

Consent for Release of Information (தகவலை வெளியிடுவதற்கான ஒப்புதல்)

வாடிக்கையாளர்களுக்கான அறிவிப்பு: இந்தப் படிவத்தில் கையொப்பமிடுவதன் மூலம், உங்களைப் பற்றிய ரகசியத் தகவலைப் பயன்படுத்தவும் பகிர்ந்து கொள்ளவும் DCYF மற்றும் கீழே பட்டியலிடப்பட்டுள்ள ஏஜென்சிகள் மற்றும் தனிநபர்களுக்கு நீங்கள் ஒப்புதல் அளிக்கிறீர்கள். உங்கள் தகுதியைத் தீர்மானிக்க உங்கள் ஒப்புதல் தேவைப்படாத நிலையில், இந்தப் படிவத்தில் நீங்கள் கையொப்பமிடவில்லை என்றாலும் கூட, DCYF-ஆல் உங்களுக்கு வழங்கவேண்டிய பலன்களை மறுக்க முடியாது. இந்தப் படிவத்தில் நீங்கள் கையொப்பமிடவில்லை என்றாலும், உங்களைப் பற்றிய தகவல்களைச் சட்டத்தால் அனுமதிக்கப்பட்ட அளவிற்கு DCYF பகிரலாம். வாடிக்கையாளர் ரகசியத் தகவல் அல்லது உங்கள் தனியுரிமை உரிமைகளை DCYF எவ்வாறு பகிர்ந்து கொள்கிறது என்பது குறித்து உங்களுக்கு கேள்விகள் இருந்தால், DCYF Notice of Privacy Practices (தனியுரிமை நடைமுறைகளின் அறிவிப்பைப்) பார்க்கவும் அல்லது இந்தப் படிவத்தை உங்களுக்கு வழங்கும் நபரிடம் கேட்கவும்.

பிரிவு 1: வாடிக்கையாளர் அடையாளம்

பெயர்	பிறந்த தேதி	அடையாள எண்	தொலைபேசி எண்
முகவரி	நகரம்	மாநிலம்	அஞ்சல் குறியீடு

பிற தகவல்கள்:

பிரிவு 2: ஒப்புதல்

சேவைகள், சிகிச்சைகள், கொடுப்பனவுகள் மற்றும் பலன்களை ஒருங்கிணைக்க அல்லது சட்டத்தால் அங்கீகரிக்கப்பட்ட பிற நோக்கங்களுக்காக, என்னைப் பற்றிய ரகசியத் தகவலை DCYF மற்றும் கீழே பட்டியலிடப்பட்டுள்ளவர்கள் பயன்படுத்துவதற்கும் வெளியிடுவதற்கும் நான் ஒப்புக்கொள்கிறேன். தகவல் வாய்மொழியாகவோ எழுத்துப்பூர்வமாகவோ பகிரப்படலாம்.

DCYF உடன் கூடுதலாக இந்த ஒப்புதலில் சேர்க்கப்பட்டுள்ள அனைவரையும் கீழே சரிபார்த்து, பெயர் மற்றும் முகவரி மூலம் அவர்களை அடையாளம் காணவும்:

<input type="checkbox"/>	சுகாதார பராமரிப்பு வழங்குநர்கள்:
<input type="checkbox"/>	மனநல பராமரிப்பு வழங்குநர்கள்:
<input type="checkbox"/>	பொருள் பயன்பாட்டு சேவை வழங்குநர்கள்:
<input type="checkbox"/>	பழங்குடியினர்:
<input type="checkbox"/>	மாவட்ட பள்ளிகள் அல்லது கல்லூரிகள்:
<input type="checkbox"/>	Social Security Administration (சமூக பாதுகாப்பு நிர்வாகம்) அல்லது பிற Federal Agency (கூட்டாட்சி ஏஜென்சி):
<input type="checkbox"/>	இணைக்கப்பட்ட பட்டியலைப் பார்க்கவும்
<input type="checkbox"/>	பிற (DCYF-ற்கான ஒப்பந்த வழங்குநர்கள் அல்லது பிற மாநில ஏஜென்சிகள் உட்பட):

பின்வரும் பதிவுகள் மற்றும் தகவல்களைப் பகிர்வதற்கு நான் அங்கீகாரம் அளித்து சம்மதிக்கிறேன் (பொருந்தும் அனைத்தையும் சரிபார்க்கவும்):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> எனது அனைத்து வாடிக்கையாளர் பதிவுகள் | <input type="checkbox"/> சுகாதார தகவல் | <input type="checkbox"/> கட்டண பதிவுகள் |
| <input type="checkbox"/> இணைக்கப்பட்டுள்ள பட்டியலில் உள்ள பதிவுகள் | <input type="checkbox"/> சிகிச்சை அல்லது பராமரிப்பு திட்டங்கள் | <input type="checkbox"/> குடும்பம், சமூகம் மற்றும் வேலைவாய்ப்பு வரலாறு |
| <input type="checkbox"/> பின்வரும் பதிவுகள் மட்டுமே | <input type="checkbox"/> தனிப்பட்ட சொத்துக்கள் | <input type="checkbox"/> பள்ளி, கல்வி மற்றும் பயிற்சி |
| | | <input type="checkbox"/> பிற _____ |

உங்கள் வாடிக்கையாளர் பதிவுகளில் பின்வரும் தகவல்கள் ஏதேனும் இருந்தால், இந்தப் பதிவுகளைச் சேர்க்க இந்தப் பகுதியையும் நீங்கள் பூர்த்தி செய்ய வேண்டும்.

- மனநலம் இரத்தத்தில் பரவும் நோய்க்கிருமிகள் சோதனை முடிவுகள், நோய் கண்டறிதல் அல்லது சிகிச்சை பொருள் உபயோகக் கோளாறு (SUD) சேவைகள்

பகுதி 3: கையொப்பங்கள்

இந்த ஒப்புதல் ஒரு ஆண்டு DCYF க்கு பதிவுகள் தேவைப்படும் வரை, அல்லது இங்கே குறிப்பிட்டுள்ள _____ (தேதி அல்லது நிகழ்வு நடக்கும் வரை செல்லுபடியாகும்).

- எழுத்துப்பூர்வமாக எந்த நேரத்திலும் இந்த ஒப்புதலை நான் மறுக்கலாம் அல்லது திரும்பப் பெறலாம், ஆனால் இது ஏற்கனவே பகிரப்பட்ட எந்த தகவலையும் பாதிக்காது.
- இந்த ஒப்புதலின் கீழ் பகிரப்படும் பதிவுகள் DCYFக்கு பொருந்தும் சட்டங்களின் கீழ் இனி பாதுகாக்கப்படாது என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன்.
- இந்தப் படிவத்தின் நகல், பதிவுகளைப் பகிர எனது ஒப்புதலை வழங்குவதற்குச் செல்லுபடியாகும்.

கையொப்பம்	தேதி	ஏஜென்சி தொடர்பு/சாட்சி கையொப்பம்	தேதி
பெற்றோர்/பாதுகாவலர் அல்லது மற்ற பிரதிநிதிகளின் கையொப்பம்	தேதி	பெற்றோர்/பாதுகாவலர் அல்லது மற்ற பிரதிநிதிகளின் தொலைபேசி எண்	

(பொருந்தினால்)

(பொருந்தினால்)

நான் பதிவேடுகளில் உள்ள நபராக இல்லாவிட்டால், கையொப்பமிட எனக்கு அதிகாரம் உள்ளது, ஏனெனில் நான் தான் (அதிகாரச் சான்றை இணைக்கவும்):

- பெற்றோர் சட்டப்பூர்வ பாதுகாவலர் (ரீதிமன்ற உத்தரவை இணைக்கவும்) தனிப்பட்ட பிரதிநிதி பிற _____

தகவலைப் பெறுபவர்களுக்கான அறிவிப்பு: இந்தப் பதிவுகளில் இரத்தத்தில் பரவும் நோய்க்கிருமிகளைப் பற்றிய தகவல்கள் இருந்தால், வாடிக்கையாளரின் குறிப்பிட்ட அனுமதியின்றி அந்தத் தகவலை நீங்கள் மேலும் வெளியிடக்கூடாது. வாடிக்கையாளர் மூலம் போதைப்பொருள் அல்லது ஆல்கஹால் துஷ்பிரயோகம் தொடர்பான தகவல்களை நீங்கள் பெற்றிருந்தால், 42 CFR 2.32 இன் படி தேவைப்படும் தகவலை மேலும் வெளியிடும்போது பின்வரும் அறிக்கையை நீங்கள் சேர்க்க வேண்டும்: "கூட்டாட்சி ரகசியத்தன்மை விதிகளால் (42 CFR பகுதி 2) பாதுகாக்கப்பட்ட பதிவுகளிலிருந்து இந்தத் தகவல் உங்களுக்கு வெளிப்படுத்தப்பட்டுள்ளது. மேலும் வெளிப்படுத்த அது சம்பந்தப்பட்ட நபரின் எழுத்துப்பூர்வ ஒப்புதலால் வெளிப்படையான அனுமதி இல்லை அல்லது 42 CFR பகுதி 2 இல் வேறுமாதிரி அனுமதி இல்லை என்றால், கூட்டாட்சி விதிகள் இந்தத் தகவலை மேலும் வெளிப்படுத்துவதைத் தடைசெய்கிறது. இந்த நோக்கத்திற்கு மருத்துவ அல்லது பிற தகவல்களை வெளியிடுவதற்கான பொதுவான அங்கீகாரம் போதுமானதாக இல்லை. கூட்டாட்சி விதிகள் எந்தவொரு ஆல்கஹால் அல்லது போதைப்பொருள் துஷ்பிரயோக நோயாளியின் குற்றவியல் விசாரணை அல்லது வழக்குத் தொடர தகவலைப் பயன்படுத்துவதைக் கட்டுப்படுத்துகிறது."

ஒப்புதல் படிவத்தை பூர்த்தி செய்வதற்கான வழிமுறைகள்

நோக்கம்: DCYF க்குள் இருக்கும் வாடிக்கையாளர் பற்றிய ரகசியத் தகவலைத் தொடர்ந்து பயன்படுத்த அல்லது சேவைகளை ஒருங்கிணைக்க அல்லது சிகிச்சை, கட்டணம் அல்லது ஏஜென்சி செயல்பாடுகள் அல்லது சட்டத்தால் அங்கீகரிக்கப்பட்ட பிற நோக்கங்களுக்காக அந்தத் தகவலை மற்ற நிர்வகணங்களுக்கு வெளிப்படுத்த உங்களுக்கு ஒப்புதல் தேவைப்படும்போது இந்தப் படிவத்தைப் பயன்படுத்தவும். வாடிக்கையாளர்கள் DCYF இலிருந்து பலன்கள் அல்லது சேவைகளைப் பெறுபவர்கள்.

பயன்: படிக்க வசதியாக இருப்பதற்காக இந்தப் படிவத்தை மின்னணு முறையில் நிரப்பவும், **குழந்தைகள் உட்பட ஒவ்வொரு நபருக்கும் ஒரு தனி படிவம் பூர்த்தி செய்யப்பட வேண்டும்.** அறிவுறுத்தல்களில் "நீங்கள்" என்பது DCYF பணியாளரையும், படிவத்தில் உள்ள "நீங்கள்" என்பது வாடிக்கையாளரையும் குறிக்கிறது. பதிவுகளைப் பகிர்தல் என்பது வாடிக்கையாளர் பற்றிய ரகசியத் தகவலைப் பயன்படுத்துதல் மற்றும் வெளிப்படுத்துதல் ஆகியவற்றை உள்ளடக்கியது.

படிவத்தின் பகுதிகள்:

அடையாளம்:

- **பெயர்:** ஒவ்வொரு படிவத்திலும் ஒரு வாடிக்கையாளரின் பெயரை மட்டும் வழங்கவும். சேவைகளைப் பெறும்போது வாடிக்கையாளர் பயன்படுத்திய எந்தவொரு முந்தைய பெயர்களையும் சேர்க்கவும்.
- **பிறந்த தேதி:** ஒரே மாதிரியான பெயர்களைக் கொண்ட நபர்களிடமிருந்து வாடிக்கையாளரை அடையாளம் காண தேவைப்படும்.
- **அடையாள எண்:** பதிவுகள், வரலாற்றை கண்காணிக்க மற்றும் பெறப்பட்ட சேவைகளை அடையாளம் காண உதவ, வாடிக்கையாளர் அடையாள எண் அல்லது சமூகப் பாதுகாப்பு எண் (தேவையில்லை) போன்ற பிற அடையாளங்காட்டியை வழங்கவும்.
- **முகவரி மற்றும் தொலைபேசி:** வாடிக்கையாளரைக் கண்டறிந்து அடையாளம் காண அல்லது தொடர்பு கொள்ள உதவும் கூடுதல் தகவல்.
- **பிற:** சேவைகளுடன் தொடர்புடைய DCYF இன் பகுதிகள், குடும்ப உறுப்பினர்களின் பெயர்கள் அல்லது பிற தொடர்புடைய தகவல்களை உள்ளடக்கிய பதிவுகளைக் கண்டறிய உதவும் கூடுதல் தகவலை இந்தப் பெட்டியில் சேர்க்கவும்.

ஒப்புதல் (அங்கீகரித்தல்):

- **பதிவுகளை பரிமாறிக்கொள்ளும் ஏஜென்சிகள் அல்லது நபர்கள்:** வாடிக்கையாளர் இந்தப் படிவத்தை நிறைவு செய்யும் பட்சத்தில் அனைத்து DCYF க்குள் ரகசியத் தகவலைப் பயன்படுத்தவும் பகிரவும் அனுமதிக்கிறது. DCYF ஆனது வெளியில் உள்ள ஏஜென்சிகள் அல்லது பட்டியலிடப்பட்ட நபர்களிடம் ரகசியத் தகவலை வெளிப்படுத்தவும் பெறவும் முடியும். முடிந்தால் பெயர், முகவரி அல்லது இருப்பிடம் உட்பட ஏஜென்சிகள் அல்லது வழங்குநர்களைப் பற்றிய வழங்குநர்களை அடையாளம் காணக்கூடிய தகவலை வழங்கவும். வாடிக்கையாளர் கையொப்பமிட வேண்டிய தகவலைப் பகிர அனுமதிக்கப்படும் ஏஜென்சிகளின் பட்டியலையும் நீங்கள் இணைக்கலாம்.
- **உள்ளடக்கிய தகவல்:** எந்தப் பதிவுகள் ஒப்புதலுக்கு உட்பட்டவை என்பதை வாடிக்கையாளர்கள் குறிப்பிட வேண்டும். வாடிக்கையாளர்கள் அனைத்து பதிவுகளையும் கிடைக்கச் செய்யலாம் அல்லது தேதி, வகை அல்லது பதிவின் மூலத்தின்படி உள்ளடக்கிய பதிவுகளை வரம்பிடலாம். ஒரு வாடிக்கையாளர் ஒப்புதலில் கையொப்பமிடவில்லை அல்லது ஒரு குறிப்பிட்ட பதிவைக் குறிப்பிடவில்லை என்றாலும், சட்டத்தால் அனுமதிக்கப்பட்டால், அந்தப் பதிவைப் பகிர்வது அனுமதிக்கப்படும். வாடிக்கையாளர் கையொப்பமிட வேண்டிய உள்ளடக்கப்பட்ட பதிவுகளின் பட்டியலை நீங்கள் இணைக்கலாம். மனநலம் (RCW 71.34.500, 71.34.510 & 71.34.530), HIV/AIDS அல்லது STD சோதனை அல்லது சிகிச்சை (RCW 70.02.220), அல்லது போதைப்பொருள் மற்றும் ஆல்கஹால் சேவைகள் (42 CFR 2.31(a)(5)) தொடர்பான தகவல்கள் ஏதேனும் பதிவுகளில் இருந்தால், இந்தப் பதிவுகளைப் பகிர்வதற்கான அனுமதியை வழங்குவதற்காக வாடிக்கையாளர் குறிப்பாக இந்தப் பகுதிகளைக் குறிக்க வேண்டும். 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) இன் கீழ் உள்ளவியல் சிகிச்சை குறிப்புகளைச் சேர்க்க இந்தப் படிவம் செல்லுபடியாகாது, மேலும் அந்தப் பதிவுகளைச் சேர்க்க ஒரு தனிப் படிவத்தை பூர்த்தி செய்ய வேண்டும்.
- **கால வரையறை:** உங்கள் திட்ட நோக்கங்களுக்காக அல்லது சட்டத்தால் வழங்கப்பட்ட ஒப்புதலுக்கான காலாவதி தேதியைச் சேர்க்கவும்.
- **புரிந்துகொள்ளல்:** என்ன அனுமதி வழங்கப்படுகிறது என்பதையும், எப்படி, ஏன் தகவல் பகிரப்படும் என்பதையும் வாடிக்கையாளர் புரிந்துகொண்டிருப்பதை உறுதிசெய்யவும். தேவைப்பட்டால், மொழிபெயர்க்கப்பட்ட படிவத்தையும் மொழிபெயர்ப்பாளரையும் பயன்படுத்தவும் அல்லது படிவத்தை உரக்கப் படிக்கவும். வாடிக்கையாளருக்கு கூடுதல் தகவல் தேவைப்பட்டால், DCYF --இன் Notice of Privacy Practices (தனியுரிமை நடைமுறைகளின் அறிவிப்பின்) கூடுதல் நகலை வழங்கவும் அல்லது வாடிக்கையாளரை உங்கள் அலுவலகத்தில் உள்ள பொது வெளிப்படுத்தல் அதிகாரியிடம் புரிந்துரைக்கவும்.

கையொப்பங்கள்:

- **வாடிக்கையாளர்:** வாடிக்கையாளரோ அல்லது ஒப்புதல் ஒப்புதலை அளிக்கும் வயதை தாண்டியுள்ள குழந்தைகளாகவோ இருந்தால் (13 மனநலம் மற்றும் போதைப்பொருள் மற்றும் ஆல்கஹால் சேவைகள்; 14 HIV/AIDS மற்றும் பிற STDகளுக்கு; பிறப்பு கட்டுப்பாடு மற்றும் கருக்கலைப்புக்கான எந்த வயதிற்குக்கும்; 18 சுகாதார பராமரிப்பு மற்றும் பிற பதிவுகளுக்கு) இந்தப் பெட்டியில் கையொப்பமிட்டு கையொப்பமிட வேண்டிய உள்ளிடவும். நீங்கள் சாட்சியாக இருக்கும் இந்த பெட்டியில் வாடிக்கையாளர் ஒரு அடையாளத்தை மாற்றலாம்.
- **ஏஜென்சி தொடர்பு அல்லது சாட்சி:** வாடிக்கையாளருக்கு படிவத்தை வழங்குவதும் விளக்குவதும் நீங்கள்தான் என்றால் இந்தப் பகுதியில் நீங்கள் கையொப்பமிட வேண்டும். தயவுசெய்து உங்கள் தொலைபேசி எண்ணையும் சேர்க்கவும். வாடிக்கையாளர் ஒரு வணிகத் தளத்தில் இல்லாமல் மாற்று இடத்தில் இருந்து படிவத்தில் கையொப்பமிட்டிருந்தால், இந்தப் பகுதியில் சாட்சி கையொப்பம் இருக்க வேண்டும் மற்றும் தொலைபேசி எண்ணை உள்ளிட வேண்டும் என்பதையும் வாடிக்கையாளருக்கு அறிவுறுத்தவும். வாடிக்கையாளர் கையொப்பத்திற்கு ஒரு நோட்டரி பப்ளிக் சாட்சியாக இருக்கலாம்.

பெற்றோர் அல்லது பிற பிரதிநிதி: வாடிக்கையாளர் ஒப்புதல் வயதை பூர்த்தி செய்யாத குழந்தை எனில், குழந்தை மற்றும் பெற்றோர் இருவரும் கையொப்பமிட வேண்டும். அனைத்து பதிவுகளும் பகிரப்படுவதற்கு குழந்தை ஒப்புதல் வயதை பூர்த்தி செய்யவில்லை எனில், குழந்தை மற்றும் பெற்றோர் இருவரும் கையொப்பமிட வேண்டும். வாடிக்கையாளர் சட்டப்பூர்வமாக தகுதியற்றவராக அறிவிக்கப்பட்டிருந்தால், நீதிமன்றத்தால் நியமிக்கப்பட்ட பாதுகாவலர் கையொப்பமிட்டு, நியமன உத்தரவின் நகலை வழங்க வேண்டும். வேறொரு தகுதியில் யாரேனும் கையொப்பமிட்டால் (பவர் ஆஃப் அடர்னி அல்லது எஸ்டேட் பிரதிநிதி உட்பட), "மற்றவர்" எனக் குறியிட்டு, சட்டப்பூர்வ அதிகாரத்தின் நகலைப் பெறவும். கையொப்பமிடுபவர் கையொப்பத்தில் தேதியிட்டு, தொலைபேசி எண் அல்லது தொடர்புத் தகவலைத் தர வேண்டும்.