

اعطای مجوز Authorization

اعطای مجوز افشای مدارک زیر نزد وزارت کودکان، جوانان و خانواده (DCYF):			
نام، نام خانوادگی	نام	نام میانی	تاریخ تولد
این اطلاعات می‌تواند در یافتن سوابق مفید باشد		نام‌های قبلی	
شماره شناسایی مشتری	شماره شناسایی دیگر	تاریخ‌های خدمات	مکان‌های ارائه خدمات
افشا به:			
نام، نام خانوادگی	نام	نام میانی	عنوان
نام سازمان یا کسب‌وکار در صورت وجود			
نشانی	شهر	ایالت	زیپ‌کد
شماره تلفن (به همراه کد ناحیه)	شماره فکس (به همراه کد ناحیه)	آدرس ایمیل	
دلیل افشا (غیرضروری)			
مجوز:			
منابع: به این برنامه‌های DCYF اجازه می‌دهم اطلاعات محرمانه مربوط به من را به شرح زیر افشا کنند یا به آن‌ها دسترسی اعطا کنند. اطلاعات را می‌توان به صورت شفاهی یا از طریق انتقال کامپیوتری داده، پست، فکس یا تحویل حضوری ارائه داد.			
فقط این برنامه‌ها (می‌توانید بیش از یک گزینه انتخاب کنید):			
<input type="checkbox"/>	برنامه‌های توان‌بخشی نوجوانان	<input type="checkbox"/>	تمام سوابق مشتری من
<input type="checkbox"/>	سایر سوابق محرمانه که بخش‌هایی از DCYF طبق توصیف بالا، نگهداری می‌کنند	<input type="checkbox"/>	سوابق ذکر شده در فهرست پیوست
<input type="checkbox"/>	اطلاعات شخصی در سوابق مربوط به اشتغال	<input type="checkbox"/>	صرفاً سوابق زیر: سایر:
<input type="checkbox"/>	تمام بخش‌های اداره کودکان، جوانان و خانواده‌ها (DCYF)		
سوابق: اجازه می‌دهم این سوابق DCYF افشا شود:			
<input type="checkbox"/>	سوابق مشتری که بخش‌هایی از DCYF طبق توصیف بالا، نگهداری می‌کنند	<input type="checkbox"/>	تمام سوابق مشتری من
<input type="checkbox"/>	سایر سوابق محرمانه که بخش‌هایی از DCYF طبق توصیف بالا، نگهداری می‌کنند	<input type="checkbox"/>	سوابق ذکر شده در فهرست پیوست
<input type="checkbox"/>	اطلاعات شخصی در سوابق مربوط به اشتغال	<input type="checkbox"/>	صرفاً سوابق زیر:
می‌خواهم سوابقی که افشا می‌شود بدین‌صورت محدود شود (بر اساس تاریخ، نوع سابقه و مواردی از این دست):			
لطفاً توجه داشته باشید: اگر سوابق مشتری شما یا دیگر مدارک محرمانه شامل هر یک از اطلاعات زیر است، باید قسمت زیر را نیز برای افشای این سوابق تکمیل کنید.			
سوابق ویژه: اجازه می‌دهم این اطلاعات افشا شوند که در سوابق DCYF نگهداری می‌شوند (تمام موارد مربوطه را علامت بزنید):			
<input type="checkbox"/>	نتایج آزمایش، سوابق تشخیص یا درمان اچ‌آی‌وی/ایدز (HIV/AIDS) و بیماری‌های مقاربتی (STD)، (RCW 70.02.220)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	سوابق سلامت روان (RCW 70.02.230 یا 240)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	سوابق وابستگی شیمیایی (CFR 42 بخش 2)	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> این مجوز 180 روز یا <input type="checkbox"/> تا تاریخ _____ (تاریخ یا رویداد، اگر انتخاب نشود، 180 روز خواهد بود)، اعتبار دارد. می‌توانم این رضایت‌نامه را هر زمان که بخواهم به صورت کتبی لغو کنم یا پس بگیرم، اما این کار تأثیری روی اطلاعاتی که قبلاً به اشتراک گذاشته شده‌اند، نخواهد داشت. درک می‌کنم پس از ایجاد سوابق، ممکن است دیگر تحت محافظت قوانین DCYF نباشند. کپی این فرم نیز برای ارائه مجوز جهت افشای سوابق معتبر است. ممکن است DCYF برای ارائه کپی این سوابق، هزینه‌ای درخواست کند. 			
ارائه مجوز توسط (امضا)	تاریخ امضا	شماره تلفن (به همراه کد ناحیه)	
نام (با حروف مجزای انگلیسی)	شاهد/دفتر ثبت (امضا و نام با حروف مجزای انگلیسی، در صورت امکان)		
در صورت تعلق نداشتن سوابق به اینجانب، اجازه دارم فرم را امضا کنم، چرا که این نسبت را با شخص دارم: (گواهی برخورداری از این اختیار را پیوست کنید)			
<input type="checkbox"/>	والد فرد صغیر	<input type="checkbox"/>	قیم قانونی
<input type="checkbox"/>	نماینده شخصی	<input type="checkbox"/>	سایر:
اطلاعه مربوط به افراد دریافت‌کننده اطلاعات: اگر این سوابق حاوی اطلاعاتی درباره اچ‌آی‌وی، STD یا سوء مصرف الکل یا مواد است، تحت قوانین ایالتی و فدرال ممکن است دیگر نتوانید این اطلاعات را بدون مجوز خاص از فرد و برخورداری بودن از الزامات قانونی خاص افشا کنید.			

دستورالعمل‌های تکمیل فرم مجوز

هدف: باید زمانی از این فرم استفاده کنید که می‌خواهید DCYF قادر به افشای اطلاعات محرمانه مربوط به شما به فردی دیگر باشد (از جمله وکیل، قانون‌گذار یا یکی از اقوام). می‌توانید اجازه دهید تمام سوابق محرمانه‌ای را که DCYF درباره شما دارد، افشا کنید، یا می‌توانید این مجوز افشا را به سوابق خاص یا بخش‌هایی از سازمان محدود کنید. این فرم همچنین به DCYF اجازه خواهد داد به‌طور شفاهی درباره وضعیت شما با فردی که دارای مجوز از طرف شماست، صحبت کند.

اطلاعیه برای مشتریان: اکثر اطلاعاتی که DCYF از مشتریان در اختیار دارد، محرمانه است و برای افراد دیگر افشا نخواهد شد، مگر این اجازه را اعطا کنید یا قانون، افشای آن را مجاز بداند. پس از افشای اطلاعات محرمانه شما توسط DCYF، لطفاً توجه داشته باشید که دریافت‌کننده ممکن است تحت قوانینی که در مورد DCYF اعمال می‌شود، از سوابق شما محافظت نکند. اگر این فرم را برای اعطای مجوز افشا به DCYF امضا نکنید، DCYF نمی‌تواند از ارائه مزایا به شما خودداری کند، مگر اینکه برای تشخیص صلاحیت شما به رضایتتان نیاز باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اینکه چگونه مؤلفه‌های مراقبت‌های بهداشتی DCYF تحت پوشش HIPAA اقدام به اشتراک‌گذاری اطلاعات محافظت‌شده سلامت می‌کند و برای اطلاع از حقوق حریم خصوصی خود، لطفاً به اطلاعیه رویه‌های حفظ حریم خصوصی DCYF در نشانی www.DCYF.wa.gov مراجعه کنید یا از فردی سؤال کنید که این فرم را به شما داده است. می‌توانید کپی این فرم را دریافت کنید.

استفاده: می‌توانید این فرم را به‌صورت الکترونیکی یا دستی تکمیل کنید. برای حرکت کردن بین فیلدها، از دکمه Tab روی صفحه‌کلید کامپیوتر استفاده کنید. برای هر فردی که سوابقش درخواست می‌شود، از جمله کودکان، باید فرم جداگانه‌ای تکمیل شود. «شما» به فرد صاحب سوابق گفته می‌شود.

بخش‌های فرم:

شناسایی موضوع سوابق:

- نام: نام کامل خود وارد کنید، یا اگر از طرف فرد دیگری اقدام می‌کنید، نام فردی را وارد کنید که سوابق او درخواست شده است.
- تاریخ تولد: لطفاً این اطلاعات را وارد کنید که برای شناسایی خود از افراد دارای نام یکسان ضروری هستند.
- اطلاعات اختیاری برای کمک به یافتن سوابق:

- نام‌های قبلی: سایر نام‌هایی را که برای دریافت مزایا یا خدمات استفاده شده است، وارد کنید.
- شماره شناسایی مشتری: هر شماره‌ای را وارد کنید که ممکن است DCYF تخصیص داده باشد.
- شماره شناسایی دیگر: هرگونه شناساگر دیگری را وارد کنید که می‌تواند به یافتن سوابق DCYF کمک کند. در صورت نیاز، فقط یک شماره تأمین اجتماعی وارد کنید.
- تاریخ و مکان خدمات: این اطلاعات را وارد کنید تا به DCYF کمک شود سوابق مدنظر برای افشا را شناسایی و پیدا کند.

فرد دریافت‌کننده سوابق:

- مشخصات: لطفاً این بخش را تا جایی که ممکن است، کامل تکمیل کنید تا بتوانیم با فرد یا سازمانی تماس بگیریم که به اطلاعات محرمانه شما دسترسی دارد.
- دلیل افشا: DCYF برای اینکه بتواند سوابق سلامت روان یا الکل و مواد را به اشتراک بگذارد، به این اطلاعات نیاز دارد. اگر این فیلد را تکمیل نکنید، DCYF اینگونه فرض خواهد کرد که دلیل افشا، «درخواست از طرف شما» است.

مجوز:

- بخش‌های DCYF: لطفاً هرکدام از بخش‌های DCYF را که مایلید افشا شود علامت‌گذاری کنید، یا جهت دسترسی به تمام سوابقی که DCYF در مورد شما دارد، کادر پایین این بخش را علامت بزنید. اگر برنامه‌ای در این لیست قرار ندارد، نام آن را در «سایر» بنویسید.
- اطلاعات مدنظر برای افشا: مشخص کنید کدام سوابق افشا شود. می‌توانید اجازه دهید افشای تمام یا بخشی از اطلاعات مشتری DCYF شما یا دیگر سوابق محرمانه افشا شود. همچنین می‌توانید افشای سوابق مشتری را که فقط توسط بخش‌هایی از سازمان نگهداری می‌شود و در بخش بالا علامت‌گذاری شده است، محدود کنید؛ یا افشا را به سوابق خاص ذکر شده در این فرم یا در پیوستی که امضا می‌کنید، محدود نمایید. در صورت وجود هرگونه محدودیت در سوابق مدنظرتان برای افشا، یا فهرست سوابق خاص را درج نمایید یا محدودیت‌ها را توصیف کنید، مثلاً براساس تاریخ خدمات یا نوع سابقه.
- سوابق محدود: اگر سوابقی حاوی اطلاعاتی درباره درمان یا آزمایش HIV/AIDS یا STD، درمان سلامت روان یا خدمات الکل و مواد مخدر بود، باید هر مورد را تیک بزنید تا به DCYF اجازه داده شود آن سوابق را افشا کند. برای اجازه دادن جهت افشای ملاحظات روان‌درمانی (ii) (3) (b) 164.508 CFR 45) باید فرم جداگانه‌ای تکمیل کنید.
- اعتبار: این فرم برای دسترسی به اطلاعاتی که در حال حاضر توسط DCYF نگهداری می‌شود، اعتبار دارد. اجازه شما پس از 180 روز از تاریخ امضا یا تاریخ یا رویداد دیگری که مشخص می‌کنید، منقضی خواهد شد. اگر تاریخی مشخص نکنید، این مجوز 180 روز اعتبار خواهد داشت. می‌توانید مجوز افشای سوابق را به‌صورت کتبی در هر زمان لغو کنید، اما برای برگرداندن اطلاعاتی که قبلاً منتشر شده است، دیر خواهد بود.
- هزینه: قانون سوابق عمومی در 42.56.120 RCW و 388-01-080 WAC به DCYF اجازه می‌دهد هزینه نسخه‌ها و همچنین هزینه‌های پست را دریافت کند. مراکز مراقبت‌های بهداشتی و بیمارستان‌های ایالتی ممکن است طبق فصل 70.02 قانون RCW، هزینه سوابق بیمار را دریافت کنند.

امضاها:

- اگر سوابق متعلق به شماست، در زیر نام خود را با حروف بزرگ بنویسید یا امضا کنید یا نام خود را تایپ نمایید. تاریخ امضای خود به‌علاوه شماره تلفن یا شماره مخاطب خود را وارد کنید.
- اگر از طرف فرد دیگری امضا می‌کنید، در آخرین سطر مشخص کنید به چه دلیل می‌توانید این اقدام را انجام دهید و نسخه‌ای از حکم دادگاه یا مدرک دیگری که صلاحیت قانونی انجام این عمل را به شما می‌دهد، پیوست نمایید. اگر سن کودک بالای سن رضایت باشد (13 سال برای خدمات الکل و مواد و سلامت روان؛ 14 سال برای اطلاعات مربوط به HIV/AIDS یا STD؛ هر سنی برای کنترل بارداری و سقط جنین؛ 18 سال برای سوابق سلامت یا سایر سوابق)، او نیز باید برای اعطای اجازه جهت افشای سوابق محرمانه‌اش امضا کند.
- شاهد یا سردفتر اسناد رسمی: ممکن است برای تأیید هویت شما در صورتی که این فرم را شخصاً ارسال نمی‌کنید یا برنامه‌ای مجوز را درخواست کرده است، به یک شاهد یا سردفتر اسناد رسمی نیاز باشد. این فرد باید فرم را امضا کند و نام خود را با حروف بزرگ و مجزا درج کند.
- اطلاعیه برای DCYF: اگر این سوابق حاوی اطلاعات مربوط به HIV یا STD باشد، DCYF باید دریافت‌کنندگان را مطلع کند که اطلاعات محرمانه است و طبق الزام 70.02.300 قانون RCW، آن‌ها اجازه نخواهند داشت این سوابق را دوباره بدون اجازه خاص افشا کنند. اگر DCYF نسخه‌هایی از سوابق مربوط به خدمات الکل یا مواد مخدر را تحت این مجوز ارسال کند، DCYF باید طبق الزام 2.32 42 CFR، این اظهاریه را هنگام افشای اطلاعات درج کند: این اطلاعات از سوابق تحت حفاظت قوانین محرمانگی فدرال (42 CFR بخش 2) در اختیار شما قرار گرفته است. قوانین فدرال شما را از هرگونه افشای بیشتر این اطلاعات منع می‌کند، مگر اینکه این افشای بیشتر براساس رضایت کتبی صریح فردی باشد که اطلاعات در مورد اوست یا افشای آن براساس 42 CFR بخش 2 مجاز باشد. مجوز کلی برای انتشار اطلاعات پزشکی یا سایر اطلاعات برای این هدف کافی نیست. طبق قوانین فدرال، هرگونه استفاده از این اطلاعات برای تحقیقات جنایی یا تحت پیگرد قانونی قرار دادن بیماری که دچار سوءمصرف الکل یا مواد مخدر است، ممنوع است.