



Дозвіл Authorization

НА РОЗКРИТТЯ ЗАПИСІВ ВІДДІЛУ У СПРАВАХ ДІТЕЙ, МОЛОДІ ТА СІМЕЙ (DCYF) ДЛЯ:

| | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|---------------|--------------------------|----------------------|
| ПРИЗВИЩЕ | | ІМ'Я | | ДРУГЕ ІМ'Я | ДАТА НАРОДЖЕННЯ |
| Наведена нижче інформація допоможе знайти записи | | | КОЛИШНІ ІМЕНА | | |
| ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА | | ІНШІ ІДЕНТИФІКАЦІЙНІ НОМЕРИ | | ДАТИ ОБСЛУГОВУВАННЯ | МІСЦЯ ОБСЛУГОВУВАННЯ |
| КОМУ РОЗКРИТИ ІНФОРМАЦІЮ: | | | | | |
| ПРИЗВИЩЕ | | ІМ'Я | | ДРУГЕ ІМ'Я | ПОСАДА |
| НАЗВА ОРГАНІЗАЦІЇ АБО КОМПАНІЇ, ЯКЩО ЗАСТОСОВНО | | | | | |
| АДРЕСА | | МІСТО | | ШТАТ | ПОШТОВИЙ ІНДЕКС |
| НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (ВКАЖІТЬ КОД РЕГІОНУ) | | НОМЕР ФАКСУ (ВКАЖІТЬ КОД РЕГІОНУ) | | АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ | |
| ПРИЧИНА РОЗКРИТТЯ (НЕ ОБОВ'ЯЗКОВО) | | | | | |

ДОЗВІЛ:

ДЖЕРЕЛА: Я даю дозвіл зазначеним нижче програмам Департаменту охорони здоров'я й соціального забезпечення (DCYF) розкрити інформацію або надати доступ до конфіденційної інформації про мене, визначеної нижче. Інформація може передаватися усно або через засоби передання інформації, поштою, факсом або особисто.

Дозвіл стосується лише зазначених нижче програм (відмітити все, що підходить):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Реабілітаційні програми для неповнолітніх | <input type="checkbox"/> Усі мої клієнтські записи |
| <input type="checkbox"/> Інші конфіденційні записи, які зберігаються підрозділами DCYF, позначеними вище | <input type="checkbox"/> Документи зі списку, що додається |
| <input type="checkbox"/> Особиста інформація в трудових записах | <input type="checkbox"/> Тільки наступні записи: Інше: |
| <input type="checkbox"/> Усі підрозділи Департаменту у справах дітей, молоді та сімей (DCYF) | |

ЗАПИСИ: Я даю дозвіл на розкриття таких записів DCYF:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Клієнтські записи, які зберігаються підрозділами DCYF, позначеними вище | <input type="checkbox"/> Усі мої клієнтські записи |
| <input type="checkbox"/> Інші конфіденційні записи, які зберігаються підрозділами DCYF, позначеними вище | <input type="checkbox"/> Документи зі списку, що додається |
| <input type="checkbox"/> Особиста інформація в трудових записах | <input type="checkbox"/> Тільки наступні записи: |

Я хочу обмежити записи, що розкриваються, таким чином (за датою, типом запису тощо):

ПАМ'ЯТАЙТЕ! Якщо ваші клієнтські або інші конфіденційні записи також містять інформацію, що відноситься до будь-якого з наступних типів, ви мусите заповнити наведений нижче розділ, щоб дати згоду на розкриття цих записів.

СПЕЦІАЛЬНІ ЗАПИСИ: Я даю дозвіл на розкриття такої інформації, наявної в DCYF (відмітьте все, що вас стосується):

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Результати аналізів на ВІЛ/СНІД та ХПСШ, а також записи про діагнози та лікування (RCW 70.02.220) |
| <input type="checkbox"/> Записи про стан психічного здоров'я (RCW 70.02.230 або 240) |
| <input type="checkbox"/> Записи про залежність від хімічних речовин (CD) (42 CFR Частина 2) |

- Цей дозвіл діє протягом 180 днів або до _____ (дата або подія, якщо не зазначено, буде 180 днів).
- Я можу відкликати або анулювати цю згоду у письмовій формі в будь-який час, але такий відклик або анулювання не стосуватиметься вже розкритої інформації.
- Я розумію, що після розкриття мої записи більше не захищені законодавством, що регулює діяльність Департаменту DCYF.
- Копія цієї форми може використовуватися для надання дозволу від мене на розкриття записів. Департамент DCYF може стягувати плату за надання копій відповідних записів.

| | | | |
|---------------------------------------|--|--|--------------------------------------|
| ЗАТВЕРДЖЕНО (ПІДПИС) | | ДАТА ПІДПИСАННЯ | НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (ВКАЖІТЬ КОД РЕГІОНУ) |
| ПРИЗВИЩЕ ТА ІМ'Я ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ | | СВІДОК/НОТАРІУС (ПІДПИС ТА ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ, ЯКЩО ЗАСТОСОВНО) | |

Якщо я не є особою, зазначеною в цих записах, у мене є право підпису, оскільки я є: (додайте підтвердження повноважень)
 Батько неповнолітнього Законний опікун Особистий представник Інше:

Повідомлення для отримувачів інформації: Якщо в цих документах містяться відомості про ВІЛ, ХПСШ або про зловживання алкоголем або наркотиками, за федеральним законодавством та законодавством штату ви можете розкривати таку інформацію виключно за спеціальної згоди клієнта та за умови задоволення офіційних вимог.

ІНСТРУКЦІЇ ЩОДО ЗАПОВНЕННЯ ФОРМИ ДОЗВОЛУ

Призначення: Вам слід використовувати цю форму, якщо ви хочете, щоб DCYF міг розкрити конфіденційну інформацію про вас іншій особі (зокрема, адвокату, законодавцю чи родичу). Ви можете надати дозвіл на розкриття всіх конфіденційних записів про вас, які має DCYF, або ви можете обмежити свій дозвіл окремими записами чи підрозділами агентства. Ця форма також дозволить DCYF усно обговорювати вашу ситуацію з уповноваженою вами особою.

Повідомлення для клієнтів: Більшість клієнтської інформації, якою володіє DCYF, є конфіденційною та не буде розголошуватися іншим, за винятком випадків, коли ви надасте дозвіл, або якщо таке розголошення дозволено законом. Майте на увазі, що отримувач вашої конфіденційної інформації, розкритої DCYF, може не захищати цю інформацію за тими самими законами, які є застосовними до діяльності DCYF. DCYF не може відмовити вам у пільгах, якщо ви не підпишете цю форму, щоб дозволити розкриття інформації DCYF, за винятком випадків, коли ваш дозвіл потрібен для визначення відповідності вимогам. Щоб отримати інформацію про те, як компоненти охорони здоров'я DCYF, на які поширюється дія HIPAA, передають захищену інформацію про здоров'я та ваші права на конфіденційність, ознайомтеся з Повідомленням DCYF про практику конфіденційності на веб-сайті www.DCYF.wa.gov або зверніться до особи, яка надала вам цю форму. Ви можете отримати копію цієї форми.

Використання: Ви можете заповнити цю форму в електронному вигляді або від руки. Для переходу між полями використовуйте клавішу табуляції на комп'ютері. На кожну особу, чий запис запитується, включно з дітьми, необхідно заповнити окрему форму. Звернення «Ви» стосується особи, якої стосуються записи.

Частина форми:

ІДЕНТИФІКАЦІЯ ОСОБИ, ЯКОЇ СТОСУЮТЬСЯ ЗАПИСИ:

- **Прізвище та ім'я:** Зазначте ваше повне ім'я або, якщо ви дієте від імені іншої особи, повне ім'я особи, відносно якої запитані записи.
- **Дата народження:** Будь ласка, надайте цю інформацію, необхідну для ідентифікації вас серед осіб із подібними іменами.

ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ, ЯКА ДОПОМОЖЕ ЗНАЙТИ ЗАПИСИ:

- **Колишні імена:** Зазначте будь-які інші імена, які використовувалися для отримання пільг або послуг.
- **Ідентифікаційний номер клієнта:** Зазначте будь-які номери, надані Департаментом DCYF.
- **Інші ідентифікаційні номери:** Зазначте будь-які інші ідентифікаційні дані, які допоможуть відшукати записи DCYF. Номер соціального страхування вкажіть лише за необхідності.
- **Дата та місце обслуговування:** Надайте цю інформацію, щоб допомогти DCYF ідентифікувати та знайти записи, які ви хочете розкрити.

ОСОБА, ЯКА ОТРИМУЄ ЗАПИСИ:

- **Ідентифікація:** Заповніть цей розділ якомога детальніше, щоб ми могли звернутися до особи або організації, яка матиме доступ до вашої конфіденційної інформації.
- **Причина розкриття:** Ця інформація потрібна, перш ніж DCYF зможе надати інформацію про наркотики та алкоголь або психічне здоров'я. Якщо ви не заповните це поле, DCYF вважатиме причиною розкриття інформації ваш запит.

ДОЗВІЛ:

- **Підрозділи DCYF:** Відмітьте підрозділи DCYF, які мають надати інформацію, або відмітьте нижче поле цього розділу, щоб дати дозвіл на розкриття усієї інформації про вас, наявної у DCYF. Якщо назва програми відсутня у списку, зазначте «Інше».
- **Інформація, що розкривається:** Вкажіть, які записи ви хочете розкрити. Ви можете надати дозвіл на повне або часткове розкриття клієнтської або іншої конфіденційної інформації, наявної в Департаменті DCYF. Ви також можете обмежити розголошення клієнтськими записами, які зберігаються лише в тих підрозділах агентства, які зазначені в розділі вище, або конкретними записами, переліченими в цій формі або в підписаних вами додатках. Якщо є будь-які обмеження щодо того, які записи ви хочете розкрити, перелічіть конкретні записи або опишіть обмеження, наприклад, за датою надання послуг або типом запису.
- **Конфіденційні записи:** Якщо будь-який із записів може включати інформацію про тестування чи лікування щодо ВІЛ/СНІД або ЗПСШ, лікування психічного здоров'я або послуги з питань наркоманії та алкоголю, ви повинні відмітити кожен пункт, щоб дозволити DCYF розкрити ці записи. Вам потрібно заповнити окрему форму, щоб дозволити розкриття психотерапевтичних записів (45 CFR 164.508(b) (3) (ii)).
- **Чинність:** Ця форма дійсна для надання доступу до інформації, яка наразі зберігається у DCYF. Термін дії дозволу закінчується через 180 днів після його підписання або після настання іншої дати або відповідної події, яку ви зазначите. Якщо ви не вкажете дату, дозвіл буде дійсним протягом 180 днів. Ви можете відкликати дозвіл на розкриття записів у письмовій формі в будь-який час, що, утім, не розповсюджуватиметься на інформацію, яку вже було розкрито.
- **Вартість:** Закон про публічний документообіг в RCW 42.56.120 і WAC 388-01-080 дозволяє DCYF стягувати плату за копії записів плюс поштові витрати. Державні лікарні та заклади охорони здоров'я можуть стягувати плату за записи пацієнтів відповідно до розділу 70.02 RCW.

ПІДПИСИ:

- **Якщо ви є особою, якої стосуються записи,** поставте нижче підпис та зазначте повне ім'я друківаними літерами або введіть його. Вкажіть дату свого підпису та номер телефону або контактний номер.
- **Якщо ви підписуєте від імені іншої особи,** зазначте причину в останньому рядку та додайте копію розпорядження суду або інший документ, який надає вам відповідних офіційних повноважень. Діти також повинні підписати дозвіл на розкриття своїх власних конфіденційних записів, якщо вони старші віку згоди (13 років для психіатричних послуг і послуг, пов'язаних з наркотиками та алкоголем; 14 років для інформації про ВІЛ/СНІД чи інші ХПСШ; будь-який вік для контролю народжуваності та абортів; 18 років для медичних або інших записів).

Свідки або нотаріус: Для підтвердження вашої особи може знадобитися свідок або нотаріус, якщо ви не подаєте цю форму особисто, або якщо програма вимагає підтвердження. Ця особа має також підписати цю форму та вказати свої повне ім'я друківаними літерами.

ПОВІДОМЛЕННЯ ДЛЯ DCYF: Якщо ці записи містять інформацію про ВІЛ або ХПСШ, DCYF має повідомити одержувачів, що інформація є конфіденційною, та що вони не можуть надалі розголошувати записи без спеціального дозволу, як того вимагає RCW 70.02.300. Якщо DCYF надсилає копії записів щодо послуг, пов'язаних із наркотиками чи алкоголем, відповідно до цього дозволу, DCYF має включити таку заяву під час розкриття інформації відповідно до 42 CFR 2.32:

Ця інформація була розкрита вам із записів, захищених федеральними правилами про забезпечення конфіденційності (42 CFR частина 2). Федеральні правила забороняють вам будь-яке подальше розкриття цієї інформації, окрім випадків, коли подальше розкриття прямо дозволено письмовою згодою особи, якої вона стосується, або іншим чином дозволено 42 CFR, частина 2. Загальної згоди на розкриття медичної та іншої інформації для цього НЕДОСТАТНЬО. Федеральні правила обмежують будь-яке використання інформації для кримінального розслідування або судового переслідування будь-якого пацієнта, який зловживає алкоголем або наркотиками.

AUTHORIZATION

DCYF 17-063 UK (rev.01/2019) INT/EXT Ukrainian

Сторінка 2 з 2