

إشعار للعملاء: من خلال التوقيع على هذا النموذج، فإنك تمنح وزارة الأطفال والشباب والأسر (DCYF) والوكالات والأفراد المذكورين أدناه الإذن لاستخدام وتبادل المعلومات السرية الخاصة بك. لا يمكن لـ DCYF رفض الإعانات الخاصة بك إذا لم توقع على هذا النموذج ما لم تكن موافقتك لازمة لتحديد أهليتك. إذا لم توقع على هذا النموذج، يجوز لـ DCYF الاستمرار في مشاركة المعلومات الخاصة بك إلى الحد الذي يسمح به القانون. إذا كانت لديك تساؤلات حول كيفية مشاركة DCYF لمعلومات العميل السرية أو حقوق الخصوصية الخاصة بك، يرجى مراجعة إشعار DCYF الخاص بممارسات الخصوصية أو سؤال الشخص الذي يقدم لك هذا النموذج.

القسم 1: معلومات العميل

| | | | |
|---------|---------------|--------------------------|---------------|
| الاسم | تاريخ الميلاد | رقم الحالة أو رقم الهوية | رقم الهاتف |
| العنوان | المدينة | الولاية | الرمز البريدي |

معلومات أخرى:

القسم 2: الموافقة

أوافق على استخدام المعلومات السرية الخاصة بي والإفصاح عنها داخل DCYF ومع الجهات المذكورة أدناه لتنسيق الخدمات والعلاج والدفع والإعانات المتاحة لي أو لأغراض الأخرى التي يصرح بها القانون. يمكن تبادل المعلومات شفهيًا أو كتابيًا.

يرجى التحقق من كل من تم تضمينهم في هذه الموافقة أدناه بالإضافة إلى DCYF وذكر أسمائهم وعناوينهم:

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | مقدمو الرعاية الصحية: |
| <input type="checkbox"/> | مقدمو رعاية الصحة العقلية: |
| <input type="checkbox"/> | مقدمو خدمة تعاطي المواد المخدرة: |
| <input type="checkbox"/> | القبائل: |
| <input type="checkbox"/> | المناطق التعليمية أو الكليات: |
| <input type="checkbox"/> | Social Security Administration (إدارة الضمان الاجتماعي) أو أي وكالة فيدرالية أخرى:: |
| <input type="checkbox"/> | انظر القائمة المرفقة |
| <input type="checkbox"/> | آخرون (على سبيل المثال: مقدمو الخدمة المتعاقدون مع DCYF أو الوكالات الحكومية الأخرى): |

أفوض وأوافق على مشاركة السجلات والمعلومات التالية (تحقق من كل ما ينطبق):

| | | | | | |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | جميع سجلات العميل الخاص بي | <input type="checkbox"/> | معلومات الرعاية الصحية | <input type="checkbox"/> | سجلات الدفع |
| <input type="checkbox"/> | السجلات في القائمة المرفقة | <input type="checkbox"/> | خطط العلاج أو الرعاية | <input type="checkbox"/> | التاريخ العائلي والاجتماعي والتوظيفي |
| <input type="checkbox"/> | السجلات التالية فقط | <input type="checkbox"/> | الأصول الفردية | <input type="checkbox"/> | المدرسة والتعليم والتدريب |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | أخرى _____ | <input type="checkbox"/> | |

إذا كانت سجلات العميل الخاصة بك تتضمن أيًا من المعلومات التالية، يجب عليك أيضًا إكمال هذا القسم لتضمين هذه السجلات.

الصحة النفسية نتائج اختبار مسببات الأمراض المنقولة بالدم أو التشخيص أو العلا خدمات Substance Use Disorder (اضطراب تعاطي المواد المخدرة) (SUD)

القسم 3: التوقيعات

- هذه الموافقة سارية لمدة عام واحد طالما أن DCYF بحاجة إلى سجلات، أو حتى (تاريخ محدد أو وقوع حدث معين).
- يجوز لي إلغاء هذه الموافقة أو سحبها في أي وقت كتابيًا، إلا أن هذا لن يؤثر ذلك على أي معلومات تمت مشاركتها بالفعل.
 - أنا أفهم أن السجلات التي تمت مشاركتها بموجب هذه الموافقة قد لا تكون محمية بموجب القوانين التي تنطبق على DCYF.
 - تُخصص نسخة من هذا النموذج صالحة لمنح إذني لمشاركة السجلات.

| | | | | |
|---------|---|---------|---|---------|
| التوقيع | توقيع الوالد/الوصي أو الممثل الآخر | التاريخ | توقيع جهة الاتصال/الشاهد | التاريخ |
| | رقم هاتف الوالد/الوصي أو الممثل الآخر (حسب الاقتضاء) | التاريخ | رقم هاتف الوالد/الوصي أو الممثل الآخر (حسب الاقتضاء) | التاريخ |

إذا لم أكن الشخص المعنى بالسجلات، فأنا مفوض للتوقيع لأنني (مرفق دليل التفويض):
 الوالد الوصي القانوني (مرفق أمر المحكمة) ممثل شخصي آخر

إشعار للجهات المتلقية لهذه المعلومات: إذا كانت هذه السجلات تحتوي على معلومات حول مسببات الأمراض المنقولة بالدم، فلا يجوز لك الإفصاح عن هذه المعلومات مرة أخرى دون الحصول على إذن محدد من العميل. في حال تلقيت معلومات ذات صلة بتعاطي المخدرات أو الكحول من قبل العميل، فيجب عليك تضمين البيان التالي عند الإفصاح عن مزيد من المعلومات على النحو المحدد بموجب المادة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية (CFR) البند 2.32: "تم الإفصاح عن هذه المعلومات لك من السجلات المحمية بقواعد السرية الفيدرالية (المادة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية (CFR) الجزء 2). تمنع القواعد الفيدرالية من الإفصاح المزيد عن هذه المعلومات ما لم يتم السماح لك بالإفصاح عنها صراحةً بموجب موافقة كتابية من الشخص صاحب المعلومات أو على النحو المسموح به بموجب المادة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية (CFR)، الجزء 2. ولا يكفي لهذا الغرض وجود تفويض عام للإفصاح عن المعلومات الطبية أو غيرها من المعلومات. تقيد القواعد الفيدرالية أي استخدام للمعلومات على التحقيق الجنائي أو مقاضاة أي مريض يتعاطى الكحول أو المخدرات."

تعليمات لاستكمال استمارة الموافقة

الغرض: استخدم هذا النموذج عندما تحتاج إلى موافقة لاستخدام المعلومات السرية الخاصة بعميل لدى DCYF على أساس مستمر أو الإفصاح عن تلك المعلومات لوكالات أخرى لتنسيق الخدمات أو للعلاج أو الدفع أو عمليات الوكالة أو لأغراض أخرى يقرها القانون. العملاء هم أشخاص يحصلون على إعانات أو خدمات من DCYF.

الاستخدام: املاً هذا النموذج إلكترونياً إن أمكن لتسهيل القراءة، يجب إكمال نموذج منفصل لكل شخص، بما في ذلك الأطفال. تشير كلمة "أنت" في التعليمات إلى موظف DCYF وتشير كلمة "أنت" في النموذج إلى العميل. تتضمن مشاركة السجلات استخدام المعلومات السرية الخاصة بالعميل والإفصاح عنها.

أجزاء من النموذج:

التعريف:

- **الإسم:** اكتب اسم عميل واحد فقط في كل نموذج. قم بإضافة أي أسماء سابقة ربما استخدمها العميل عند تلقي الخدمات.
- **تاريخ الميلاد:** يلزم التعرف على العميل من بين الأشخاص المتشابه أسمائهم.
- **رقم التعريف:** اكتب رقم تعريف العميل أو معرف آخر مثل social security number (رقم الضمان الاجتماعي) (غير مطلوب) للمساعدة في تحديد السجلات وتتبع التاريخ والخدمات المتلقاة.
- **العنوان ورقم الهاتف:** معلومات إضافية تساعد في تحديد مكان العميل والتعرف عليه أو الاتصال به.
- **معلومات أخرى:** قم بتضمين أي معلومات إضافية قد تساعد في تحديد موقع السجلات التي قد تتضمن بعض إدارات DCYF المشاركة في الخدمات أو أسماء أفراد العائلة أو أي معلومات أخرى ذات صلة في هذا المربع.

الموافقة (التفويض):

- **الوكالات أو الأشخاص الذين يتبادلون السجلات:** يسمح إكمال العميل لهذا النموذج باستخدام ومشاركة المعلومات السرية داخل DCYF بالكامل. ستتمكن DCYF من الإفصاح عن المعلومات السرية واستلامها من الوكالات الخارجية أو الأشخاص المذكورين. قدم معلومات تعريفية عن الوكالات أو مقدمي الخدمات، بما في ذلك الاسم أو العنوان أو الموقع إن أمكن. يمكنك أيضاً إرفاق قائمة بالوكالات المسموح لها بمشاركة المعلومات التي يجب على العميل أيضاً التوقيع عليها.
- **المعلومات المتضمنة:** يجب على العملاء تحديد السجلات التي تشملها الموافقة. يجوز للعملاء إتاحة جميع السجلات أو تقييد السجلات المضمنة حسب التاريخ أو النوع أو مصدر السجل. إذا لم يوقع العميل على الموافقة أو لم يحدد سجلاً معيناً، فسيبقى مسموحاً بمشاركة هذا السجل إذا سمح القانون بذلك. يمكنك إرفاق قائمة من السجلات التي تشملها الموافقة والتي يجب على العميل أيضاً التوقيع عليها. إذا تضمنت أي سجلات معلومات ذات صلة بالصحة العقلية (بموجب قانون الفرصة العادلة (RCW)، البند 71.34.500 و 71.34.510 و 71.34.530) أو اختيار أو علاج HIV/AIDS أو STD (بموجب قانون الفرصة العادلة بولاية واشنطن (RCW)، البند 70.02.220) أو خدمات المخدرات والكحول (المادة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية (CFR) البند 2.31 (أ) (5))، يجب على العميل تحديد هذه البنود على وجه التحديد لمنح الإذن بمشاركة هذه السجلات. هذا النموذج غير صالح لتضمين ملاحظات العلاج النفسي بموجب المادة 45 من قانون اللوائح الفيدرالية البند 164.508 (ب)(3) (ثانياً)، ويجب إكمال نموذج منفصل لتضمين تلك السجلات.
- **المدّة:** قم بإضافة تاريخ انتهاء سريان الموافقة التي تخدم أغراض برنامجك أو وفقاً لما ينص عليه القانون.
- **الفهم:** تأكد من أن العميل يفهم معنى الإذن الممنوح وكيف ولماذا ستتم مشاركة المعلومات. إذا لزم الأمر، استخدم نموذجاً مترجماً ومترجماً شفهيّاً أو اقرأ النموذج بصوت عالٍ. إذا كان العميل بحاجة إلى مزيد من المعلومات، وفر له نسخة إضافية من إشعار DCYF الخاص بممارسات الخصوصية أو قم بإحالة العميل إلى مسؤول الإفصاح العلني عن وحدتك.

التوقيعات:

- **العميل:** إذا كنت عميلاً أو طفلاً فوق سن الرشد (13 لخدمات الصحة العقلية والمخدرات والكحول؛ 14 لـ HIV/AIDS والأمراض الأخرى المنقولة جنسياً؛ أي سن لتحديد النسل والإجهاض؛ 18 للرعاية الصحية والسجلات الأخرى)، يرجى التوقيع على هذا المربع وكتابة تاريخ التوقيع. يجوز للعميل استبدال علامة في هذا المربع الذي توقع فيه كشاهد.
- **جهة اتصال الوكالة أو الشاهد:** ستوقع داخل هذا المربع إذا كنت الشخص الذي يعرض النموذج للعميل ويشرح له. يرجى إضافة رقم هاتفك. إذا كان العميل سيوقع النموذج بعيداً عن موقع العمل، اطلب من العميل إحضار شاهد للتوقيع داخل المربع وتقديم رقم هاتفك. يجوز اعتبار كاتب العدل بمثابة شاهد على توقيع العميل.

الوالد أو الممثل الأخر: إذا كان العميل طفلاً دون سن الرشد، يلزم على الوالد أو الوصي التوقيع. إذا لم يستوف الطفل شرط سن الموافقة على مشاركة جميع السجلات، يلزم على كل من الطفل والوالد التوقيع. إذا تم الإعلان عن أن العميل غير مؤهل قانونياً، يلزم على الوصي المعين من قبل المحكمة التوقيع وتقديم نسخة من أمر التعيين. إذا قام شخص ما بالتوقيع بصفة أخرى (على سبيل المثال؛ الشخص الذي لديه وكالة قانونية أو ممثل التركة)، ضع علامة "أخرى" واحصل على نسخة من السلطة القانونية للتصرف. يجب على الشخص الموقع تحديد تاريخ التوقيع وتقديم رقم الهاتف أو معلومات الاتصال.