

Release of Information (信息披露) 同意书

当事人须知: 签署此表, 即表示您同意 DCYF 及下列机构和个人使用和共享您的机密信息。即使您不签署此表, DCYF 也不得拒绝向您发放福利, 除非需要您的同意来确定您是否符合资格。如果您不签署此表, DCYF 仍然可以在法律允许的范围内共享您的信息。如果您向 DCYF 共享当事人机密信息的方式或您的隐私权有任何疑问, 请参阅《DCYF 隐私惯例通知》, 或询问向您提供本表的人员。

第 1 部分: 当事人身份信息

姓名	出生日期	身份识别号码	电话号码
地址	市	州	邮政编码
其他信息:			

第 2 部分: 同意

我同意 DCYF 及下列机构和个人使用和披露我的机密信息, 以便为我协调服务、治疗、付款和福利, 或用于法律授权的其他用途。信息可以口头或书面形式共享。

请在下方勾选此同意书除 DCYF 外授权的所有机构, 并注明其名称和地址:

<input type="checkbox"/>	医疗保健服务提供商:
<input type="checkbox"/>	心理健康服务提供商:
<input type="checkbox"/>	物质使用服务提供商:
<input type="checkbox"/>	部落:
<input type="checkbox"/>	学区或学院:
<input type="checkbox"/>	Social Security Administration (社会保障署) 或其他联邦机构:
<input type="checkbox"/>	见附表
<input type="checkbox"/>	其他 (包括与 DCYF 签订合同的提供商或其他州立机构):

我授权并同意共享以下记录和信息 (勾选所有适用项):

- | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 我的所有当事人记录 | <input type="checkbox"/> 医疗保健信息 | <input type="checkbox"/> 付款记录 |
| <input type="checkbox"/> 附表记录 | <input type="checkbox"/> 治疗或护理方案 | <input type="checkbox"/> 家庭、社会和工作经历 |
| <input type="checkbox"/> 仅以下记录 | <input type="checkbox"/> 个人资产 | <input type="checkbox"/> 学校、教育和培训经历 |
| | | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |

如果您的当事人记录包含以下任何信息, 则您还必须填写此部分内容, 将这些记录包含在内。

- 心理健康信息 血源性病原体检测结果、诊断报告或治疗方案 Substance Use Disorder (物质使用障碍, SUD) 服务

第 3 部分: 签名

本同意书的有效期为 一年 DCYF 需要记录的任何时间, 或 至 _____ (日期或事件)。

- 我可以随时以书面形式撤销或撤回此同意, 但已共享的所有信息均不受影响。
- 我理解, 根据本同意书共享的记录可能不再受 DCYF 的适用法律保护。
- 此表的副本具有同等效力, 表示我同意共享记录。

签名	日期	机构联系人/见证人签名	日期
家长/监护人或其他代表签名 (如适用)	日期	家长/监护人或其他代表电话号码 (如适用)	

我不是记录所涉及者, 但我仍有权签署此表, 因为我是 (请附上授权证明):

- 家长 法定监护人 (请附上法院命令) 个人代表 其他 _____

信息接收者须知: 如果以上记录包含有关血源性病原体的信息, 未经当事人明确许可, 您不得进一步披露该信息。如果您收到了有关当事人药物或酒精滥用的信息, 则根据 42 CFR 2.32 的规定, 您必须在进一步披露信息时包括以下声明: “向您披露的此信息取自受联邦信息保密规章 (42 CFR 第 2 部分) 保护之记录资料。联邦法规禁止您进一步披露此信息, 除非对此信息的进一步披露已获得该信息所涉及人士的确切书面同意, 或者属于 42 CFR 第 2 部分所许可的内容。对医疗信息或其他信息披露的一般授权不足以用于此目的。联邦法规禁止将此信息用于对任何酒精或药物滥用患者之犯罪调查或起诉。”

同意书填写说明

用途： 如果您需要同意在 DCYF 内持续使用当事人的机密信息，或者将此类信息披露给其他机构，以协调服务、施行治疗、完成付款或维持机构运营，或将其用于法律允许的其他用途，请使用本表。当事人是指从 DCYF 处获得福利或服务的人。

使用方法： 为方便阅读，请尽量以电子方式填写此表。**每名当事人都需要单独填写一份表格，包括儿童。** 本说明中的“您”指 DCYF 员工，同意书中的“您”指当事人。记录共享包括使用和披露当事人的机密信息。

表格部分：

身份信息：

- **姓名：** 每份表格仅可填写一名当事人的姓名。请列出该当事人接受服务时可能使用过的所有曾用名。
- **出生日期：** 需要用于区分与当事人姓名相似的其他人。
- **身份识别号码：** 提供当事人的身份识别号码或其他识别信息，例如 **social security number**（社会安全号码）（非必需），以协助识别记录及跟踪历史和获得的服务。
- **地址和电话：** 有助于定位、识别或联系当事人的附加信息。
- **其他：** 在本框中填入任何有助于查找记录的附加信息，如 DCYF 与服务相关的部分、家庭成员姓名，或其他相关信息。

同意（授权）：

- **交换记录的机构或个人：** 当事人填妥此表，即表示其允许 DCYF 内部所有人员使用和共享其机密信息。DCYF 可以向表中所列的外部机构或个人披露及从其处接收机密信息。请尽可能提供有关机构或提供商的识别信息，包括名称、地址或位置。您也可以附上一份允许共享信息的机构列表，但需当事人签名。
- **所包含的信息：** 当事人必须指明同意书所涵盖的记录。当事人可以同意披露所有记录，也可以根据日期、类型或记录来源来限制所包含的记录。如果当事人未签署同意书，或未指定某条特定记录，则 DCYF 仍然可以在法律允许的情况下共享此记录。您可以附上所涵盖记录的列表，但当事人也必须签名。如果任何记录中含有关于心理健康 (RCW 71.34.500, 71.34.510 & 71.34.530)、HIV/AIDS 或 STD 测试结果或治疗信息 (RCW 70.02.220)，或者毒品和酒精戒除治疗服务 (42 CFR 2.31(a)(5))，则当事人必须具体标明这些条目，以同意共享这些记录。本表不适用于根据 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) 出具的心理治疗记录，您必须单独填写另一份表格，以将这些记录包含在内。
- **有效期：** 包括为您的计划目的或法律规定的同意的截止日期。
- **确认理解：** 确保当事人理解其授权内容，以及共享信息的方式和原因。如有必要，可使用翻译版本的表格，请口译员现场翻译，或大声读出同意书的内容。如果当事人需要更多信息，可额外提供一份《DCYF 隐私惯例通知》的副本，或将当事人转介给您部门的公开披露官员。

签名：

- **当事人：** 如果当事人或儿童超过同意书规定的年龄（心理健康和毒品与酒精戒除治疗服务为 13 岁；HIV/AIDS 或其他 STD 为 14 岁；避孕和堕胎年龄不限；医疗保健或其他记录为 18 岁），则在此框中签名，并注明签名日期。在您当场见证的情况下，当事人可在此框中使用划记代签。
- **机构联系人或见证人：** 如果您负责向当事人出示和说明此表格，请在此框中签名。请附上您的电话号码。如果当事人需要在商业场所以外的地方签署表格，请指示当事人请一名见证人在此方框中签名并提供电话号码。公证人可以为当事人的签名作证。

家长或其他代表： 如果当事人的年龄未达到同意书规定的年龄，则其家长或监护人必须签名。如果儿童未达到同意书规定的共享所有记录的年龄，则儿童及其家长都必须签名。如果当事人为法定无民事行为能力者，则必须由法院指定的监护人签名，并提交指定监护人的法院命令副本。如果由具有其他代签权限者（包括具有委托代理权者或房产代表）签署此同意书，则请勾选“其他”，并获得一份法定代理权限书的副本。签署人必须注明签名日期，并提供其电话号码或联系信息。