

Согласие на Release of Information (раскрытие информации)

Уведомление для клиентов: подписывая эту форму, вы даете разрешение DCYF и перечисленным ниже агентствам и лицам использовать и передавать конфиденциальную информацию о вас. DCYF не может отказать вам в пособии, если вы не подписали эту форму, за исключением случаев, когда ваше согласие необходимо для определения вашего права на пособие. Если вы не подпишите эту форму, DCYF все равно может передавать информацию о вас в объеме, разрешенном законом. Если у вас есть вопросы о том, как DCYF делится конфиденциальной информацией клиента или о ваших правах на конфиденциальность, ознакомьтесь с Уведомлением о практике конфиденциальности DCYF или спросите об этом человека, выдающего вам эту форму.

Раздел 1: Идентификация клиента

ПОЛНОЕ ИМЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ:			

Раздел 2: Согласие

Я даю согласие на использование и раскрытие конфиденциальной информации обо мне между DCYF и перечисленными ниже организациями для координации услуг, лечения, выплат и льгот для меня или для других целей, разрешенных законом. Информация может быть передана в устной или письменной форме.

Отметьте все перечисленные ниже организации, которые включены в данное согласие помимо DCYF, и укажите их названия и адреса:

<input type="checkbox"/>	Поставщики медицинских услуг:
<input type="checkbox"/>	Поставщики услуг по охране психического здоровья:
<input type="checkbox"/>	Поставщики услуг по употреблению психоактивных веществ:
<input type="checkbox"/>	Племена:
<input type="checkbox"/>	Школьные округа или колледжи:
<input type="checkbox"/>	Social Security Administration (Администрация социального обеспечения) или другое федеральное агентство:
<input type="checkbox"/>	См. прилагаемый список
<input type="checkbox"/>	Другое (включая поставщиков услуг, работающих по контракту с DCYF, или другие агентства штата):

Я разрешаю и даю согласие на обмен следующими записями и информацией (отметьте все, что применимо):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Все мои клиентские записи | <input type="checkbox"/> Медицинская информация | <input type="checkbox"/> Платежные ведомости |
| <input type="checkbox"/> Записи из прилагаемого списка | <input type="checkbox"/> Планы лечения или ухода | <input type="checkbox"/> Семейная, социальная и трудовая история |
| <input type="checkbox"/> Только перечисленные ниже записи | <input type="checkbox"/> Индивидуальные активы | <input type="checkbox"/> Школа, образование и обучение |
| | | <input type="checkbox"/> Прочее _____ |

Если записи ваших клиентов включают какую-либо из следующих сведений, вы также должны заполнить этот раздел, чтобы включить эти записи.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Психическое здоровье | <input type="checkbox"/> Результаты анализов на переносимые кровью патогены, диагностика или лечение |
| <input type="checkbox"/> Услуги по лечению Substance Use Disorder (расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, SUD) | |

Раздел 3: Подписи

Данное согласие действительно в течение одного года, пока DCYF нужны записи, или до _____ (даты или события).

- Я могу в любое время отозвать или аннулировать это согласие в письменной форме, но это не повлияет на уже предоставленную информацию.
- Я понимаю, что записи, переданные в соответствии с данным согласием, больше не могут быть защищены в соответствии с законами, которые применяются к DCYF.
- Копия этой формы действительна для предоставления моего разрешения на обмен записями.

Подпись	Дата	Подпись контактного лица агентства/свидетеля	Дата
Подпись родителя/опекуна или другого представителя (если применимо)	Дата	Номер телефона родителя/опекуна или другого представителя (если применимо)	

Если я не являюсь субъектом записей, но я уполномочен подписать их, поскольку являюсь
(приложите доказательство полномочий):

Родитель Законный опекун (приложите решение суда) Личный представитель Прочее _____

Уведомление для получателей информации: если эти записи содержат информацию о патогенах, передающихся через кровь, вы не можете далее раскрывать эту информацию без специального разрешения клиента. Если вы получили информацию о злоупотреблении клиентом наркотиками или алкоголем, вы должны включить следующее заявление при дальнейшем раскрытии информации в соответствии с требованиями 42 CFR 2.32: «Эта информация была раскрыта вам из записей, защищенных федеральными правилами конфиденциальности (42 CFR часть 2). Федеральные правила запрещают вам дальнейшее раскрытие этой информации, если только дальнейшее раскрытие не разрешено письменным согласием лица, к которому она относится, или если иное не разрешено 42 CFR, часть 2. Общего разрешения на раскрытие медицинской или иной информации для этой цели недостаточно. Федеральные правила ограничивают любое использование информации для уголовного расследования или преследования любого пациента, злоупотребляющего алкоголем или наркотиками».

ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ СОГЛАСИЯ

Цель: используйте эту форму, если вам нужно согласие на постоянное использование конфиденциальной информации о клиенте в DCYF или на раскрытие этой информации другим агентствам для координации услуг или для лечения, оплаты, работы агентства или для других целей, признанных законом. Клиенты — это лица, получающие пособия или услуги от DCYF.

Использование: по возможности заполните эту форму в электронном виде для удобства чтения, **на каждого человека, включая детей, должна быть заполнена отдельная форма.** «Вы» в инструкции относится к сотруднику DCYF, а «вы» в форме относится к клиенту. Совместное использование записей включает использование и раскрытие конфиденциальной информации о клиенте.

Разделы формы:

ИДЕНТИФИКАЦИЯ:

- **Имя:** укажите имя и фамилию только одного клиента на одном бланке формы. Включите любые прежние имена и фамилии, которые клиент мог использовать при получении услуг.
- **Дата рождения:** необходима для идентификации клиента среди лиц с похожими именами.
- **Идентификационный номер:** укажите идентификационный номер клиента или другой идентификатор, например, social security number (номер социального страхования) (не обязательно), для облегчения идентификации записей и отслеживания истории и полученных услуг.
- **Адрес и телефон:** дополнительная информация, которая поможет найти и идентифицировать клиента или связаться с ним.
- **Прочее:** укажите в этом поле любую дополнительную информацию, которая может помочь найти записи, которые могут включать части DCYF, связанные с услугами, имена членов семьи или другую соответствующую информацию.

СОГЛАСИЕ (РАЗРЕШЕНИЕ):

- **Учреждения или лица, обменивающиеся записями:** заполнение клиентом данной формы разрешает использование и обмен конфиденциальной информацией в рамках всего DCYF. DCYF сможет раскрывать и получать конфиденциальную информацию от перечисленных внешних агентств или лиц. Предоставьте идентифицирующую информацию об агентствах или поставщиках услуг, включая название, адрес или местонахождение, если это возможно. Вы также можете приложить список агентств, которым разрешено обмениваться информацией, который клиент также должен подписать.
- **Включенная информация:** клиенты должны указать, на какие записи распространяется согласие. Клиенты могут предоставить доступ ко всем записям или ограничить включенные записи по дате, типу или источнику записи. Если клиент не подписал согласие или не указал конкретную запись, передача этой записи все равно будет разрешена, если это допускается законом. Вы можете приложить список записей, которые клиент также должен подписать. Если какие-либо записи содержат информацию, касающуюся психического здоровья (RCW 71.34.500, 71.34.510 и 71.34.530), тестирования или лечения HIV/AIDS или STD (RCW 70.02.220), или услуг, связанных с наркотиками и алкоголем (42 CFR 2.31(a)(5)), клиент должен специально отметить эти области, чтобы дать разрешение на передачу этих записей. Данная форма не действительна для включения записей о психотерапии в соответствии с 45 CFR 164.508(b)(3)(ii). Для включения этих записей необходимо заполнить отдельную форму.
- **Срок действия:** укажите срок действия согласия, который служит целям вашей программы или предусмотрен законом.
- **Понимание:** убедитесь, что клиент понимает, на что дается разрешение и как и почему информация будет передаваться. При необходимости используйте переведенный бланк и переводчика или прочитайте бланк вслух. Если клиенту требуется дополнительная информация, предоставьте ему дополнительную копию Уведомления о практике конфиденциальности DCYF или направьте его к сотруднику вашего подразделения, ответственному за раскрытие информации.

ПОДПИСИ:

- Клиент: попросите клиента или ребенка, достигшего возраста согласия (13 лет для получения услуг по охране психического здоровья, наркотиков и алкоголя; 14 лет для HIV/AIDS и других венерических заболеваний; любой возраст для контроля рождаемости и абортов; 18 лет для получения медицинской помощи и других записей), подписать это поле и поставить дату подписания. Клиент может поставить в этой графе отметку, которую вы засвидетельствуете.
- Контактное лицо агентства или свидетель: вы ставите подпись в этой графе, если именно вы представляете и объясняете форму клиенту. Укажите свой номер телефона. Если клиент будет подписывать форму не на рабочем месте, проинструктируйте его, чтобы в этом блоке расписался свидетель и указал номер телефона. Нотариус может выступать в качестве свидетеля подписи клиента.

Родитель или другой представитель: если клиент — ребенок, не достигший возраста согласия, подпись должен поставить родитель или опекун. Если ребенок не достиг возраста согласия на передачу всех записей, подпись должны поставить и ребенок, и родитель. Если клиент был признан недееспособным, назначенный судом опекун должен подписать и предоставить копию приказа о назначении. Если кто-то подписывает в другом качестве (включая лицо с доверенностью или представителя наследства), отметьте «прочее» и получите копию законных полномочий на совершение действий. Подписывающее лицо должно поставить дату подписи и указать номер телефона или контактную информацию.