Washington State Department of Social & Health Services

رضامندی
CONSENT

نوٹس برائے کلائنٹس: اگر ہم ایسی ایجنسیز اور ماہرین کے ساتھ کام کر سکیں جو آپ اور آپ کے اہل خانہ کو جانتے ہیں تو محکمہ برائے سماجی و صحت کی خدمات [Department of Social and Health Services (DSHS)] آپ کی بہتر مدد کر سکتا ہے۔ اس فارم پر دستخط کر کے آپ DSHS اور ذیلی فہرست میں موجود ایجنسیز اور افراد کو اپنی خفیہ معلومات کو استعمال کرنے اور بانٹنے کی اجازت فراہم کر رہے ہیں۔ اگر آپ اس فارم پر دستخط نہیں کرتے ہیں تو جب تک آپ کے راضی نامے کی آپ کی اہلیت کا تعین کرنے کے لئے ضرورت نہ ہو DSHS آپ کو کو فائدہ پہنچانے سے انکار نہیں کر سکتا ۔ اگر آپ اس فارم پر دستخط نہ کریں پھر بھی قانون کی فراہم کردہ حد تک آپ کی معلومات کو بانٹا جا سکتا ہے۔ محکمہ برائے سماجی و صحت کی خدمات (DSHS) کس طرح کلائنٹ کی خفیہ معلومات بانٹتا ہے یا اپنے حقوق رازداری سے متعلق اگر آپ کچھ پوچھنا چاہتے ہیں تو DSHS کے نوٹس برائے حقوق رازداری کے قواعد یا فارم فراہم کرنے والے سے پوچھیں۔

کلائنٹ کی شناخت:		
نام	تاریخ پیدائش	شناختی نمبر
پتہ	**شہر** ریاست	زپ کوڈ
ٹیلیفون نمبر (بشمول علاقائی کوڈ نمبر)	دیگر معلومات	

رضامندی :

میں اپنی خفیہ معلومات DSHS کے لئے خدمات کی منصوبہ بندی، فراہمی اور ہم آہنگی، علاج، ادائیگیوں اور اپنے فوائد یا قانونی اختیار کی حد تک دیگر کسی مقصد کے لئے استعمال کی اجازت دیتا/ دیتی ہوں ☐ میں DSHS اور درج ذیل فہرست میں موجود ایجنسیز، فراہم کنندگان یا افراد کو بھی اپنی خفیہ معلومات استعمال کرنے کی اجازت دیتا / دیتی ہوں اور ان میں سے ہر ایک کو ان مقاصد کے لئے ان معلومات کا انکشاف کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں ☐ یہ معلومات زبانی طور پر یا کمپیوٹر ڈیٹا ٹرانسفر، ڈاک یا دستی ترسیل کے ذریعے تقسیم کی جا سکتی ہے ☐

براہ مہربانی درج ذیل میں سے ان تمام کی نشاندہی کریں جو DSHS کے ساتھ اس رضامندی میں شامل ہیں اور ان کے نام اور پتہ سے ان کی شناخت کریں:

- ☐ نگہداشت صحت فراہم کنندگان: _____
- ☐ نگہداشت ذہنی صحت فراہم کنندگان : _____
- ☐ کیمیائی انحصار سے متعلق خدمات فراہم کنندگان: _____
- ☐ DSHS سے معاہدہ کرنے والے دیگر فراہم کنندگان: _____
- ☐ رہائشی پروگرامز: _____
- ☐ اسکول ڈسٹرکٹس یا کالجز: _____
- ☐ محکمہ برائے اصلاحات : _____
- ☐ محکمہ برائے تحفظ ملازمت اور اس کے شرکاء روزگار: _____
- ☐ انتظامیہ برائے سماجی تحفظ یا دیگر وفاقی ایجنسی: _____
- ☐ منسلک فہرست دیکھئیے
- ☐ دیگر

میں درج ذیل ریکارڈز اور معلومات استعمال کرنے کا اختیار دیتا / دیتی ہوں اور رضامند ہوں (ان سب کی نشاندہی کریں جو قابل عمل ہیں):

- ☐ اپنے کلائنٹ کے تمام ریکارڈز
- ☐ منسلک فہرست کے ریکارڈز
- ☐ صرف درج ذیل ریکارڈز
  - ☐ خاندانی، سماجی اور روزگار کی تاریخ
  - ☐ نگہداشت صحت کی معلومات
  - ☐ علاج اور نگہداشت کے منصوبے
  - ☐ ادائیگیوں کے ریکارڈز
  - ☐ ذاتی تشخیص
  - ☐ اسکول، تعلیم، اور تربیت
  - ☐ دیگر (فہرست):

براہ مہربانی نوٹ فرما لیں: اگر آپ کے کلائنٹ کے ریکارڈز میں درج ذیل میں سے کوئی بھی معلومات شامل ہیں تو آپ کو ان ریکارڈز کو شامل کرنے کے لئے اس حصہ کو مکمل کرنا بھی ضروری ہے۔

میں درج ذیل ریکارڈز کو ظاہر کرنے کی اجازت دیتا / دیتی ہوں (ان تمام کی نشاندہی کریں)۔

☐ ذہنی صحت ☐ ایچ آئی وی / ایڈز اور ایس ٹی ڈی ٹیسٹ کے نتائج، تشخیص یا علاج ☐ کیمیائی انحصار سے متعلق (CD) خدمات

- **اس راضی نامے کی معیاد ☐ ایک سال ☐ جب تک DSHS کو ریکارڈز کی ضرورت ہو، یا ☐ _____ (تاریخ یا تقریب) تک ہے۔**
- **میں تحریری طور پر کسی بھی وقت اس راضی نامے کو منسوخ یا اس سے دستبردار ہو سکتا / سکتی ہوں مگر جو معلومات میں اس سے قبل فراہم کر چکا/ چکی ہوں وہ متاثر نہیں ہوں گی۔**
- **میں سمجھتا ہوں کہ اس راضی نامے کے ذریعے فراہم کئے گئے ریکارڈز کو ان قوانین کے تحت تحفظ حاصل نہیں ہو گا جو DSHS پر نافذ ہوتے ہیں۔**
- **ریکارڈز بانٹنے کے لئے اس فارم کی ایک نقل میری اجازت کے لئے قابل قبول ہے۔**

دستخط	تاریخ	ایجنسی سے رابطہ / گواہ کے دستخط	تاریخ
والدین یا دیگر نمائندے کے دستخط (اگر قابل عمل ہے)		ٹیلیفون نمبر (علاقائی کوڈ نمبر شامل کیجئیے)	تاریخ

حالانکہ یہ ریکارڈ مجھ سے متعلق نہیں ہے، پھر بھی میں دستخط کرنے کا مجاز ہوں کیونکہ میں (اختیار کا ثبوت منسلک کریں):

☐ والدین ہوں ☐ قانونی سرپرست ہوں (عدالت کا حکم منسلک کریں) ☐ ذاتی نمائندہ ہوں ☐ دیگر:

معلومات وصول کنندگان کو نوٹس: اگر یہ ریکارڈز ایچ آئی وی، ایس ٹی ڈیس، یا ایڈز پر مشتمل ہے تو آپ کلائنٹ کی خصوصی اجازت کے بغیر ان معلومات کا مزید انکشاف نہیں کر سکتے۔ اگر آپ نے منشیات یا شراب کے ناجائز استعمال سے متعلق معلومات کلائنٹ سے حاصل کی ہیں تو آپ کو 42 CFR 2.32 کی ضروریات کے مطابق مزید معلومات کا انکشاف کرتے وقت درج ذیل بیان کو شامل کرنا ہو گا:

ان معلومات کا آپ پر انکشاف وفاقی قوانین رازداری (42 CFR part 2) کے تحت تحفظ شدہ ریکارڈز میں سے کیا گیا ہے۔ یہ وفاقی قوانین آپ کو مزید کسی انکشاف کی اس وقت تک ممانعت کرتے ہیں جب تک رضامندی دینے والا وہ شخص جس سے یہ متعلق ہیں مزید کسی انکشاف کی واضح طور پر تحریری اجازت نہ دے یا 42 CFR part 2 کے تحت اجازت دی گئی ہے ☐ اس مقصد کے لئے طبی یا دیگر معلومات کے اجراء کا عمومی اختیار کافی نہیں ہے۔ وفاقی قوانین مجرمانہ تحقیق یا شراب یا منشیات میں مبتلا شخص کے اوپر کسی جرم میں مقدمہ چلانے کی غرض سے ان معلومات کے استعمال کی ممانعت کرتا ہے۔

INSTRUCTIONS FOR COMPLETION OF CONSENT FORM

Purpose: Use this form when you need consent to use confidential information on a continuing basis about a client within DSHS or to disclose that information to other agencies to coordinate services or for treatment, payment or agency operations or for other purposes recognized by law. Clients are persons receiving benefits or services from DSHS.

Use: Fill out this form electronically if possible for ease of reading, **A separate form must be completed for each person, including children.** "You" in the instructions refers to the DSHS employee and "you" on the form refers to the client. Sharing of records includes the use and disclosure of confidential information about a client.

Parts of Form:

IDENTIFICATION:

- Name: Provide the name of one client only on each form. Include any former names that client may have used when receiving services.
- Date of Birth: Needed to identify client from persons with similar names.
- Identification Number: Provide a client identification number or other identifier such as a social security number (not required) to assist in identifying records and tracking history and services received.
- Address and telephone: Additional information that will help in locating and identifying or contacting the client.
- Other: Include in this box any additional information that may help to locate records that may include parts of DSHS involved with services, names of family members, or other relevant information.

CONSENT (AUTHORIZATION):

- Agencies or persons exchanging records: The client's completion of this form allows the use and sharing of confidential information within all of DSHS. DSHS will be able to disclose to and receive confidential information from the outside agencies or persons listed. Provide identifying information about the agencies or providers, including name, address or location if possible. You may also attach a list of agencies allowed to share information which the client must also sign.
- Information included: Clients must indicate what records are covered by the consent. Clients may make all records available or may limit the included records by date, type or source of record. If a client does not sign a consent or does not specify a particular record, sharing of that record will still be allowed if permitted by law. You may attach a list of covered records that the client must also sign. If any records include information relating to mental health (RCW 71.05.620), HIV/AIDS or STD testing or treatment (RCW 70.24.105), or drug and alcohol services (42 CFR 2.31(a)(5)), the client must mark these areas specifically to give permission to share these records. This form is not valid to include psychotherapy notes under 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) and a separate form must be completed to include those records.
- Duration: Include an expiration date for the consent that serves your program purposes or as provided by law.
- Understanding: Be sure the client understands what permission is being granted and how and why information will be shared. If needed, use a translated form and interpreter or read the form aloud. If the client needs more information, provide an additional copy of the DSHS Notice of Privacy Practices or refer the client to the public disclosure officer for your unit

SIGNATURES:

- Client: Have client or a child over age of consent (13 for mental health and drug and alcohol services; 14 for HIV/AIDS and other STDs; any age for birth control and abortions; 18 for health care and other records) sign this box and insert the date of signature. The client may substitute a mark in this box that you witness.
- Agency Contact or Witness: You will sign in this box if you are the one presenting and explaining the form to the client. Please include your telephone number. If the client will be signing the form away from a business site, instruct the client to have a witness sign in this block and provide a telephone number. A notary public may serve as a witness to a client signature.
- Parent or Other Representative: If the client is a child under the age of consent, a parent or guardian must sign. If the child does not meet the age of consent for all records to be shared, both the child and the parent must sign. If the client has been declared legally incompetent, the court appointed guardian must sign and provide a copy of the order of appointment. If someone is signing in another capacity (including a person with a power of attorney or an estate representative), mark "other" and obtain a copy of the legal authority to act. The person signing must date the signature and give a telephone number or contact information.