

کسب اجازه Authorization



Washington State Department of
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

انتشار اسناد وزارت اطفال، جوانان، و فامیل ها، سند متعلق به:			
اسم کوچک	اسم وسط	تخلص	اسم های سابق
آدرس پستی		شهر	ایالت کد پستی
شماره تلفون (بشمول کد تلفون منطقه)		آدرس ایمیل	
<p>اگر من شخصی که مشخصات وی در این سند ذکر شده است، نیستم، باز هم اجازه دارم که این سند را امضا کنم، چرا که من نسبت ذیل را با این شخص دارم: (سند اثبات نسبت خود را در این قسمت ضمیمه کنید)</p> <p><input type="checkbox"/> پدر یا مادر طفل <input type="checkbox"/> سرپرست قانونی <input type="checkbox"/> نماینده شخصی <input type="checkbox"/> وکیل <input type="checkbox"/> نسبت دیگر:</p>			
<p>تذکر به دریافت کنندگان این معلومات: اگر این اسناد حاوی معلوماتی درباره اچ. آی. وی یا دیگر امراض ناقله جنسی، و یا سوء مصرف الکل یا مواد مخدر است، شما طبق قوانین فدرال و ایالتی، بدون کسب اجازه صریح از جانب شخص مورد نظر و رعایت الزامات قانونی مربوطه، مجاز به افشای این معلومات نمی باشید.</p>			
من این سند را در اختیار شخص ذیل قرار می دهم:			
اسم کوچک	اسم وسط	تخلص	عنوان/نسبت
اسم مؤسسه یا شرکت تجاری (اگر مربوط است)			
آدرس		شهر	ایالت کد پستی
شماره تلفون (بشمول کد تلفون منطقه)		شماره فکس (بشمول کد منطقه)	
		آدرس ایمیل	
دلیل انتشار معلومات (ذکر آن اختیاری است)			
کسب اجازه:			
<p>منابع: من اجازه می دهم که برنامه های ذیل که از سوی DCYF اجرا می شود، معلومات محرمانه مربوط به من را در شرایط ذیل منتشر کنند و یا اجازه دسترسی به آنها را بدهند. ارائه این معلومات به شکل لفظی و یا از طریق انتقال توسط کمپیوتر، پسته خانه، فکس، یا تحویل شخصی مجاز است:</p> <p><input type="checkbox"/> خدمات حفاظت از طفل <input type="checkbox"/> پذیرش فرزندی <input type="checkbox"/> اعطای جواز شیردهی <input type="checkbox"/> تعلیمات اولیه</p> <p><input type="checkbox"/> توانبخشی نوجوانان <input type="checkbox"/> ESA <input type="checkbox"/> موارد دیگر: _____</p>			
<p>اسناد: من اجازه می دهم که اسناد ذیل که در اختیار DCYF قرار دارد، منتشر شوند:</p> <p><input type="checkbox"/> اسناد مراجعین که در اختیار بخش هایی از DCYF که در فوق مشخص شد، قرار دارند <input type="checkbox"/> تمام اسناد مراجعین من</p> <p><input type="checkbox"/> دیگر اسناد محرمانه ای که در اختیار بخش هایی از DCYF که در فوق مشخص شد، قرار دارد <input type="checkbox"/> اسناد شامل در لست ضمیمه شده معلومات شخصی شامل در</p> <p><input type="checkbox"/> اسناد مربوط به استخدام و کار <input type="checkbox"/> فقط اسناد ذیل:</p> <p>من می خواهم که اسنادی که منتشر می شوند، محدود به اسنادی باشند که در ادامه ذکر می شود (شما می توانید انتشار معلومات را برحسب تاریخ، نوع سند، و دیگر مشخصات، محدود کنید):</p>			
<p>لطفاً به یاد داشته باشید: اگر اسناد مربوط به مراجعین یا دیگر اسناد محرمانه شما حاوی یکی از معلومات ذیل است، برای اعطای اجازه انتشار این اسناد باید بخش ذیل را تکمیل کنید</p>			
<p>اسناد خاص: من اجازه می دهم که اسناد ذیل که در اختیار DCYF قرار دارند منتشر شوند (تمام اسنادی که اجازه می دهید را علامت بزنید):</p> <p><input type="checkbox"/> اسناد نتایج آزمایش، تشخیص و تداوی: اچ. آی. وی. /ایدز و امراض ناقله جنسی، (RCW 70.02.220)</p> <p><input type="checkbox"/> امراض روانی (RCW 70.02.230 یا 240)</p> <p><input type="checkbox"/> اعتیاد به مواد مخدر (CD) (42 CFR بخش 2)</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • این سند اعطای اجازه به مدت 180 روز و یا <input type="checkbox"/> تا _____ اعتبار دارد. (نام تاریخ یا رویدادی که می خواهید این سند، آنوقت فسخ شود را در جای خالی بنویسید، اگر تاریخ یا رویداد مشخصی را در نظر ندارید، مدت اعتبار آن، 180 روز فرض می شود). • من حق دارم که هر وقت که بخواهم، یک درخواست کتبی بدهم و این اجازه نامه را فسخ کنم و یا از آن صرف نظر کنم، اما این فسخ یا صرف نظر بر معلوماتی که قبل از آن منتشر شده است، تأثیری نخواهد داشت. • من می دانم که بعد از آنکه اسناد منتشر شدند، قوانین ناظر بر حفاظت از معلومات DCYF، دیگر بالای آنها قابل تطبیق نخواهد بود. • کاپی این فورم من حیث اجازه نامه انتشار اسناد توسط من، واجد اعتبار است. DCYF اجازه دارد که در بدل ارائه کاپی اسناد خود، فیس دریافت کند. 			
شخص اجازه دهنده (امضاء):		نسبت/عنوان	تاریخ (امضاء)

هدایات مربوط به تکمیل فورم اعطای اجازه

هدف: اگر می خواهید به DCYF اجازه بدهید تا معلومات محرمانه مربوط به شما یا یک شخص دیگر (بشمول یک وکیل، یک نماینده قانونی، یا یک خویشاوند) را منتشر کند، باید این فورم را تکمیل کنید. شما انتخاب می کنید که تمام اسناد محرمانه شما در DCYF توسط این اداره منتشر شوند و یا صرفاً بعضی از اسناد مشخص و یا اسناد شما در بخش های مشخصی در DCYF، توسط این اداره منتشر شوند. شما همچنین با امضای این فورم به DCYF اجازه می دهید تا درباره وضعیت شما با نماینده شما (لفظاً) گفتگو داشته باشد.

تذکر به مراجعین: بیشتر معلومات مربوط به مراجعین که در اختیار DCYF قرار دارد، محرمانه است و به دیگران داده نخواهد شد، مگر در مواردی که شما اجازه بدهید و یا قانون اجازه دهد. لطفاً به یاد داشته باشید که بعد از آنکه DCYF معلومات محرمانه شما را منتشر کرد، شخصی که این معلومات را دریافت می کند موظف به حفاظت از معلومات شما طبق همان قوانین حفظ حریمت ناظر بر DCYF نیست. چنانچه این فورم اجازه انتشار معلومات توسط DCYF را امضا نکنید، از مزایای دولتی محروم نخواهید شد، مگر در مواردی که امضای این فورم، جزء شرایط اعطای مزایا باشد. برای معلومات درباره اینکه شعبه های مراقبت صحتی DCYF تحت پوشش HIPPA چطور معلومات صحتی شما را منتشر می کنند و شما چه حقوقی در قسمت حفظ حریمت معلومات دارید، لطفاً به "علامه رویه های حفظ حریمت DCYF" در www.DCYF.wa.gov مراجعه کنید و یا از شخصی که این فورم را به شما داده است، معلومات بخواهید. شما می توانید یک کپی از این فورم دریافت کنید.

مصارف: قانون اسناد عمومی در **RCW 42.56.120** و **WAC 388-01-080** به DCYF اجازه می دهد تا مصارف کاپی این اسناد و همچنین مصارف ارسال آن توسط پوسته خانه را از شما دریافت کند. شفاخانه ها و تأسیسات مراقبت صحتی دولتی طبق **RCW 70.02** حق دارند که در بدل ارائه اسناد مریض، فیس بگیرند.

استفاده: شما می توانید نسخه الکترونیکی یا کاغذی این فورم را تکمیل کنید. برای حرکت بین خانه ها از کلید **tab** در کمپیوتر استفاده کنید. برای هر یک از کسانی که اسناد آنها درخواست می شود، بشمول هر یک از اطفال، باید یک فورم جداگانه تکمیل شود. در این سند، منظور از "شما"، شخصی است که اسناد به وی تعلق دارد.

بخش های فورم:

معلومات مربوط به هویت صاحب اسناد:

- اسم: اسم خود و در صورتی که به نمایندگی از شخصی دیگر این فورم را تکمیل می کنید، اسم آن شخص را، به طور کامل بنویسید.
- تاریخ تولد: لطفاً تاریخ تولدتان را ذکر کنید تا با دیگر اشخاص همانم تان اشتباه نشوید.

شخص دریافت کننده معلومات:

- معلومات هویتی: لطفاً به سوالات این بخش تا حد امکان به طور کامل جواب بدهید تا ما بتوانیم با شخص یا مؤسسه ای که معلومات شما را به وی می دهیم، تماس بگیریم.
- دلیل انتشار معلومات: برای آنکه DCYF اجازه داشته باشد تا اسناد مربوط به مواد مخدر، الکل، یا صحت روانی را منتشر کند، باید درباره دلیل انتشار آن معلومات بدهید. اگر این قسمت را تکمیل نکنید، DCYF چنین فرض می کند که دلیل انتشار معلومات، درخواست شخصی شما است.

اعطای اجازه:

- شعبه های DCYF: اگر می خواهید معلوماتی که در بخش های مشخصی از DCYF درباره شما موجود است، منتشر شوند، لطفاً آن بخش ها را علامت بزنید. یا اگر می خواهید که اجازه بدهید که هر سندی که DCYF درباره شما در اختیار دارد منتشر شود، چوکات پایینی را علامت بزنید. اگر برنامه مورد نظرتان در فورم ذکر نشده است، نام آن را در قسمت "موارد دیگر" ذکر کنید.
- معلومات منتشر شده: اسنادی که می خواهید منتشر شوند را مشخص کنید. شما می توانید انتخاب کنید که تمام و یا بخشی از معلومات مراجعین و یا دیگر معلومات محرمانه که در اختیار DCYF است منتشر شوند. شما همچنین می توانید انتشار اسناد مراجعین را به اسناد بخش هایی که در بخش فوق علامت زده اید، و یا اسناد مشخص ذکر شده در این فورم یا در ضمیمه ای که امضا می کنید، محدود کنید. اگر می خواهید انتشار اسناد را محدود کنید، یا مشخصاً نام آن اسناد را ذکر کنید و یا برحسب تاریخ خدمات، نوع سند، یا دیگر معیارها، مشخص کنید که کدام اسناد باید منتشر شوند.
- اسنادی که طبق قانون محدود هستند: اگر سندی حاوی معلومات درباره خدمات انجام شده برای آزمایش یا تدای HIV/AIDS یا امراض ناقله جنسی، تدای امراض روانی، یا مصرف مواد مخدر یا الکل باشند، باید هر یک از موارد مربوطه که می خواهید DCYF منتشر کند را علامت بزنید. برای اعطای اجازه ملاحظات روان‌درمانی، باید یک فورم جداگانه را تکمیل کنید. (فورم (ii) (3) (b) 164.508 CFR 45).
- اعتبار: این فورم برای اعطای حق دسترسی به معلوماتی که در حال حاضر در اختیار DCYF قرار دارد، واجد اعتبار است. اعتبار این اجازه نامه 180 روز بعد از امضای آن و یا در هر تاریخ یا رویدادی که خودتان تعیین می کنید، فسخ می شود. اگر تاریخ یا رویدادی را ذکر نکنید، مدت اعتبار این فورم 180 روز فرض خواهد شد. شما همچنین هر زمان که بخواهید می توانید طی یک درخواست کتبی، این اجازه نامه را فسخ کنید، اما ممکن است اعاده معلوماتی که قبل از درخواست تان منتشر شده است، دیگر امکان پذیر نباشد.

امضاها

- اگر اسناد متعلق به شما است، قسمت ذیل را امضا کنید و همچنین اسم تان را با حروف واضح بنویسید و یا تایپ کنید. تاریخ امضا و شماره تلفون یا یک شماره تماس با خودتان را بنویسید.
- اگر به نمایندگی از شخص دیگری این سند را امضا می کنید، در سطر آخر بنویسید که مطابق به کدام سند حق دارید که این کار را بکنید و یک کاپی از امر محکمه یا سند دیگری که اجازه قانونی این کار را به شما می دهد، ضمیمه کنید. اگر این فورم را برای طفل تان تکمیل می کنید، در صورتی که به سن اعلام رضایت رسیده است، خود طفل باید برای اعطای اجازه انتشار این معلومات، این سند را امضا کند (سن رضایت برای خدمات صحت روانی و مصرف مواد مخدر و الکل، 13 سال؛ برای معلومات درباره HIV/AIDS یا دیگر امراض ناقله جنسی، 14 سال؛ برای کنترول ولایت و سقط جنین، تمام سنین؛ برای اسناد صحتی یا اسناد دیگر، 18 سال است).

تذکر به DCYF: اگر این اسناد حاوی معلومات درباره HIV یا دیگر امراض ناقله جنسی است، DCYF باید به دریافت کنندگان اسناد تذکر بدهد که طبق قانون **RCW 70.02.300**، معلومات، محرمانه است و دریافت کننده بدون کسب اجازه کتبی حق افشای آن به هیچ شخص دیگری را ندارد. اگر DCYF کاپی اسناد مربوط به خدمات تدای مصرف مواد مخدر یا الکل را بر اساس این اجازه نامه ارسال می کند، طبق مقرر **CFR 2.32 42** باید همراه با انتشار این اسناد، بیانیته ذیل را هم برای دریافت کننده ارسال کند:

این معلومات طبق قوانین حفظ حریمت فدرال (**CFR 42** بخش 2) جزء اسناد محرمانه محسوب می شود. طبق قوانین فدرال، تکثیر این معلومات ممنوع است، مگر با رضایت کتبی صاحب معلومات یا در دیگر حالات مصرح در **CFR 42** بخش 2. برای تکثیر این معلومات، اجازه نامه عمومی انتشار معلومات طبی یا معلومات دیگر، کافی نیست. طبق قوانین فدرال، استفاده از این معلومات برای استنتاج جنایی یا تعقیب قانونی مریض مصرف کننده الکل یا مواد مخدر، ممنوع است.