

# ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ

## Consent for Release of Information

**ਕਲਾਇੰਟਾਂ ਲਈ ਨੋਟਿਸ:** ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਕੇ ਤੁਸੀਂ DCYF ਅਤੇ ਹੋਠਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਅਤੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਬਾਰੇ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਮੰਜੂਰੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ DCYF ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਾਭ ਦੇਣ ਤੋਂ ਮਨ੍ਹਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਦ ਤੱਕ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਨਿਰਣਾ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦੀ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਵਲੋਂ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਮੰਜੂਰੀ ਦੀ ਹੱਦ ਤੱਕ DCYF ਅਜੇ ਵੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। DCYF ਕਲਾਇੰਟ ਦੀ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਰਾਜਦਾਰੀ ਸਬੰਧੀ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਕਾਂ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਸਾਂਝਾ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਬਾਰੇ ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸੁਆਲ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਰਾਜਦਾਰੀ ਦੀਆਂ ਪ੍ਰੈਕਟਿਸਾਂ ਬਾਰੇ DCYF ਨੋਟਿਸ ਵੇਖੋ ਜਾਂ ਇਹ ਫ਼ਾਰਮ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਪੁੱਛੋ।

### ਸੈਕਸ਼ਨ 1: ਕਲਾਇੰਟ ਦੀ ਪਛਾਣ

ਨਾਂ	ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ਼:	ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ	ਫੋਨ ਨੰਬਰ
ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ	ਸਟੇਟ	ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ
ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ:			

### ਸੈਕਸ਼ਨ 2: ਸਹਿਮਤੀ

ਮੈਂ DCYF ਦੇ ਅੰਦਰ ਅਤੇ ਹੋਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਲੋਕਾਂ ਨਾਲ ਮੇਰੇ ਬਾਰੇ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਅਤੇ ਉਸਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ, ਤਾਂਜੇ ਮੇਰੇ ਲਈ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਰਾਹੀਂ ਅਖ਼ਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਰ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਇਲਾਜ, ਭੁਗਤਾਨਾਂ ਅਤੇ ਲਾਭਾਂ ਦਾ ਤਾਲਮੇਲ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ। ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜ਼ਬਾਨੀ ਜਾਂ ਲਿਖਤੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

**ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ DCYF ਤੋਂ ਅਲਾਵਾ, ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਉਹਨਾਂ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਬਾਰੇ ਪਤਾ ਲਾਓ, ਜੋ ਇਸ ਸਹਿਮਤੀ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹਨ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਨਾਂ ਅਤੇ ਪਤੇ ਨਾਲ ਪਛਾਣੋ:**

<input type="checkbox"/>	ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ:
<input type="checkbox"/>	ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ:
<input type="checkbox"/>	ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸਬੰਧੀ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ:
<input type="checkbox"/>	ਕਬੀਲੇ:
<input type="checkbox"/>	ਸਕੂਲ ਡਿਸਟ੍ਰਿਕਟ ਜਾਂ ਕੌਲਿਜ਼:
<input type="checkbox"/>	ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਫ਼ੈਡਰਲ ਏਜੰਸੀ:
<input type="checkbox"/>	ਨਾਲ ਨੌਬੀ ਸੂਚੀ ਵੇਖੋ
<input type="checkbox"/>	ਹੋਰ (ਇਸ ਵਿੱਚ DCYF ਨਾਲ ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਜਾਂ ਸਟੇਟ ਦੀਆਂ ਹੋਰ ਏਜੰਸੀਆਂ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹਨ):

**ਮੈਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਲਈ ਅਖ਼ਤਿਆਰ ਅਤੇ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ (ਲਾਗੂ ਸਾਰਿਆਂ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ):**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ਕਲਾਇੰਟ ਸਬੰਧੀ ਮੇਰੇ ਸਾਰੇ ਰਿਕਾਰਡ | <input type="checkbox"/> ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਜਾਣਕਾਰੀ         | <input type="checkbox"/> ਭੁਗਤਾਨ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ                     |
| <input type="checkbox"/> ਨਾਲ ਨੌਬੀ ਸੂਚੀ 'ਤੇ ਰਿਕਾਰਡ      | <input type="checkbox"/> ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਦੇਖਭਾਲ ਸਬੰਧੀ ਪਲਾਨ | <input type="checkbox"/> ਪਰਿਵਾਰਕ, ਸਮਾਜਕ ਅਤੇ ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਦਾ ਇਤਿਹਾਸ |
| <input type="checkbox"/> ਸਿਰਫ਼ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਰਿਕਾਰਡ      | <input type="checkbox"/> ਨਿਜੀ ਅਸਾਮੇ (ਸਮਾਨ ਆਦਿ)      | <input type="checkbox"/> ਸਕੂਲ, ਪੜ੍ਹਾਈ ਅਤੇ ਸਿਖਲਾਈ              |
|  |   | <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____                            |

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਲਾਇੰਟ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿੱਚ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਰਿਕਾਰਡ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰਨ ਲਈ ਇਹ ਸੈਕਸ਼ਨ ਵੀ ਪੂਰਾ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

- ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ  ਖੂਨ ਵਿਚਲੇ ਜਰਾਸੀਮ ਦੇ ਟੈਸਟ-ਨਤੀਜੇ, ਰੋਗ-ਨਿਦਾਨ ਜਾਂ ਇਲਾਜ  ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਾਲ ਹੋਏ ਵਿਗਾੜ (SUD) ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ

### ਸੈਕਸ਼ਨ 3: ਦਸਤਖ਼ਤ

ਇਹ ਸਹਿਮਤੀ  ਇੱਕ ਸਾਲ ਲਈ  DCYF ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ  ਜਾਂ \_\_\_\_\_ (ਤਾਰੀਖ਼ ਜਾਂ ਘਟਨਾ) ਤੱਕ ਵੈਧ ਹੈ।

- ਮੈਂ ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਇਹ ਸਹਿਮਤੀ ਰੱਦ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਜਾਂ ਵਾਪਸ ਲੈ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ, ਪਰ ਉਸ ਨਾਲ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕਿਸੇ ਜਾਣਕਾਰੀ 'ਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਏਗਾ।
- ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਸਹਿਮਤੀ ਹੇਠ ਸਾਂਝੇ ਕੀਤੇ ਗਏ ਰਿਕਾਰਡ DCYF 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਹੇਠ ਹੁਣ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਨਹੀਂ ਰੱਖੇ ਜਾ ਸਕਦੇ।
- ਰਿਕਾਰਡ ਸਾਂਝੇ ਕਰਨ ਲਈ, ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਦੀ ਕਾਪੀ ਮੇਰੀ ਮੰਜੂਰੀ ਲਈ ਵੈਧ ਹੈ।

ਦਸਤਖ਼ਤ	ਤਾਰੀਖ਼	ਏਜੰਸੀ ਦਾ ਸੰਪਰਕ/ਗੁਆਹ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ	ਤਾਰੀਖ਼
ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੈ)	ਤਾਰੀਖ਼	ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੈ)	

ਜੇ ਮੈਂ ਰਿਕਾਰਡ ਦਾ ਸਬਜੈਕਟ ਨਹੀਂ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਮੈਨੂੰ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਖ਼ਤਿਆਰ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਮੈਂ (ਅਖ਼ਤਿਆਰ ਦਾ ਸਬੂਤ ਨਾਲ ਨੌਬੀ ਕਰੇ) ਹਾਂ:

- ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ  ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ (ਅਦਾਲਤੀ ਆਦੇਸ਼ ਨੌਬੀ ਹੈ)  ਨਿਜੀ ਨੁਮਾਇੰਦਾ  ਹੋਰ \_\_\_\_\_

ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਨੂੰ ਨੋਟਿਸ: ਜੇ ਇਹਨਾਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿੱਚ ਖੂਨ ਵਿੱਚ ਬਣਨ ਵਾਲੇ ਰੋਗਾਣੂਆਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਕਲਾਇੰਟ ਦੀ ਖ਼ਾਸ ਮੰਜੂਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਉਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਲਾਇੰਟ ਵਲੋਂ ਨਸ਼ੀਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਜਾਂ ਸ਼ਰਾਬ ਦੀ ਕੁਵਰਤੋਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮਿਲੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ 42 CFR 2.32 ਅਨੁਸਾਰ ਅਗਲੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਸਮੇਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤਾ ਬਿਆਨ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ: "ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਫ਼ੈਡਰਲ ਦੇ ਰਾਜਦਾਰੀ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਨੇਮਾਂ ਰਾਹੀਂ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਤੋਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ (42 CFR ਹਿੱਸਾ 2)। ਫ਼ੈਡਰਲ ਦੇ ਨੇਮ ਭਵਿੱਖ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਕੋਈ ਵੀ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਤੋਂ ਵਰਜਦੇ ਹਨ, ਜਦ ਤੱਕ ਕਿ ਸਬੰਧਿਤ ਸ਼ਖ਼ਸ ਵਲੋਂ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਦੀ ਪ੍ਰਤੱਖ ਮੰਜੂਰੀ ਨਾ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੋਵੇ, ਨਹੀਂ ਤਾਂ 42 CFR ਹਿੱਸਾ 2 ਵਲੋਂ ਮੰਜੂਰੀ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ। ਇਸ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਮੈਡੀਕਲ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਸਿਰਫ਼ ਆਮ ਅਖ਼ਤਿਆਰ ਕਾਫ਼ੀ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਫ਼ੈਡਰਲ ਦੇ ਨੇਮ ਕਿਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਵੀ ਸ਼ਰਾਬ ਜਾਂ ਨਸ਼ੀਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਕੁਵਰਤੋਂ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਮੁਜਰਮਾਨਾ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪੜਤਾਲ ਕਰਨ ਜਾਂ ਮੁਕੱਦਮਾ ਚਲਾਉਣ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਰਤੋਂ 'ਤੇ ਪਾਬੰਦੀ ਲਾਉਂਦੇ ਹਨ।"

## ਸਹਿਮਤੀ ਫ਼ਾਰਮ ਭਰਨ ਲਈ ਹਿਦਾਇਤਾਂ

**ਉਦੇਸ਼:** ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਦੀ ਉਸ ਸਮੇਂ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ, ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ DCYF ਦੇ ਅੰਦਰ ਕਲਾਇੰਟ ਬਾਰੇ ਲਗਾਤਾਰ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਤਾਲਮੇਲ ਕਰਨ ਲਈ ਹੋਰਨਾਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨੂੰ ਉਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਲਈ ਜਾਂ ਇਲਾਜ, ਭੁਗਤਾਨ ਜਾਂ ਏਜੰਸੀ ਦੀਆਂ ਕਾਰਵਾਈਆਂ ਲਈ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਵਲੋਂ ਮਾਣਤਾਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਰਨਾਂ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ। ਕਲਾਇੰਟ ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਹਨ, ਜੋ DCYF ਤੋਂ ਲਾਭ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲੈ ਰਹੇ ਹਨ।

**ਵਰਤੋਂ:** ਜੇ ਅਸਾਨੀ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹਣਾ ਸੰਭਵ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਫ਼ਾਰਮ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਭਰੋ, **ਬੱਚਿਆਂ ਸਮੇਤ ਹਰ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਇਕ ਵੱਖਰਾ ਫ਼ਾਰਮ ਜ਼ਰੂਰ ਭਰਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।** ਹਿਦਾਇਤਾਂ ਵਿਚ "ਤੁਸੀਂ" ਦਾ ਹਵਾਲਾ DCYF ਦੇ ਮੁਲਾਜ਼ਮ ਲਈ ਹੈ ਅਤੇ ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ "ਤੁਸੀਂ" ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਕਲਾਇੰਟ ਲਈ ਹੈ। ਰਿਕਾਰਡ ਸਾਂਝੇ ਕਰਨ ਵਿਚ ਕਲਾਇੰਟ ਬਾਰੇ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨਾ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਫ਼ਾਰਮ ਦੇ ਹਿੱਸੇ:

### ਪਛਾਣ:

- ਨਾਂ: ਹਰ ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਸਿਰਫ਼ ਇਕ ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਨਾਂ ਲਿਖੋ ਕੋਈ ਵੀ ਸਾਬਕਾ ਨਾਂ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰੋ, ਕਲਾਇੰਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲੈਂਦਿਆਂ ਹੋਇਆਂ, ਜਿਹਨਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹੈ।
- ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ਼: ਇਕੋ ਜਿਹੇ ਨਾਂ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਤੋਂ ਸ਼ਨਾਖ਼ਤ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ।
- ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ: ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਰਨ ਅਤੇ ਪਿਛੇਕੜ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾਉਣ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ (ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦੀ) ਵਰਗਾ ਦੂਜਾ ਸਬੂਤ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੋ।
- ਪਤਾ ਅਤੇ ਟੈਲੀਫੋਨ: ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾਉਣ ਅਤੇ ਪਛਾਣ ਕਰਨ ਜਾਂ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਵਿਚ ਮਦਦ ਮਿਲੇਗੀ।
- ਹੋਰ: ਇਸ ਬੱਕਸ ਵਿਚ ਕੋਈ ਵੀ ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰੋ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਰਿਕਾਰਡ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾਉਣ ਵਿਚ ਮਦਦ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਇਹਨਾਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿਚ DCYF ਦੀ ਸ਼ਮੂਲੀਅਤ ਵਾਲੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੇ ਨਾਂ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸਬੰਧਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

### ਸਹਿਮਤੀ (ਅਖ਼ਤਿਆਰਨਾਮਾ):

- ਰਿਕਾਰਡ ਅਦਾਨ-ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀ: ਕਲਾਇੰਟ ਵਲੋਂ ਇਹ ਫ਼ਾਰਮ ਭਰਨ ਨਾਲ ਸਾਰੇ DCYF ਦੇ ਅੰਦਰ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਮਿਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। DCYF ਬਾਹਰੀ ਏਜੰਸੀਆਂ ਜਾਂ ਸੂਚੀ ਵਿਚ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰ ਸਕੇਗੀ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕੇਗੀ। ਜੇ ਸੰਭਵ ਹੈ, ਤਾਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਜਾਂ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰਾਂ ਬਾਰੇ ਪਛਾਣੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ, ਇਸ ਵਿਚ ਨਾਂ, ਪਤਾ ਜਾਂ ਬਹੁ-ਟਿਕਾਣਾ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਉਹਨਾਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਵੀ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਹਨਾਂ ਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ, ਇਸ 'ਤੇ ਕਲਾਇੰਟ ਨੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਵੀ ਜ਼ਰੂਰ ਕੀਤੇ ਹੋਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ।
- ਸ਼ਾਮਿਲ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ: ਕਲਾਇੰਟਾਂ ਨੂੰ ਜ਼ਰੂਰ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇ ਘੇਰੇ ਹੇਠ ਕਿਹੜੇ ਰਿਕਾਰਡ ਆਉਂਦੇ ਹਨ। ਕਲਾਇੰਟ ਸਾਰੇ ਰਿਕਾਰਡ ਉਪਲਬਧ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਤਾਰੀਖ਼, ਕਿਸਮ ਜਾਂ ਰਿਕਾਰਡ ਦੇ ਸ੍ਰੋਤ ਰਾਹੀਂ ਸ਼ਾਮਿਲ ਰਿਕਾਰਡ ਸੀਮਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਕਲਾਇੰਟ ਸਹਿਮਤੀ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਜਾਂ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਰਿਕਾਰਡ ਬਾਰੇ ਨਹੀਂ ਦੱਸਦਾ/ਦੱਸਦੀ, ਜੇ ਕਾਨੂੰਨ ਵਲੋਂ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਸ ਰਿਕਾਰਡ ਨੂੰ ਅਜੇ ਵੀ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਹੋਵੇਗੀ। ਤੁਸੀਂ ਘੇਰੇ ਹੇਠਲੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਨੱਥੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਸ 'ਤੇ ਕਿ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਵੀ ਦਸਤਖ਼ਤ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਕੋਈ ਵੀ ਰਿਕਾਰਡ ਹਨ, ਤਾਂ ਉਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ (RCW 71.34.500, 71.34.510 & 71.34.530), HIV/AIDS ਜਾਂ STD ਟੈਸਟਿੰਗ ਜਾਂ ਇਲਾਜ (RCW 70.02.220) ਜਾਂ ਨਸ਼ੀਲੀ ਦਵਾਈ ਅਤੇ ਸ਼ਰਾਬ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ (42 CFR 2.31(a)(5)) ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰੋ, ਇਹ ਰਿਕਾਰਡ ਸਾਂਝੇ ਕਰਨ ਲਈ ਮੰਜੂਰੀ ਦੇਣ ਲੱਗਿਆਂ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਖੇਤਰਾਂ ਬਾਰੇ ਖ਼ਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) ਹੇਠ ਇਹ ਫ਼ਾਰਮ ਸਾਈਕੋਥੈਰੇਪੀ ਟਿੱਪਣੀਆਂ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰਨ ਲਈ ਵੈਧ ਨਹੀਂ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹ ਰਿਕਾਰਡ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰਨ ਲਈ ਇਕ ਵੱਖਰਾ ਫ਼ਾਰਮ ਜ਼ਰੂਰ ਭਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।
- ਮਿਆਦ: ਸਹਿਮਤੀ ਲਈ ਮਿਆਦ ਪੂਰੀ ਹੋਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰੋ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਵਲੋਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਏ ਗਏ ਅਨੁਸਾਰ ਕੰਮ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਦੀ ਹੈ।
- ਸਮਝਣਾ: ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ ਕਿ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਪਤਾ ਹੋਵੇ ਕਿ ਕਿਹੜੀ ਮੰਜੂਰੀ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਿਵੇਂ ਅਤੇ ਕਿਉਂ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਜੇ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਨੁਵਾਦ ਕੀਤੇ ਹੋਏ ਫ਼ਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ ਜਾਂ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਲਓ ਜਾਂ ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਉੱਚੀ ਅਵਾਜ਼ ਵਿਚ ਪੜ੍ਹੋ। ਜੇ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਰਾਜਦਾਰੀ ਦੀ ਕਾਰਜ-ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਬਾਰੇ DCYF ਨੋਟਿਸ ਦੀ ਇਕ ਵਾਧੂ ਕਾਪੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੋ ਜਾਂ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਯੂਨਿਟ ਦੇ ਪਬਲਿਕ ਡਿਸਕਲੋਜ਼ਰ ਅਫ਼ਸਰ ਕੋਲ ਭੇਜੋ।

### ਦਸਤਖ਼ਤ:

- -ਕਲਾਇੰਟ: ਕਲਾਇੰਟ ਹੈ ਜਾਂ ਸਹਿਮਤੀ ਦੀ ਉਮਰ ਵਾਲਾ ਬੱਚਾ (ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਨਸ਼ੀਲੀ ਦਵਾਈ ਅਤੇ ਸ਼ਰਾਬ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ 13 ਸਾਲ; HIV/AIDS ਅਤੇ ਹੋਰ STDs ਲਈ 14 ਸਾਲ; ਸੰਤਾਨ-ਸੰਜਮ ਅਤੇ ਗਰਭਪਾਤ ਲਈ ਕੋਈ ਵੀ ਉਮਰ; ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਅਤੇ ਹੋਰ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ 18 ਸਾਲ) ਇਸ ਬੱਕਸ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼ ਭਰੋ। ਕਲਾਇੰਟ ਇਸ ਬੱਕਸ ਵਿਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਦਾ ਵਿਕਲਪ ਲਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਗੁਆਹ ਹੋ।
- ਏਜੰਸੀ ਦਾ ਸੰਪਰਕ ਜਾਂ ਗੁਆਹ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਫ਼ਾਰਮ ਦੇਣ ਅਤੇ ਸਮਝਾਉਣ ਵਾਲੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਬੱਕਸ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰੋਗੇ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣਾ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰੋ। ਜੇ ਕਲਾਇੰਟ ਕਾਰੋਬਾਰੀ ਸਾਈਟ ਤੋਂ ਦੂਰ ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰੇਗਾ, ਤਾਂ ਗਾਹਕ ਨੂੰ ਇਸ ਬਲਾਕ ਵਿਚ ਗੁਆਹ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਾਉਣ ਲਈ ਕਰੋ ਅਤੇ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੋ। ਨੋਟਰੀ ਪਬਲਿਕ, ਕਲਾਇੰਟ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਲਈ ਗੁਆਹ ਵਜੋਂ ਸੇਵਾ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ।

**ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਦੂਜਾ ਨਮਾਇੰਦਾ:** ਜੇ ਕਲਾਇੰਟ, ਸਹਿਮਤੀ ਨਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਉਮਰ ਦਾ ਬੱਚਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਨੂੰ ਦਸਤਖ਼ਤ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਬੱਚਾ ਸਾਂਝੇ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦੀ ਉਮਰ ਪੂਰੀ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ, ਤਾਂ ਬੱਚੇ ਅਤੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਨੂੰ ਦਸਤਖ਼ਤ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਸਮਰੱਥ ਐਲਾਨਿਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਦਾਲਤ ਵਲੋਂ ਨਿਯੁਕਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਨੂੰ ਦਸਤਖ਼ਤ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਮੁਲਾਕਾਤ ਕਰਨ ਦੇ ਆਦੇਸ਼ ਦੀ ਕਾਪੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਮਰੱਥਾ (ਮੁਖ਼ਤਾਰਨਾਮੇ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਐਸਟੇਟ ਦਾ ਨਮਾਇੰਦਾ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ) ਵਿਚ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ "ਹੋਰ" ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ ਅਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਥਾਰਟੀ ਦੀ ਕਾਪੀ ਲਓ। ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਕੇ ਤਾਰੀਖ਼ ਜ਼ਰੂਰ ਪਾਉਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।