

ទម្រង់បែបបទស្តីពីការយល់ព្រម Release of Information (ការចេញផ្សាយព័ត៌មាន)

ការជូនដំណឹងដល់អតិថិជន៖ តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ អ្នកសូមផ្តល់ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ DCYF និងទីភ្នាក់ងារ និងបុគ្គលដែលមានរាយនាមខាងក្រោម ដើម្បីប្រើប្រាស់ និងចែករំលែកព័ត៌មានសម្ងាត់អំពីអ្នក។ DCYF មិនអាចបដិសេធអ្នកនូវអត្ថប្រយោជន៍បានទេក្នុងករណីអ្នកមិនចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះទេ លុះត្រាតែមានការយល់ព្រមពីអ្នកដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះទេ DCYF អាចនៅតែចែករំលែកព័ត៌មានអំពីអ្នកក្នុងកម្រិតដែលច្បាប់អនុញ្ញាត។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីរបៀបដែល DCYF ចែករំលែកព័ត៌មានសម្ងាត់របស់អតិថិជន ឬសិទ្ធិកងកម្មសាធារណៈរបស់អ្នក សូមមើលសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តកងកម្មសាធារណៈរបស់ DCYF ឬសួរអ្នកដែលផ្តល់ជូនអ្នកនូវទម្រង់បែបបទនេះ។

ផ្នែកទី 1: ការកំណត់អត្តសញ្ញាណអតិថិជន

ឈ្មោះ:	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	លេខអត្តសញ្ញាណ	លេខទូរសព្ទ
អាសយដ្ឋាន	ទីក្រុង	រដ្ឋ	ប្តីបកូន
ព័ត៌មានផ្សេងទៀត:			

ផ្នែកទី 2: ការយល់ព្រម

ខ្ញុំយល់ព្រមឱ្យប្រើប្រាស់ និងបញ្ជូនព័ត៌មានសម្ងាត់អំពីខ្ញុំនៅក្នុងទីភ្នាក់ងារ DCYF និងជាមួយអ្នកដែលរាយនាមខាងក្រោម ដើម្បីសម្របសម្រួលសេវាកម្ម ការព្យាបាល ការទូទាត់ និងអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ខ្ញុំ ឬសម្រាប់គោលបំណងផ្សេងទៀតដែលអនុញ្ញាតដោយច្បាប់។ ព័ត៌មានអាចត្រូវបានចែករំលែកដោយផ្ទាល់មាត់ ឬជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។

សូមគូសផឹកចំណុចទាំងអស់ខាងក្រោម ដែលរួមបញ្ចូលនៅក្នុងការយល់ព្រមនេះ បន្ថែមលើ DCYF ហើយកំណត់អត្តសញ្ញាណពួកគេតាមឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋាន:

<input type="checkbox"/>	អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព:
<input type="checkbox"/>	អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត:
<input type="checkbox"/>	អ្នកផ្តល់សេវាការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន:
<input type="checkbox"/>	កុលសម្ព័ន្ធ:
<input type="checkbox"/>	មណ្ឌលសិក្សា ឬមហាវិទ្យាល័យ:
<input type="checkbox"/>	Social Security Administration (រដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គម) ឬទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធផ្សេងទៀត:
<input type="checkbox"/>	សូមមើលបញ្ជីភ្ជាប់មកជាមួយ
<input type="checkbox"/>	ផ្សេងទៀត (រួមមានអ្នកផ្តល់សេវាជាប់កិច្ចសន្យារបស់ DCYF ឬទីភ្នាក់ងារផ្សេងទៀត):

ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាត និងយល់ព្រមឱ្យចែករំលែកកំណត់ត្រា និងព័ត៌មានខាងក្រោម (គូសផឹកចំណុចទាំងអស់ដែលអនុវត្ត):

<input type="checkbox"/> រាល់កំណត់ត្រាអតិថិជនរបស់ខ្ញុំ	<input type="checkbox"/> ព័ត៌មានអំពីការថែទាំសុខភាព	<input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាអំពីការទូទាត់
<input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាក្នុងបញ្ជីភ្ជាប់មកជាមួយ	<input type="checkbox"/> ផែនការព្យាបាល ឬថែទាំសុខភាព	<input type="checkbox"/> ប្រវត្តិគ្រួសារ សង្គម និងការងារ
<input type="checkbox"/> តែកំណត់ត្រាខាងក្រោមប៉ុណ្ណោះ:	<input type="checkbox"/> ទ្រព្យសម្បត្តិបុគ្គល	<input type="checkbox"/> សាលារៀន ការអប់រំ និងការបណ្តុះបណ្តាល
		<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត _____

ប្រសិនបើកំណត់ត្រាអតិថិជនរបស់អ្នករួមបញ្ចូលព័ត៌មានខាងក្រោមណាមួយ អ្នកត្រូវបំពេញផ្នែកនេះផងដែរ ដើម្បីរួមបញ្ចូលកំណត់ត្រាទាំងនេះ។

សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត លទ្ធផលតេស្តមេរោគដែលបង្កដោយឈាម ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬការព្យាបាល
 Substance Use Disorder (សេវាកម្មវិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន, SUD)

ផ្នែកទី 3: ហត្ថលេខា

ការយល់ព្រមនេះមានសុពលភាពរយៈពេល មួយឆ្នាំ ដរាបណា DCYF ត្រូវការកំណត់ត្រា ឬ រហូតដល់ _____ (កាលបរិច្ឆេទប្រព្រឹត្តិការណ៍)។

- ខ្ញុំអាចដកហូត ឬដកពាក្យយល់ព្រមនេះនៅពេលណាមួយជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ប៉ុន្តែវានឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ព័ត៌មានណាមួយដែលបានចែករំលែករួចហើយនោះទេ។

- ខ្ញុំយល់ថាកំណត់ត្រាដែលបានចែករំលែកក្រោមការយល់ព្រមនេះប្រហែលជាមិនត្រូវបានការពារក្រោមច្បាប់ដែលអនុវត្តចំពោះ DCYF ទៀតទេ។
- ច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទនេះមានសុពលភាពដើម្បីផ្តល់ការអនុញ្ញាតពីខ្ញុំឲ្យចែករំលែកកំណត់ត្រា។

ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ	ហត្ថលេខាសាក្សី/ទំនាក់ទំនងទីភ្នាក់ងារ	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខារបស់មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល ឬអ្នកតំណាងផ្សេងទៀត (បើអាចអនុវត្តបាន)	កាលបរិច្ឆេទ	លេខទូរស័ព្ទរបស់ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល ឬ តំណាងផ្សេងទៀត (បើអាចអនុវត្តបាន)	

ប្រសិនបើខ្ញុំមិនមែនជាម្ចាស់កំណត់ត្រានោះ ខ្ញុំមានសិទ្ធិចុះហត្ថលេខាពីព្រោះខ្ញុំជា (ភ្ជាប់កម្រិតនៃសិទ្ធិអំណាច)៖
 ឪពុកម្តាយ អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ (ភ្ជាប់ដីកាតុលាការ) អ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន ផ្សេងទៀត _____

ការជូនដំណឹងដល់អ្នកទទួលបានព័ត៌មាន៖ ប្រសិនបើកំណត់ត្រាទាំងនេះមានព័ត៌មានអំពីមេរោគឆ្លងក្នុងឈាម អ្នកមិនអាចបង្ហាញព័ត៌មាននោះបន្ថែមទៀតដោយគ្មានការអនុញ្ញាតជាលក្ខណ៍អតិថិជនបានទេ។ ប្រសិនបើអ្នកបានទទួលព័ត៌មានទាក់ទងនឹងការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន ឬគ្រឿងស្រវឹងដោយអតិថិជន អ្នកត្រូវតែបញ្ឈប់ការលើកលែងការណែនាំខាងក្រោមនៅពេលបង្ហាញព័ត៌មានបន្ថែម តាមការទាមទារក្នុងមាត្រា 42 CFR 2.32៖ "ព័ត៌មាននេះត្រូវបានបញ្ចេញទៅអ្នកតំណាងត្រូវបានការពារដោយច្បាប់រក្សាការសម្ងាត់សហព័ន្ធ (42 CFR ផ្នែក 2)។ ច្បាប់សហព័ន្ធហាមឃាត់អ្នកមិនឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មាននេះបន្ថែមទៀតទេ លុះត្រាតែការបញ្ចេញបន្ថែមទៀតត្រូវបានអនុញ្ញាតយ៉ាងច្បាស់ដោយការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីបុគ្គលដែលពាក់ព័ន្ធ ឬត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយ 42 CFR ផ្នែក 2។ ការអនុញ្ញាតទូទៅសម្រាប់ការចេញផ្សាយព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ ឬព័ត៌មានផ្សេងទៀតមិនគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់គោលបំណងនេះទេ។ ច្បាប់សហព័ន្ធគាំទ្រការប្រើប្រាស់ព័ត៌មានណាមួយ ដើម្បីស៊ើបអង្កេតបទព្រហ្មទណ្ឌ ឬកាត់ទោសអ្នកជំងឺគ្រឿងស្រវឹង ឬគ្រឿងញៀន"។

ការណែនាំសម្រាប់ការបំពេញទម្រង់បែបបទយល់ព្រម

គោលបំណង៖ ប្រើទម្រង់បែបបទនេះនៅពេលដែលអ្នកត្រូវការការយល់ព្រមក្នុងការប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសម្ងាត់ជាបន្តបន្ទាប់អំពីអតិថិជននៅក្នុងទីភ្នាក់ងារ DCYF ឬដើម្បីបញ្ចេញព័ត៌មាននោះទៅកាន់ទីភ្នាក់ងារផ្សេងទៀតដើម្បីសម្របសម្រួលសេវាកម្ម ឬសម្រាប់ការព្យាបាល ការទូទាត់ ឬប្រតិបត្តិការរបស់ទីភ្នាក់ងារ ឬសម្រាប់គោលបំណងផ្សេងទៀតដែលទទួលស្គាល់ដោយច្បាប់។ អតិថិជនគឺជាអ្នកដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ ឬសេវាកម្មពីទីភ្នាក់ងារ DCYF។

ការប្រើប្រាស់៖ បំពេញទម្រង់បែបបទនេះតាមទម្រង់អេឡិចត្រូនិក ប្រសិនបើអាចធ្វើទៅបាន ដើម្បីបង្កលក្ខណៈងាយស្រួលអាន **ទម្រង់ដាច់ដោយឡែកត្រូវតែបំពេញសម្រាប់បុគ្គលម្នាក់ៗ រួមទាំងកុមារផងដែរ។** "អ្នក" នៅក្នុងសេចក្តីណែនាំទាំងនេះគឺសំដៅលើបុគ្គលិក DCYF ហើយ "អ្នក" នៅលើទម្រង់បែបបទនេះគឺសំដៅលើអតិថិជន។ ការចែករំលែកកំណត់ត្រារួមមានការប្រើប្រាស់ និងការបញ្ចេញព័ត៌មានសម្ងាត់អំពីអតិថិជន។

ផ្នែកនៃទម្រង់បែបបទ៖

ការកំណត់អត្តសញ្ញាណ៖

- **ឈ្មោះ៖** ផ្តល់ឈ្មោះអតិថិជនតែម្នាក់នៅលើទម្រង់បែបបទនីមួយៗ។ រួមបញ្ចូលឈ្មោះពីមុនណាមួយដែលអតិថិជនប្រហែលជាបានប្រើនៅពេលទទួលសេវាកម្ម។
- **ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖** ចាំបាច់ដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណអតិថិជនពីបុគ្គលដែលមានឈ្មោះស្រដៀងគ្នា។
- **លេខអត្តសញ្ញាណ៖** ផ្តល់លេខអត្តសញ្ញាណអតិថិជន ឬអត្តសញ្ញាណផ្សេងទៀត ដូចជា social security number (លេខសន្តិសុខសង្គម) (មិនទាមទារ) ដើម្បីជួយក្នុងការកំណត់អត្តសញ្ញាណកំណត់ត្រា និងតាមដានប្រវត្តិ និងសេវាកម្មដែលទទួលបាន។
- **អាសយដ្ឋាន និងទូរស័ព្ទ៖** ព័ត៌មានបន្ថែមដែលនឹងជួយក្នុងការកំណត់ទីតាំង និងកំណត់អត្តសញ្ញាណ ឬទាក់ទងអតិថិជន។
- **ផ្សេងទៀត៖** រួមបញ្ចូលនៅក្នុងប្រអប់នេះនូវព័ត៌មានបន្ថែមដែលអាចជួយកំណត់ទីតាំងកំណត់ត្រាដែលអាចរួមបញ្ចូលផ្នែកនៃទីភ្នាក់ងារ DCYF ពាក់ព័ន្ធនឹងសេវាកម្ម ឈ្មោះសមាជិកគ្រួសារ ឬព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត។

ការយល់ព្រម (ការអនុញ្ញាត)៖

- **ទីភ្នាក់ងារ ឬអ្នកផ្តល់សេវាកំណត់ត្រា៖** ការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះរបស់អតិថិជនអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ និងចែករំលែកព័ត៌មានសម្ងាត់នៅក្នុងស្ថាប័នទាំងអស់របស់ DCYF។ DCYF នឹងអាចបញ្ចេញ និងទទួលបានព័ត៌មានសម្ងាត់ពីទីភ្នាក់ងារខាងក្រៅ ឬបុគ្គលដែលមានរាយនាម។ ផ្តល់ព័ត៌មានកំណត់អត្តសញ្ញាណអំពីទីភ្នាក់ងារ ឬអ្នកផ្តល់សេវា រួមទាំងឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន ឬទីតាំងប្រសិនបើអាចធ្វើទៅបាន។ អ្នកក៏អាចភ្ជាប់បញ្ជីទីភ្នាក់ងារដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចែករំលែកព័ត៌មានដែលអតិថិជនត្រូវតែចុះហត្ថលេខាផងដែរ។
- **ព័ត៌មានត្រូវបានរួមបញ្ចូល៖** អតិថិជនត្រូវតែបង្ហាញថា តើកំណត់ត្រាអ្វីខ្លះត្រូវបានលើកឡើងក្នុងទម្រង់បែបបទយល់ព្រមនេះ។ អតិថិជនអាចធ្វើឱ្យមានកំណត់ត្រាទាំងអស់ ឬអាចដាក់កំណត់លើកំណត់ត្រាដែលបានរួមបញ្ចូលតាមកាលបរិច្ឆេទ ប្រភេទ ឬប្រភពនៃកំណត់ត្រា។ ប្រសិនបើអតិថិជនមិនចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទយល់ព្រម ឬមិនបញ្ជាក់ពីកំណត់ត្រាជាលក្ខណ៍មួយទេ ការចែករំលែកកំណត់ត្រានោះនឹងនៅតែត្រូវបានអនុញ្ញាតប្រសិនបើច្បាប់អនុញ្ញាត។ អ្នកអាចភ្ជាប់បញ្ជីនៃកំណត់ត្រាខាងលើដែលអតិថិជនត្រូវតែចុះហត្ថលេខាផងដែរ។ ប្រសិនបើកំណត់ត្រាណាមួយរួមមានព័ត៌មានទាក់ទងនឹងសុខភាពផ្លូវចិត្ត (RCW 71.34.500, 71.34.510 & 71.34.530), ការធ្វើតេស្ត ឬការព្យាបាល HIV/AIDS ឬ STD (RCW 70.02.220) ឬសេវាផ្តាច់គ្រឿងញៀន និងគ្រឿងស្រវឹង (42 CFR 2.31(a)(5)) អតិថិជនត្រូវតែគូសសម្គាល់តំបន់ទាំងនេះជាពិសេស ដើម្បីផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យចែករំលែកកំណត់ត្រាទាំងនេះ។ ទម្រង់បែបបទនេះមិនមានសុពលភាពក្នុងការរួមបញ្ចូលកំណត់ត្រាព្យាបាលចិត្តសាស្ត្រក្រោមមាត្រា 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) ហើយទម្រង់បែបបទដាច់ដោយឡែកត្រូវតែបំពេញដើម្បីរួមបញ្ចូលកំណត់ត្រាទាំងនោះ។

- រយៈពេល: រួមបញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទផ្ទុកកំណត់សម្រាប់ការយល់ព្រមដែលបម្រើគោលបំណងកម្មវិធីរបស់អ្នក ឬដូចដែលចែងដោយច្បាប់។
- ការយល់ដឹង: ត្រូវប្រាកដថាអតិថិជនយល់ពីអ្វីដែលត្រូវបានអនុញ្ញាត និងវិធី និងមូលហេតុនៃការចែករំលែកព័ត៌មាន។ បើចាំបាច់ សូមប្រើទម្រង់បែបបទបកប្រែ និងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ឬអាស្រ័យនេះឲ្យស្តាប់។ ប្រសិនបើអតិថិជនត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម សូមផ្តល់ច្បាប់ចម្លងបន្ថែមនៃសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តកិច្ចសន្យាពររបស់ DCYF ឬបញ្ជូនអតិថិជនទៅមន្ត្រីផ្សព្វផ្សាយសាធារណៈសម្រាប់អង្គការរបស់អ្នក

ហត្ថលេខា:

- អតិថិជន: មានអតិថិជន ឬកូនដែលមានអាយុលើសពីការយល់ព្រម (13 ឆ្នាំសម្រាប់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងសេវាផ្តាច់គ្រឿងញៀន និងគ្រឿងស្រវឹង 14 ឆ្នាំសម្រាប់សេវាព្យាបាល HIV/AIDS និងជំងឺកាមរោគផ្សេងៗ អាយុណាមួយសម្រាប់ការពន្យារកំណើត និងការរំលូតកូន 18 ឆ្នាំសម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាព និងកំណត់ត្រាផ្សេងទៀត) ចុះហត្ថលេខាលើប្រអប់នេះ ហើយបញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទនៃហត្ថលេខា អតិថិជនអាចជំនួសសញ្ញាដឹកនៅក្នុងប្រអប់នេះដែលអ្នកធ្វើជាសាក្សី។
- ទំនាក់ទំនងរបស់ទីភ្នាក់ងារ ឬសាក្សី: អ្នកនឹងចុះហត្ថលេខាក្នុងប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកបង្ហាញ និងពន្យល់ទម្រង់បែបបទនេះ ដល់អតិថិជន។ សូមបញ្ចូលលេខទូរសព្ទរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអតិថិជននឹងចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះនៅឆ្ងាយពីទីតាំងប្រកបអាជីវកម្ម សូមណែនាំអតិថិជនឱ្យសាក្សីចុះហត្ថលេខាលើផ្នែកនេះ និងផ្តល់លេខទូរសព្ទ។ សារការីអាចធ្វើជាសាក្សីចំពោះហត្ថលេខារបស់អតិថិជន។

មាតាបិតា ឬអ្នកកំណត់ផ្សេងទៀត: ប្រសិនបើអតិថិជនជាកុមារដែលមានអាយុក្រោមការយល់ព្រម មាតាបិតា ឬអាណាព្យាបាលត្រូវតែចុះហត្ថលេខា ប្រសិនបើកុមារមិនបានបំពេញតាមអាយុនៃការយល់ព្រមសម្រាប់ការចែករំលែកកំណត់ត្រាទាំងអស់នោះទេ ទាំងកុមារ និងឪពុកម្តាយត្រូវតែចុះហត្ថលេខា ប្រសិនបើអតិថិជនត្រូវបានប្រកាសថាគ្មានសមត្ថភាពស្របច្បាប់ អាណាព្យាបាលដែលត្រូវបានតែងតាំងដោយតុលាការត្រូវតែចុះហត្ថលេខា និងផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃដីកាតែងតាំង។ ប្រសិនបើជនណាម្នាក់ចុះហត្ថលេខាក្នុងកូនាទីផ្សេងទៀត (រួមទាំងអ្នកដែលមានលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិ ឬអ្នកកំណត់អចលនវត្ថុ) សូមគូស "ផ្សេងទៀត" ហើយទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃសិទ្ធិអំណាចផ្តល់ច្បាប់ដើម្បីធ្វើសកម្មភាព។ អ្នកចុះហត្ថលេខាត្រូវតែចុះកាលបរិច្ឆេទហត្ថលេខា និងផ្តល់លេខទូរសព្ទ ឬព័ត៌មានទំនាក់ទំនង។