



Authorization (اجازه)

د DCYF ریکاردونه افشا/بشکاره کول:			
نوم	لومړی	منځنی	وروستی
د استوګنې پته	ښار	ایالت	د زېږ کونکي نومونه
د تلیفون شمېره (د ساحې د کود په شمولیت)		د برېښنالیک پته	
<p>که چېرې زه هغه کس نه یم چې د ریکارډ موضوع دی، زه د لاسلیک کولو اجازه لرم ځکه چې زه له لاندې څخه یم: (د اجازت ثبوت ضمیمه کړئ)</p> <p><input type="checkbox"/> د نبالغ مور یا پلار <input type="checkbox"/> قانوني سرپرست <input type="checkbox"/> شخصي نماینده <input type="checkbox"/> ځارنوال <input type="checkbox"/> نور څوک:</p>			
<p>هغو کسانو ته خبرتیا چې معلومات ترلاسه کوي: که چېرې دا ریکارډونه د HIV، STDs، یا د الکول یا مخدره توکو ناوړه ګټه اخیستنې په اړه معلومات ولري، تاسو د فدرالي او ایالتي قانون لاندې د موضوع ځانګړي اجازې او ځانګړي قانوني اړتیاو پوره کولو پرته دغه معلومات نور نشئ افشا/بشکاره کولی.</p>			
زه دې کس ته ریکارډونه خوشی کوم:			
نوم	وروستی	لومړی	منځنی
د سازمان یا سوداګرۍ نوم که چېرې د تطبیق وړ وي		لقب / اړیکه	
پته	ښار	ایالت	د زېږ کونکي نومونه
د تلیفون شمېره (د ساحې د کود په شمولیت)		د برېښنالیک پته	
د افشا/بشکاره کولو وجه (اړتیا نلري)			
اجازه:			
<p>سرچینې: زه لاندې DCYF پروګرامونو ته زما په اړه د محرم معلوماتو افشا/بشکاره کولو یا ورته د لاسرسی ورکولو اجازه ورکوم لکه څنګه چې لاندې تشریح شوي. معلومات په لفظي ډول یا د کمپیوټر ډیټا لپاره، برېښنالیک، فکس، یا لاسي سپارنې له لارې چمتو کېدای شي.</p> <p><input type="checkbox"/> Child Protective Services (د ماشومانو د خونديتوب خدمتونه) <input type="checkbox"/> په فرزندۍ نیونه/خپلونه <input type="checkbox"/> رضاعي پاملرنې جواز ورکول <input type="checkbox"/> ESA <input type="checkbox"/> نور: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Early Learning (ابتدایي زده کړه) <input type="checkbox"/> د ځوانانو/زلمو بیا رغونه</p>			
<p>ریکارډونه: زه لاندې DCYF ریکارډونو افشا/بشکاره کولو لپاره اجازه ورکوم:</p> <p><input type="checkbox"/> د مراجعینو ریکارډونه چې د DCYF د برخو لخوا ساتل شوي چې پورته نښه شوي <input type="checkbox"/> زما د مراجع کونکي ټول ریکارډونه <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> نور محرم ریکارډونه چې د DCYF د برخو لخوا ساتل شوي چې پورته نښه شوي <input type="checkbox"/> په ضمیمه لیست کې ریکارډونه <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> د کار موندنې اړوند ریکارډونو کې شخصي معلومات <input type="checkbox"/> لاندې ریکارډونه یوازې: _____</p> <p>زه هغه ریکارډونه محدود کول غواړم چې په لاندې ډول افشا/بشکاره شي (د نیتي له مخې، د ریکارډ ډول، او داسې نور):</p>			
<p>مهرباني وکړئ په یاد ولرئ: که چېرې ستاسو په مراجعه کونکي یا نور محرم/پټ ریکارډونو کې لاندې معلومات شامل وي، تاسو باید دې ریکارډونو ته د افشا/بشکاره کولو اجازه ورکولو لپاره لاندې برخه هم پوره کړئ</p> <p>خصوصي ریکارډونه: زه د لاندې معلوماتو لپاره چې په DCYF ریکارډونو کې ساتل شوي د افشا/بشکاره کولو اجازه ورکوم (ټول هغه چک کړئ چې پلي کېږي):</p> <p><input type="checkbox"/> د HIV/AIDS او STD ازموینې پایلې، د تشخیص یا درملنې ریکارډونه (RCW 70.02.220)</p> <p><input type="checkbox"/> د ذهني روغتیا ریکارډونه (RCW 70.02.230 یا 240)</p> <p><input type="checkbox"/> Chemical Dependency (کیمیاوي انحصار، CD) ریکارډونه (CFR 42 برخه 2)</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • دا اجازه د 180 ورځو یا <input type="checkbox"/> تر دې پورې اعتبار لري _____ (تاریخ یا پېښه، که چېرې چک شوي نه وي، 180 ورځې به وي). • زه په هر وخت کې خپله اجازه په لیکلو کې لغوه یا بیرته اخیستلی شم، مګر دا به دمخه تولید شوي معلوماتو باندې اغېزه ونکړي. • زه پوهېږم چې زما ریکارډونه کېدای شي نور د هغو قوانینو لاندې خوندي نه شي چې په DCYF باندې پلي کېږي وروسته له دې چې دا تولید شي. • د دې فورمې یوه کاپي زما د ریکارډونو افشا/بشکاره کولو اجازې ورکولو لپاره د اعتبار وړ ده. DCYF کېدای شي د خپلو ریکارډونو کاپي وړاندې کولو لپاره پیسې واخلي. 			
لخوا اجازه ورکړل شوی (لاسلیک)		اړیکه/لقب	
نېټه (لاسلیک شوی)			

د اجازې ورکولو فورمې د بشپړولو لپاره لارښوونې

موخه: تاسو باید دا فورمه وکاروئ کله چې تاسو له DCYF څخه غواړئ چې ستاسو په اړه محرم/پټ معلومات بل کس (د څارنوال، قانون جوړونکي، یا یو خپلوان په شمول) ته د افشا/بشکاره کولو توان ولري. تاسو کولی شئ اجازه ورکړئ ترڅو ټول محرم/پټ ریکارډونه افشا/بشکاره شي چې DCYF یې ستاسو په اړه لري یا تاسو خپله اجازه ځانگړي ریکارډونو یا د ادارې برخو پورې محدود کولی شئ. دا فورمه به DCYF ته اجازه هم ورکړي چې ستاسو د وضعیت په اړه په شفاهي توګه د هغه کس سره خبرې اترې وکړي چې تاسو ورته اجازه ورکړئ.

مراجعیو ته خبرتیا: د مراجعینو ډیری معلومات چې DCYF یې لري محرم/پټ دي او نورو ته به افشا/بشکاره نه شي تر هغه چې تاسو اجازه ورکړئ یا که چیرې افشا کول د قانون لخوا اجازه ولري. وروسته له دې چې DCYF ستاسو محرم/پټ معلومات افشا/بشکاره کړي، مهرباني وکړئ خبر اوسئ چې تر لاسه کوونکی کیدای شي ستاسو ریکارډونه د هماغه قوانینو لاندې خوندي نه کړي چې په DCYF باندې پلي کیږي. DCYF ستاسو له ګټو څخه انکار نشي کولی که چیرې تاسو دا فورمه لاسلیک نه کړئ ترڅو DCYF ته د افشا/بشکاره کولو اجازه ورکړئ تر هغه چې د وړتیا معلومولو لپاره ستاسو اجازه ته اړتیا وي. د دې په اړه د معلوماتو لپاره چې د DCYF روغتیا پاملرنې اجزا چې د HIPAA لخوا پوښل شوي څنګه خوندي روغتیايي معلومات او ستاسو د حریمیت حقونه شریکوي، مهرباني وکړئ په www.DCYF.wa.gov کې د DCYF Notice of Privacy Practices (د محرمیت طرز العملونو خبرتیا) سره مشوره وکړئ یا د هغه کس څخه پوښتنه وکړئ چې تاسو ته دا فورمه درکړي ده. تاسو د دې فورمې یوه کاپي تر لاسه کولی شئ.

لګښت: په **RCW 42.56.120** او **WAC 388-01-080** کې د عامه ریکارډونو قانون DCYF ته اجازه ورکوي چې د ریکارډونو کاپي او د استوګن لګښتونو لپاره پیسې واخلي. ایالتي روغتونونه او د روغتیا پاملرنې اسانتیاوي ممکن د **RCW 70.02** څپرکي لاندې د ناروغانو ریکارډونو لپاره پیسې واخلي.

کارول: تاسو د فورمه په الکترونیکي یا په لاس ډکولی شئ. د ساحو تر مینځ حرکت کولو لپاره په کمپیوټر کې د تب بټن وکاروئ. یو جلا فورمه باید د هر هغه کس لپاره بشپړه شي چې د چا ریکارډونه غوښتل شوي وي، د ماشومانو په شمول. "تاسو" ته ریکارډ موضوع اشاره کیږي. **د فورمې برخې:**

د ریکارډونو د موضوع پیژندنه:

- نوم: خپل پوره نوم یا د هغه چا نوم وړاندې کړئ د چا ریکارډونه چې غوښتل شوي وي که چیرې تاسو د بل چا لپاره عمل کوئ.
- د زیږون نېټه: مهرباني وکړئ دا معلومات شامل کړئ چې د یوشان نومونو لرونکو اشخاصو څخه ستاسو د پیژندنې لپاره اړین دي.

هغه کس چې ریکارډونه تر لاسه کوي:

- پیژندنه: مهرباني وکړئ دا برخه د امکان تر حده په پوره ډول ډکه کړئ نو مونږ له هغه کس یا سازمان سره اړیکه ونیولی شو څوک به چې ستاسو محرم/پټ معلوماتو ته لاسرسی ولري.
- د افشا/بشکاره کولو وجه: دا معلومات اړین دي مخکې لدې چې DCYF د نشه یي توکو او الکول یا ذهني روغتیا ریکارډونه شریک کړي. که چیرې تاسو دا ساحه ډکه نه کړئ، DCYF به د افشا/بشکاره کولو وجه ستاسو د غوښتنې په توګه نوبت کړي.

اجازه:

- د DCYF برخې: مهرباني وکړئ یا د DCYF هغه برخې په نښه کړئ چې تاسو غواړئ ریکارډونه یې افشا/بشکاره کړئ یا په دې برخه کې لاندې بکس په نښه کړئ که چیرې تاسو هر هغه ریکارډونو ته لاسرسی ورکول غواړئ چې DCYF یې ستاسو په اړه لري. د پروګرام نوم په "نور" کې ولیکئ که چیرې په لیست کې نه وي.
- افشا شوي معلومات: په ګوته کړئ کوم ریکارډونه چې تاسو یې افشا/بشکاره کول غواړئ. تاسو د خپل DCYF مراجعه کوونکی یا نورو محرم ریکارډونو ټول یا برخې افشا/بشکاره کولو ته اجازه کولی شئ. تاسو ممکن د مراجعینو ریکارډونو ته افشا/بشکاره کول محدود کړئ چې یوازې د ادارې د برخو لخوا ساتل کیږي چې په پورتنۍ برخه کې په نښه/مارک شوي، یا په دې فورمه کې لیست شوي ځانگړي ریکارډونو یا په یو ضمیمه باندې چې تاسو یې لاسلیک کوئ. که چیرې د کوم ریکارډونو په اړه څه محدودیتونه شتون ولري چې تاسو یې افشا/بشکاره کول غواړئ، یا هم ځانگړي ریکارډونه لیست کړئ یا محدودیتونه تشریح کړئ، لکه د خدمتونو نښې لخوا یا د ریکارډ ډول.
- محدود شوي ریکارډونه: که چیرې په کوم ریکارډونه کې د HIV/AIDS یا STD ازموینې یا درملنې، ذهني روغتیا درملنې، یا د نشه یي توکو او الکولو خدماتو په اړه معلومات شامل وي، تاسو باید هر توکي چک کړئ ترڅو DCYF ته اجازه ورکړي چې دا ریکارډونه افشا/بشکاره کړي. تاسو د رواني درملنې یادښتونو د افشا/بشکاره کولو اجازه ورکولو لپاره جلا/بېله فورمه بشپړولو اړتیا لرئ (ii) (3) (b) 164.508 CFR 45.
- اعتبار: دا فورمه هغه معلوماتو ته د لاسرسي ورکولو لپاره د اعتبار وړ ده چې د DCYF لخوا اوس مهال ساتل کیږي. ستاسو اجازه د لاسلیک څخه 180 ورځې وروسته یا په کومه بله نېټه یا پېښه باندې چې تاسو یې وړاندې کوی پای ته رسېږي. که چیرې تاسو نښه وړاندې نکړئ، اجازه به د 180 ورځو لپاره اعتبار ولري. تاسو په هر وخت کې په لیکلې بڼه د ریکارډونو خپرولو واک لغوه کولی شئ خو دا به ډیر ناوخته وي چې دمخه تولید شوي معلومات بیرته واخلي.

لاسلیکونه

- که چیرې تاسو د ریکارډونو موضوع پاست، لاسلیک کړئ او خپل نوم لاندې چاپ یا تایپ کړئ. د لاسلیک نېټه ورسره خپله د تلیفون یا اړیکې شمېره داخله کړئ.
- که چیرې تاسو د بل کس لپاره لاسلیک کوئ، په آخرۍ کرښه کې په ګوته کړئ چې تاسو ولې دا کار کولی شئ او د محکمې د حکم یا بل سند یوه کاپي/نقل ضمیمه کړئ چې تاسو ته قانوني واک درکوي. ماشومان باید د خپل محرم/پټ ریکارډونو افشا/بشکاره کولو اجازه هم لاسلیک کړي که چیرې دوی د رضایت عمر څخه زیات عمر لري (13 د ذهني روغتیا او نشه یي توکو او الکولو خدمتونو لپاره؛ 14 د HIV/AIDS یا نورو STDs په اړه معلوماتو لپاره؛ د زیږون کنټرول او سقطونو لپاره کوم عمر؛ د روغتیا یا نورو ریکارډونو لپاره 18).

DCYF ته خبرتیا: که چیرې دا ریکارډونه د HIV یا STD معلومات ولري، DCYF باید تر لاسه کونکو ته خبرتیا ورکړي چې معلومات محرم/پټ دي او دوی ممکن د ځانگړي اجازې پرته ریکارډونه نور افشا/بشکاره نه کړي لکه څنګه چې د RCW 70.02.300 لخوا اړین دی. که چیرې DCYF د دې واک لاندې د نشه یي توکو یا الکولو خدمتونو په اړه د ریکارډونو نقلونه واستوي، DCYF باید د معلوماتو د افشا/بشکاره کولو پر مهال لاندې بیان شامل کړي لکه څنګه چې د CFR 2.32 42 لخوا اړتیا ده:

دا معلومات تاسو ته د فدرالي حریمیت قواعدو لخوا خوندي شوي ریکارډونو څخه افشا شوي (CFR 42 برخه 2). فدرالي قواعد تاسو د دې معلوماتو د نور افشا/بشکاره کولو څخه منع کوي تر هغه چې نور افشا/بشکاره کول د هغه کس د لیکلې رضایت لخوا په څرګند ډول اجازه ورکړل شي د چا پورې چې اړه لري یا لکه څنګه چې د CFR 42 برخه 2 لخوا اجازه ورکړل شوې. د دې موخې لپاره د طبي یا نورو معلوماتو خپرولو لپاره عمومي اجازه کافي نده. فدرالي قواعد د معلوماتو هر ډول کارول محدودوي ترڅو د الکول یا نشه یي توکو ناوړه ګټه اخیستونکي ناروغ په جرمي توګه تحقیق یا محاکمه کړي.