

Consentement pour la divulgation d'informations

Consent for Release of Information

Avis aux clients : En signant ce formulaire, vous autorisez le DCYF et les agences et personnes indiquées ci-dessous à utiliser et partager des données confidentielles à votre sujet. Le DSHS ne peut vous refuser des prestations si vous ne signez pas ce formulaire, à moins que votre autorisation ne soit requise en vue de déterminer l'admissibilité. Si vous ne signez pas ce formulaire, le DCYF peut tout de même partager certaines données à votre sujet dans la mesure autorisée par la loi. Si vous avez des questions concernant la façon dont le DSHS partage les données confidentielles des clients et sur vos droits en matière de confidentialité, veuillez consulter l'Avis sur les pratiques de confidentialité du DCYF ou adressez-vous à la personne qui vous a remis ce formulaire.

Section 1 : Identification du client

NOM	DATE DE NAISSANCE	NUMÉRO D'IDENTIFICATION	TÉLÉPHONE
ADRESSE	VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL
AUTRES INFORMATIONS :			

Section 2 : Consentement

J'accepte l'utilisation et la divulgation de données confidentielles à mon sujet au sein du DCYF et avec les entités indiquées ci-dessous en vue de coordonner des services, traitements, paiements et prestations pour moi ou à d'autres fins autorisées par la loi. Les renseignements peuvent être partagés de manière orale ou écrite.

Veuillez cocher toutes les entités ci-dessous incluses dans le présent consentement en plus du DCYF et identifiez-les par nom et adresse :

<input type="checkbox"/>	Fournisseurs de soins de santé :
<input type="checkbox"/>	Fournisseurs de soins de santé mentale :
<input type="checkbox"/>	Fournisseurs de services relatifs à la toxicomanie :
<input type="checkbox"/>	Tribus :
<input type="checkbox"/>	Districts scolaires ou établissements d'enseignement supérieur :
<input type="checkbox"/>	Administration de la sécurité sociale ou autre agence fédérale :
<input type="checkbox"/>	Voir liste en pièce jointe
<input type="checkbox"/>	Autre (y compris les prestataires sous-traitants du DCYF et d'autres agences de l'État) :

J'autorise et accepte le partage des dossiers et renseignements suivants (veuillez cocher toutes les cases pertinentes) :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tous mes dossiers de client | <input type="checkbox"/> Informations de santé | <input type="checkbox"/> Dossiers de paiement |
| <input type="checkbox"/> Dossiers indiqués sur la liste en pièce jointe | <input type="checkbox"/> Traitements ou régimes de soins | <input type="checkbox"/> Historique familial, social ou professionnel |
| <input type="checkbox"/> Les dossiers suivants seulement | <input type="checkbox"/> Biens personnels | <input type="checkbox"/> Scolarité, enseignement et formation |
| | | <input type="checkbox"/> Autre _____ |

Si vos dossiers de client incluent n'importe lequel des renseignements suivants, vous devez également remplir la section ci-dessous en vue d'inclure lesdits dossiers.

- Santé mentale
 Résultats de test, diagnostic ou traitement pour agents pathogènes transmissibles par le sang
 Services relatifs à la toxicomanie

Section 3 : Signatures

Ce consentement est valable pendant un an tant que le DCYF a besoin de dossiers, ou jusqu'au _____ (date ou événement).

- Je peux révoquer ou retirer mon consentement par écrit à tout moment, mais cela n'aura aucun effet sur les renseignements déjà divulgués.
- Je comprends qu'il est possible que mes dossiers divulgués en vertu du présent consentement ne soient plus protégés par les lois qui s'appliquent au DCYF.
- Une copie de ce formulaire peut autoriser la divulgation des dossiers.

Signature	Date	Signature du contact de l'agence/témoin	Date
Signature du parent/tuteur ou d'un autre représentant (le cas échéant)	Date	Téléphone du parent/tuteur ou d'un autre représentant (le cas échéant)	

Je ne suis pas la personne sur qui portent ces dossiers, mais je suis autorisé(e) à signer car je suis : (joindre une preuve d'autorité)

- Parent
 Tuteur légal (joindre une ordonnance du tribunal)
 Représentant personnel
 Autre _____

Avis destiné aux destinataires des informations : Si ces dossiers contiennent des renseignements sur des agents pathogènes transmissibles par le sang, vous n'avez pas le droit de divulguer à votre tour ces derniers sans recevoir l'autorisation spécifique du client. Si vous avez reçu des renseignements en lien à la consommation d'alcool ou de drogue du client, vous devez inclure la déclaration suivante au moment de divulguer les renseignements, comme requis par CFR 42 2.32 : « Ces renseignements vous ont été divulgués à partir de dossiers protégés par les règles fédérales sur la confidentialité (CFR 42 partie 2). Les règles fédérales vous interdisent de divulguer plus avant ces renseignements à moins que cela ne soit expressément permis par le consentement écrit de la personne à qui ils se rapportent ou par le CFR 42 partie 2. Une autorisation générale de divulgation de renseignements médicaux ou autres n'est pas suffisante à cette fin. Les règles fédérales restreignent toute utilisation de ces renseignements à des fins d'une enquête criminelle ou de poursuite en justice de tout patient souffrant d'abus de drogue ou d'alcool. »

DIRECTIVES DU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Object : Utilisez ce formulaire lorsque vous avez besoin d'un consentement pour utiliser des données confidentielles concernant un client de façon continue au sein du DCYF ou pour divulguer ces données à d'autres agences en vue de coordonner les services, pour un traitement, un paiement ou les activités de l'agence, ou pour tout autre motif reconnu par la loi. Les clients sont les personnes qui bénéficient des prestations ou des services du DCYF.

Utilisation : Remplissez ce formulaire de manière électronique si possible afin de simplifier la lecture, **un formulaire à part doit être rempli pour chaque personne, y compris les enfants.** Dans les instructions, le terme « vous » désigne l'employé(e) du DCYF et dans le formulaire, le terme « vous » désigne le client. La divulgation des dossiers inclut l'utilisation et la divulgation de données confidentielles au sujet d'un client.

Parties du formulaire :

IDENTIFICATION :

- Nom : N'indiquez le nom que d'un seul client par formulaire. Indiquez tout ancien nom que le client peut avoir utilisé pour bénéficier de services.
- Date de naissance : Nécessaire pour distinguer le client des personnes portant un nom similaire.
- Numéro d'identification : Indiquez un numéro d'identification du client ou un autre identifiant, comme le numéro de sécurité sociale (facultatif), pour faciliter l'identification des dossiers et trouver l'historique et les services.
- Adresse et numéro de téléphone : Renseignements supplémentaires qui aident à trouver, identifier ou contacter le client.
- Autre : Dans ce cadre, indiquez toute information supplémentaire susceptible d'aider à trouver les dossiers pouvant inclure des éléments où le DCYF a été impliqué, comme des services, noms de membres de la famille ou d'autres informations pertinentes.

CONSENTEMENT (AUTORISATION) :

- Agences ou personnes échangeant les dossiers : En remplissant ce formulaire, le client autorise l'utilisation et le partage des données confidentielles au sein de l'ensemble du DCYF. Le DCYF aura le droit de divulguer et de recevoir des données confidentielles de la part des agences et personnes externes indiquées. Fournissez des informations permettant d'identifier les agences ou fournisseurs, comme le nom, l'adresse ou l'endroit, si possible. Vous pouvez aussi joindre une liste d'agences autorisées à partager les informations, que le client devra aussi signer.
- Informations concernées : Les clients doivent indiquer les dossiers concernés par le consentement. Les clients peuvent rendre tous les dossiers disponibles ou limiter certains dossiers en fonction de leur date, type ou source. Si un client ne signe pas un consentement ou ne précise pas un dossier spécifique, le partage dudit dossier sera tout de même autorisé si la loi l'autorise. Vous pouvez aussi joindre une liste de dossiers concernés, que le client devra aussi signer. Si certains des dossiers comprennent des informations relatives à la santé mentale (RCW 71.34.500, 71.34.510 et 71.34.530), des tests de VIH/SIDA ou de MTS (RCW 70.02.220), ou des services relatifs à la toxicomanie (42 CFR 2.31(a)(5)), le client doit indiquer spécifiquement ces domaines afin d'autoriser le partage de ces dossiers. En vertu du 45 CFR 164.508(b)(3)(ii), ce formulaire n'est pas valable pour inclure les notes de psychothérapie, et un autre formulaire doit être rempli afin d'inclure ces dossiers.
- Durée : Indiquez une date d'expiration du consentement correspondant aux besoins de votre programme, ou conformément à la loi.
- Compréhension : Assurez-vous que le client comprend bien l'autorisation qu'il accorde, et comment et pourquoi les renseignements seront divulgués. Si nécessaire, utilisez un formulaire traduit et un interprète, ou lisez le formulaire à voix haute. Si le client a besoin de plus d'informations, fournissez-lui un exemplaire de l'Avis sur les pratiques de confidentialité du DCYF ou envoyez-le auprès de l'agent en charge des divulgations publiques de votre unité.

SIGNATURES :

- Client : Faites signer et dater ce formulaire par le client ou un enfant ayant passé l'âge du consentement (13 ans pour les services touchant à la santé mentale et à la consommation de drogues et d'alcool ; 14 ans pour ceux touchant au VIH/SIDA ou autres MTS ; n'importe quel âge pour la contraception et les avortements ; 18 ans pour les dossiers de santé ou autres). Le client peut simplement parapher ce champ si vous êtes témoin.
- Contact d'agence ou témoin : Vous signerez ce champ si vous êtes la personne qui a présenté et expliqué ce formulaire au client. Veuillez inclure votre numéro de téléphone. Si le client signe ce formulaire en dehors d'un site professionnel, indiquez au client de demander à un témoin de contre-signer dans ce champ et de fournir un numéro de téléphone. Un notaire public peut faire office de témoin de la signature d'un client.

Parent ou autre représentant : Si le client est un enfant qui n'a pas encore l'âge du consentement, un parent ou tuteur doit signer le formulaire. Si l'enfant n'a pas l'âge du consentement pour tous les dossiers à divulguer, l'enfant et le parent devront tous deux signer le formulaire. Si le client a été jugé légalement inapte, le tuteur désigné par le tribunal doit signer le formulaire et fournir une copie de l'ordonnance de nomination. Si une autre personne signe à un autre titre (y compris une personne ayant procuration ou un représentant successoral), cochez « Autre » et procurez-vous une copie du document d'autorité juridique. La personne qui signe doit dater la signature et fournir un numéro de téléphone ou des coordonnées.