYF hoặc giới thiệu thân chủ với nhân viên tiết lộ công khai cho đơn vị của quý vị

CHỮ KÝ:

- **Thân chủ:** Yêu cầu thân chủ hoặc trẻ em trên độ tuổi chấp thuận (13 tuổi đối với dịch vụ sức khỏe tâm thần và ma túy và rượu; 14 tuổi đối với HIV/AIDS và các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác; bất kỳ độ tuổi nào đối với ngừa thai và phá thai; 18 tuổi đối với chăm sóc sức khỏe và các hồ sơ khác) ký tên vào ô này và ghi ngày ký. Thân chủ có thể thay thế một dấu trong hộp này khi có sự chứng kiến của quý vị.
- **Cơ Quan Liên Hệ hoặc Người Làm Chứng:** Quý vị sẽ ký vào ô này nếu quý vị là người trình bày và giải thích biểu mẫu cho thân chủ. Vui lòng ghi cả số điện thoại của quý vị. Nếu thân chủ ký vào biểu mẫu khi không ở địa điểm kinh doanh, vui lòng hướng dẫn thân chủ nhờ người làm chứng ký vào khu vực này và cung cấp số điện thoại. Công chứng viên có thể làm nhân chứng cho chữ ký của thân chủ.

Cha Mẹ hoặc Người Đại Diện Khác: Nếu thân chủ là trẻ dưới độ tuổi thành niên, cha mẹ hoặc người giám hộ phải ký tên. Nếu trẻ chưa đủ tuổi đồng ý cho tất cả các hồ sơ được chia sẻ, cả trẻ và cha mẹ đều phải ký tên. Nếu thân chủ bị tuyên bố là không đủ năng lực pháp lý, người giám hộ do tòa án chỉ định phải ký và cung cấp một bản sao của lệnh bổ nhiệm. Nếu một người đang ký với tư cách khác (bao gồm cả người có giấy ủy quyền hoặc đại diện tài sản), vui lòng đánh dấu "khác" và lấy một bản sao của cơ quan pháp lý để thực hiện. Người ký phải ghi ngày tháng vào ô chữ ký và cung cấp số điện thoại hoặc thông tin liên lạc.