

ગ્રાહકોને સૂચના: આ ફોર્મ પર હસ્તાક્ષર કરીને, તમે DCYF અને નીચે સૂચિબદ્ધ એજન્સીઓ અને વ્યક્તિઓને તમારા વિશેની ગોપનીય માહિતીનો ઉપયોગ કરવા અને શેર કરવાની પરવાનગી આપો છો. જો તમે આ ફોર્મ પર હસ્તાક્ષર ન કરો તો DCYF તમારા લાભોનો ઇનકાર કરી શકશે નહીં સિવાય કે તમારી યોગ્યતા નક્કી કરવા માટે તમારી સંમતિ જરૂરી હોય. જો તમે આ ફોર્મ પર હસ્તાક્ષર ન કરો, તો DCYF કાયદા દ્વારા માન્ય હદ સુધી તમારા વિશેની માહિતી શેર કરી શકે છે. જો તમને DCYF ગ્રાહકની ગોપનીય માહિતી અથવા તમારા ગોપનીયતા અધિકારોને કેવી રીતે શેર કરે છે તે વિશે પ્રશ્નો હોય, તો કૃપા કરીને DCYF Notice of Privacy Practices (ગોપનીયતા વ્યવહારની સૂચના) નો સંપર્ક કરો અથવા તમને આ ફોર્મ આપનાર વ્યક્તિને પૂછો.

વિભાગ 1: ગ્રાહક ઓળખ

નામ	જન્મ તારીખ	ઓળખ નંબર	ફોન નંબર:
સરનામું અન્ય માહિતી:	શહેર	રાજ્ય	ઝીપ

વિભાગ 2: સંમતિ

હું મારા માટે અથવા કાયદા દ્વારા અધિકૃત અન્ય હેતુઓ માટે સેવાઓ, સારવાર, યુકવણીઓ અને લાભોનું સંકલન કરવા માટે DCYF ની અંદર અને નીચે સૂચિબદ્ધ લોકો સાથે મારા વિશેની ગુપ્ત માહિતીના ઉપયોગ અને જાહેરાત માટે સંમતિ આપું છું. માહિતી મૌખિક અથવા લેખિતમાં શેર કરી શકાય છે.

કૃપા કરીને DCYF ઉપરાંત નીચેના તમામને ચકાસો કે જેઓ આ સંમતિમાં સામેલ છે અને તેમને નામ અને સરનામાં દ્વારા ઓળખો:

<input type="checkbox"/>	આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતાઓ:
<input type="checkbox"/>	માનસિક આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતાઓ:
<input type="checkbox"/>	પદાર્થ ઉપયોગ સેવા પ્રદાતાઓ:
<input type="checkbox"/>	જનજાતિઓ:
<input type="checkbox"/>	શાળા જિલ્લાઓ અથવા કોલેજો:
<input type="checkbox"/>	Social Security Administration (સામાજિક સુરક્ષા વહીવટ) અથવા અન્ય ફેડરલ એજન્સી:
<input type="checkbox"/>	જોડાયેલ યાદી જુઓ
<input type="checkbox"/>	અન્ય (DCYF કરાર પ્રદાતાઓ અથવા અન્ય રાજ્ય એજન્સીઓ સહિત):

હું નીચેના રેકોર્ડ્સ અને માહિતી શેર કરવા માટે અધિકૃત અને સંમતિ આપું છું (તે તમામને ટિક કરો જે લાગુ પડે છે તે ચકાસો):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> મારા બધા ગ્રાહક રેકોર્ડ્સ | <input type="checkbox"/> આરોગ્યસંભાળ માહિતી | <input type="checkbox"/> યુકવણી રેકોર્ડ્સ |
| <input type="checkbox"/> જોડાયેલ યાદી પર રેકોર્ડ્સ | <input type="checkbox"/> સારવાર અથવા સંભાળ યોજનાઓ | <input type="checkbox"/> કૌટુંબિક, સામાજિક અને રોજગાર ઇતિહાસ |
| <input type="checkbox"/> ફક્ત નીચેના રેકોર્ડ્સ | <input type="checkbox"/> વ્યક્તિગત સંપત્તિ | <input type="checkbox"/> શાળા, શિક્ષણ અને તાલીમ |
| | | <input type="checkbox"/> અન્ય _____ |

જો તમારા ગ્રાહક રેકોર્ડ્સમાં નીચેની કોઈપણ માહિતીનો સમાવેશ થાય છે, તો તમારે આ રેકોર્ડ્સનો સમાવેશ કરવા માટે આ વિભાગ પણ પૂર્ણ કરવો આવશ્યક છે.

- માનસિક સ્વાસ્થ્ય રક્તજન્ય પેથોજેન્સ પરીક્ષણ પરિણામો, નિદાન અથવા સારવાર Substance Use Disorder (સબસ્ટન્સ યુઝ ડિસઓર્ડર, SUD) સેવાઓ

વિભાગ 3: સહીઓ

આ સંમતિ એક વર્ષ માટે માન્ય છે જ્યાં સુધી DCYF ને રેકોર્ડની જરૂર હોય અથવા _____ (તારીખ અથવા ઘટના) સુધી.

- હું લેખિતમાં કોઈપણ સમયે આ સંમતિ રદ કરી શકું છું અથવા પાછી ખેંચી શકું છું, પરંતુ તે પહેલાથી શેર કરેલી કોઈપણ માહિતીને અસર કરશે નહીં.
- હું સમજું છું કે આ સંમતિ હેઠળ શેર કરાયેલા રેકોર્ડ્સ હવે DCYF પર લાગુ થતા કાયદાઓ હેઠળ સુરક્ષિત રહેશે નહીં.
- આ ફોર્મની નકલ મારી રેકોર્ડ શેર કરવાની પરવાનગી આપવા માટે માન્ય છે.

સહી	તારીખ	એજન્સીનો સંપર્ક/સાક્ષીની સહી	તારીખ
માતાપિતા/વાલી અથવા અન્ય પ્રતિનિધિની સહી (જો લાગુ હોય)	તારીખ	માતાપિતા/વાલી અથવા અન્ય પ્રતિનિધિનો ફોન નંબર (જો લાગુ હોય)	

જો હું રેકોર્ડનો વિષય ન હોઉં, તો હું સહી કરવા માટે અધિકૃત છું કારણ કે હું છું (અધિકૃતાનો પુરાવો જોડો):

- માતાપિતા કાનૂની વાલી (કોર્ટનો આદેશ જોડો) વ્યક્તિગત પ્રતિનિધિ અન્ય _____

માહિતી પ્રાપ્તકર્તાઓને સૂચના: જો આ રેકોર્ડ્સમાં રક્તજન્ય રોગાણુઓ વિશેની માહિતી હોય, તો તમે ગ્રાહકની ચોક્કસ પરવાનગી વિના તે માહિતીને વધુ જાહેર કરી શકશો નહીં. જો તમને ગ્રાહક દ્વારા ફગ અથવા આલ્કોહોલના દુરુપયોગને લગતી માહિતી પ્રાપ્ત થઈ હોય, તો તમારે 42 CFR 2.32 દ્વારા જરૂરી માહિતીને વધુ જાહેર કરતી વખતે નીચેનું નિવેદન સામેલ કરવું આવશ્યક છે: "આ માહિતી ફેડરલ ગોપનીયતા નિયમો (42 CFR ભાગ 2) દ્વારા સુરક્ષિત રેકોર્ડ્સમાંથી તમને જાહેર કરવામાં આવી છે. ફેડરલ નિયમો તમને આ માહિતીનો વધુ ખુલાસો કરવા પર પ્રતિબંધ મૂકે છે, સિવાય કે તે જે વ્યક્તિને સંબંધિત હોય અથવા 42 CFR ભાગ 2 દ્વારા અન્યથા મંજૂરી આપવામાં આવી હોય તેવી વ્યક્તિની લેખિત સંમતિ દ્વારા વધુ જાહેરાતની સ્પષ્ટ મંજૂરી આપવામાં ન આવે. તબીબી અથવા અન્ય માહિતીના પ્રકાશન માટે સામાન્ય અધિકૃતતા આ હેતુ માટે પૂરતી નથી. ફેડરલ નિયમો કોઈપણ આલ્કોહોલ અથવા ફગના દુરુપયોગના દર્દીની શોજદારી તપાસ અથવા કાર્યવાહી કરવા માટે માહિતીના કોઈપણ ઉપયોગને પ્રતિબંધિત કરે છે."

સંમતિ ફોર્મ પૂર્ણ કરવા માટેની સૂચનાઓ

હેતુ: જ્યારે તમને DCYF ની અંદર ગ્રાહક વિશે સતત ધોરણે ગોપનીય માહિતીનો ઉપયોગ કરવાની અથવા સેવાઓનું સંકલન કરવા અથવા સારવાર, ચુકવણી અથવા એજન્સીની કામગીરી માટે અથવા કાયદા દ્વારા માન્યતા પ્રાપ્ત અન્ય હેતુઓ માટે અન્ય એજન્સીઓને તે માહિતી જાહેર કરવા માટે સંમતિની જરૂર હોય ત્યારે આ ફોર્મનો કરો. ગ્રાહકો DCYF તરફથી લાભ અથવા સેવાઓ પ્રાપ્ત કરતી વ્યક્તિઓ છે.

ઉપયોગ: વાંચનમાં સરળતા માટે શક્ય હોય તો ઇલેક્ટ્રોનિક રીતે આ ફોર્મ ભરો, બાળકો સહિત દરેક વ્યક્તિ માટે એક અલગ ફોર્મ પૂર્ણ કરવું આવશ્યક છે. સૂચનાઓમાં "તમે" DCYF કર્મચારીનો ઉલ્લેખ કરે છે અને ફોર્મ પરના "તમે" ગ્રાહકનો સંદર્ભ આપે છે. રેકોર્ડ્સની વહેંચણીમાં ગ્રાહક વિશેની ગુપ્ત માહિતીના ઉપયોગ અને જાહેરાતનો સમાવેશ થાય છે.

ફોર્મના ભાગો:

ઓળખ:

- **નામ:** દરેક ફોર્મ પર ફક્ત એક જ ગ્રાહકનું નામ પ્રદાન કરો. સેવા પ્રાપ્ત કરતી વખતે ગ્રાહકે ઉપયોગ કર્યો હોય તેવા કોઈપણ ભૂતપૂર્વ નામોનો સમાવેશ કરો.
- **જન્મ તારીખ:** સમાન નામ ધરાવતી વ્યક્તિઓમાંથી ગ્રાહકને ઓળખવાની જરૂર છે.
- **ઓળખ નંબર:** રેકોર્ડ્સને ઓળખવા અને પ્રાપ્ત થયેલા ઇતિહાસ અને સેવાઓ પર નજર રાખવામાં મદદ કરવા માટે ક્લાયન્ટ ઓળખ નંબર અથવા અન્ય ઓળખકર્તા જેવા કે સામાજિક સુરક્ષા નંબર (જરૂરી નથી) પૂરા પાડો.
- **સરનામું અને ટેલિફોન:** વધારાની માહિતી જે ગ્રાહકને શોધી કાઢવામાં અને ઓળખવામાં કે સંપર્ક કરવામાં મદદરૂપ થશે.
- **અન્ય:** આ બોક્સમાં એવી કોઈ પણ વધારાની માહિતી સામેલ કરો કે જે રેકોર્ડ્સ શોધવામાં મદદ કરી શકે જેમાં સેવાઓ સાથે સંકળાયેલા DCYF ના ભાગો, પરિવારના સભ્યોના નામ, અથવા અન્ય સંબંધિત માહિતીનો સમાવેશ થઈ શકે.

સંમતિ (અધિકૃતતા):

- **એજન્સીઓ અથવા રેકોર્ડ્સની આપ-લે કરતી વ્યક્તિઓ:** ગ્રાહક દ્વારા આ ફોર્મ પૂર્ણ થવાથી તમામ DCYF ની અંદર ગોપનીય માહિતીનો ઉપયોગ અને શેર કરવાની મંજૂરી મળે છે. DCYF બહારની એજન્સીઓ અથવા સૂચિબદ્ધ વ્યક્તિઓ પાસેથી ગુપ્ત માહિતી જાહેર કરવા અને પ્રાપ્ત કરવા માટે સક્ષમ હશે. જો શક્ય હોય તો નામ, સરનામું અથવા સ્થળ સહિતની એજન્સીઓ અથવા પ્રદાતાઓ વિશેની ઓળખની માહિતી પૂરી પાડો. તમે માહિતી શેર કરવા માટે માન્ય એજન્સીઓની સૂચિ પણ જોડી શકો છો, જેના પર ગ્રાહકે પણ સહી કરવી આવશ્યક છે.
- **આમાં સમાવિષ્ટ માહિતી:** ગ્રાહકે એ જણાવવું ફરજિયાત છે કે કયા રેકોર્ડ્સને સંમતિ દ્વારા આવરી લેવામાં આવ્યા છે. ગ્રાહક તમામ રેકોર્ડ્સ ઉપલબ્ધ કરી શકે છે અથવા તારીખ, પ્રકાર અથવા રેકોર્ડના સ્ત્રોત દ્વારા સમાવિષ્ટ રેકોર્ડ્સને મર્યાદિત કરી શકે છે. જો ગ્રાહક સંમતિ પર હસ્તાક્ષર ન કરે અથવા ચોક્કસ રેકોર્ડનો ઉલ્લેખ ન કરે, તો કાયદા દ્વારા મંજૂરી આપવામાં આવે તો હજી પણ તે રેકોર્ડને શેર કરવાની મંજૂરી આપવામાં આવશે. તમે આવરી લેવાયેલા રેકોર્ડ્સની સૂચિ જોડી શકો છો, જેના પર ગ્રાહકે પણ સહી કરવી આવશ્યક છે. જો કોઈ રેકોર્ડમાં માનસિક સ્વાસ્થ્ય (RCW 71.34.500, 71.34.510 અને 71.34.530), HIV/AIDS અથવા STD પરીક્ષણ અથવા સારવાર (RCW 70.02.220), અથવા ડ્રગ અને આલ્કોહોલ સેવાઓ (42 CFR 2.31(a)(5)) ને લગતી માહિતી સામેલ હોય તો, ગ્રાહકે આ રેકોર્ડ્સને શેર કરવાની પરવાનગી આપવા માટે ખાસ કરીને આ ક્ષેત્રોને ચિહ્નિત કરવું આવશ્યક છે. આ ફોર્મ 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) હેઠળ મનોરોગ ચિકિત્સા નોંધોનો સમાવેશ કરવા માટે માન્ય નથી અને તે રેકોર્ડ્સનો સમાવેશ કરવા માટે એક અલગ ફોર્મ ભરવું આવશ્યક છે.
- **સમયગાળો:** તમારા પ્રોગ્રામના હેતુઓને પૂર્ણ કરતી અથવા કાયદા દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવેલી સંમતિ માટે સમાપ્તિની તારીખને સામેલ કરો.
- **સમજણ:** ખાતરી કરો કે ગ્રાહક સમજે છે કે કઈ મંજૂરી આપવામાં આવી રહી છે અને કેવી રીતે તથા શા માટે માહિતીની આપ-લે કરવામાં આવશે. જો જરૂર પડે, તો અનુવાદિત ફોર્મ અને દુભાષિયાનો ઉપયોગ કરો અથવા મોટેથી ફોર્મ વાંચો. જો ગ્રાહકને વધુ માહિતીની જરૂર હોય, તો DCYF Notice of Privacy Practices (ગોપનીયતા વ્યવહારની સૂચના) ની વધારાની નકલ પ્રદાન કરો અથવા તમારા યુનિટ માટે ગ્રાહકને પબ્લિક ડિસ્ક્લોઝર ઓફિસરનો સંદર્ભ આપો.

સહી:

- **ગ્રાહક:** ગ્રાહક અથવા સંમતિથી વધુ ઉંમરના બાળક (માનસિક સ્વાસ્થ્ય અને ડ્રગ તથા આલ્કોહોલ સેવાઓ માટે 13; HIV/AIDS અને અન્ય STD માટે 14; જન્મ નિયંત્રણ અને ગર્ભપાત માટે કોઈપણ ઉંમર; આરોગ્ય સંભાળ અને અન્ય રેકોર્ડ માટે 18) પાસે આ બોક્સ પર સહી કરાવો અને સહીની તારીખ દાખલ કરો. ગ્રાહક આ બોક્સમાં એક ચિહ્ન બદલી શકે છે કે જેના તમે સાક્ષી છો.
- **એજન્સીનો સંપર્ક અથવા સાક્ષી:** જો તમે ગ્રાહકને આ ફોર્મ રજૂ કરતા અને સમજાવતા હો તો તમે આ બોક્સમાં સહી કરશો. કૃપા કરીને તમારો ટેલિફોન નંબર સામેલ કરો. જો ગ્રાહક બિઝનેસ સાઇટથી દૂર ફોર્મ પર સહી કરશે, તો ગ્રાહકને આ બ્લોકમાં સાક્ષીની સહી કરાવવા અને ટેલિફોન નંબર આપવા માટે સૂચના આપો. નોટરી જાહેર ગ્રાહકની સહીના સાક્ષી તરીકે સેવા આપી શકે છે.

માતા-પિતા અથવા અન્ય પ્રતિનિધિ: જો ગ્રાહક સંમતિની વયથી ઓછી ઉંમરનું બાળક હોય, તો માતા-પિતા અથવા વાલીએ સહી કરવાની રહેશે. જો બાળક શેર કરવા માટેના તમામ રેકોર્ડ્સ માટે સંમતિની ઉંમરને પૂર્ણ કરતું નથી, તો બાળક અને માતાપિતા બંનેએ સહી કરવી આવશ્યક છે. જો ગ્રાહકને કાયદેસર રીતે અસમર્થ જાહેર કરવામાં આવ્યો હોય તો કોર્ટ દ્વારા નિયુક્ત વાલીએ સહી કરીને નિમણૂંકના હુકમની નકલ પૂરી પાડવાની રહેશે. જો કોઈ વ્યક્તિ અન્ય ક્ષમતામાં હસ્તાક્ષર કરી રહી હોય (જેમાં પાવર ઓફ એટર્ની અથવા એસ્ટેટ પ્રતિનિધિ ધરાવતી વ્યક્તિનો પણ સમાવેશ થાય છે), તો "અન્ય"ને ચિહ્નિત કરો અને કાર્યવાહી માટે કાનૂની સત્તાધિકારીની નકલ મેળવો. સહી કરનાર વ્યક્તિએ સહીની તારીખ નક્કી કરેલી હોવી જોઈએ અને ટેલિફોન નંબર અથવા સંપર્કની માહિતી આપવી જોઈએ.