

د معلوماتو د خپرولو لپاره رضایت  
Consent for Release of Information



مراجعتو ته خبرتیا: د دې فورمې په لاسلیک کولو سره، تاسو DCYF او لاندې لیست شوي ادارو او اشخاصو ته اجازه درکوي چې ستاسو په اړه محرم معلومات وکاروي او شریک کړي. DCYF نشي کولی ستاسو کټي رد کړي که تاسو دا فورمه لاسلیک نه کړئ پرته لدې چې ستاسو د وړتیا ټاکلو لپاره ستاسو رضایت ته اړتیا وي. که تاسو دا فورمه لاسلیک نه کړئ، DCYF ممکن ستاسو په اړه معلومات د قانون لخوا اجازه ورکړل شوي حد سره شریک کړي. که تاسو د دې په اړه پوښتنې لرئ چې DCYF څنگه د پیروونکي محرم معلومات یا ستاسو د محرمیت حقونه شریکوي، مهرباني وکړئ د DCYF د محرمیت طرز العملونو خبرتیا سره مشوره وکړئ یا د هغه چا څخه پوښتنه وکړئ چې تاسو ته دا فورمه درکوي.

1 برخه: د پیروونکي پیژندنه

نوم	د زیږون نېټه	د پیژندګلو شمېره	د تلیفون شمېره
پته	ښار	ریاست	ZIP

نور معلومات:

2 برخه: رضایت

زه په DCYF کې زما په اړه د محرم معلوماتو کارولو او افشا کولو سره موافق یم او د لاندې لیست شویو کسانو سره زما لپاره د خدماتو، درملنې، تادیاتو، او ګټو همغږي کولو لپاره یا د قانون لخوا تصویب شوي نورو موخو لپاره. معلومات ممکن په شفاهي یا لیکلي ډول شریک شي.

مهرباني وکړئ لاندې ټول وګورئ چې د DCYF سرپرته په دې رضایت کې شامل دي او د نوم او پتې په واسطه یې وپیژني:

<input type="checkbox"/>	د روغتیا پاملرنې چمتو کونکي:
<input type="checkbox"/>	د رواني روغتیا پاملرنې چمتو کونکي:
<input type="checkbox"/>	د موادو کارولو خدمت چمتو کونکي:
<input type="checkbox"/>	قومونه:
<input type="checkbox"/>	د ښوونځي ولسوالۍ یا کالجونه:
<input type="checkbox"/>	د ټولنیز امنیت اداره یا نور فدرالي اداره:
<input type="checkbox"/>	ضمیمه لیست وګورئ
<input type="checkbox"/>	نور (په شمول د DCYF قراردادې چمتو کونکي یا نورې دولتي ادارې):

زه د لاندې ریکاردونو او معلوماتو شریکولو ته اجازه ورکوم او رضایت لرم (ټول هغه وګورئ چې پلي کېږي):

- |                          |                              |                          |                             |                          |                                |
|--------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | زما ټول د پیروونکي ریکاردونه | <input type="checkbox"/> | د روغتیا پاملرنې معلومات    | <input type="checkbox"/> | د تادیاتو ریکاردونه            |
| <input type="checkbox"/> | په ضمیمه لیست کې ریکاردونه   | <input type="checkbox"/> | د درملنې یا پاملرنې پلانونه | <input type="checkbox"/> | د کورنۍ، ټولنیز او د کار تاریخ |
| <input type="checkbox"/> | یوازې لاندې ریکاردونه        | <input type="checkbox"/> | انفرادي شتمنی               | <input type="checkbox"/> | ښوونځي، ښوونه او روزنه         |
|                          |                              | <input type="checkbox"/> |                             | <input type="checkbox"/> | نور _____                      |

که ستاسو د پیروونکي ریکاردونو کې لاندې معلومات شامل وي، تاسو باید دا برخه هم بشپړه کړئ ترڅو دا ریکاردونه شامل کړئ.

- دماغي روغتیا  د وینې څخه پیدا شوي رنجن د ازموینې پایلې، تشخیص، یا درملنه  د مادي کارولو اختلال (SUD) خدمتونه

دریمه برخه: لاسلیکونه

- دا رضایت د  یو کال  تر هغه چې DCYF ریکاردونو ته اړتیا ولري، یا لپاره اعتبار لري  تر \_\_\_\_\_ (نېټه یا پېښه).
- زه کولی شم دا رضایت په هر وخت کې په لیکلو کې لغوه کړم یا بیرته واخلم، مګر دا به مخکې له مخکې شریک شوي معلومات اغیزه ونکړي.
  - زه پوهیږم چې د دې رضایت لاندې شریک شوي ریکاردونه ممکن نور د هغو قوانینو لاندې خوندي نه وي چې په DCYF کې پلي کېږي.
  - د دې فورمې یوه کاپي د اعتبار وړ ده چې زما د ریکاردونو شریکولو اجازه راکړي.

لاسلیک	نېټه	د ادارې اړیکه/شاهد د لاسلیک	نېټه
د مور او پلار یا سرپرست یا د بل استازي لاسلیک	نېټه	والدین/سرپرست یا د بل استازي تلیفون شمېره	(که د تطبیق وړ وي)

که زه د ریکاردونو موضوع نه یم، زه د لاسلیک کولو واک لرم ځکه چې زه یم (د واک ثبوت ضمیمه):

والدین  قانوني سرپرست (د محکمې حکم ضمیمه)  شخصي استازی  نور \_\_\_\_\_

د معلوماتو ترلاسه کونکو ته خبرتیا: که چېرې دا ریکاردونه د وینې څخه پیدا شوي رنجن په اړه معلومات ولري، تاسو ممکن د پیروونکي ځانګړي اجازې پرته دا معلومات نور ښکاره نه کړئ. که تاسو د پیروونکي لخوا د مخدره توکو یا الکول ناوره ګټه اخیستنې پورې اړوند معلومات ترلاسه کړي وي، نو تاسو باید لاندې بیان شامل کړئ کله چې د 42 CFR 2.32 لخوا اړین معلومات افشا کول: "دا معلومات تاسو ته د فدرالي محرمیت قواعدو لخوا خوندي شوي ریکاردونو څخه افشا شوي دي (42 CFR برخه 2). فدرالي مقررات تاسو د دې معلوماتو د نور افشا کولو څخه منع کوي پرته لدې چې نور افشا کول د هغه کس د لیکلې رضایت لخوا چې دا ورسره تړاو لري یا بل ډول د 42 CFR برخه 2 لخوا اجازه ورکړل شوی وي. د دې هدف لپاره د طبي یا نورو معلوماتو خپرولو لپاره عمومي اجازه کافي ندي. فدرالي مقررات د معلوماتو هر ډول کارولو محدودوي ترڅو د الکول یا مخدره توکو ناوره ګټه اخیستنې ناروغ په جرمي توګه تحقیق یا محاکمه کړي.

## د رضایت فورمی د بشپړولو لپاره لارښوونې

**موخه:** دا فورمه وکاروئ کله چې تاسو په DCYF کې د پیروونکي په اړه په دوامداره توګه د محرم معلوماتو کارولو رضایت ته اړتیا لرئ یا دا معلومات نورو ادارو ته د خدماتو همغږي کولو یا درملني، تادیبي یا اداري عملیاتو یا د قانون لخوا پیژندل شوي نورو موخو لپاره افشا کړئ. پیروونکي هغه کسان دي چې د DCYF څخه ګټي یا خدمتونه ترلاسه کوي.

**کارول:** دا فورمه په الکترونيکي ډول ډکه کړئ که امکان ولري د لوستلو اسانتیا لپاره، د ماشومانو په ګډون د هر شخص لپاره باید جلا فورمه ډکه شي. په لارښوونو کې "تاسو" د DCYF کارمند ته اشاره کوي او په فورمه کې "تاسو" پیروونکي ته راجع کیږي. د ریکارډونو شریکول د پیروونکي په اړه د محرم معلوماتو کارول او افشا کول شامل دي.

د فورمی برخي:

پیژندنه:

- نوم: په هره فورمه کې یوازې د یو پیروونکي نوم ورکړئ. هر هغه پخواني نومونه شامل کړئ چې پیروونکي یې د خدماتو ترلاسه کولو په وخت کې کارولي وي.
- د زیږون نېټه: د ورته نومونو لرونکي اشخاصو څخه د پیروونکي پیژندلو ته اړتیا ده.
- د پیژندنې شمېره: د پیروونکي پیژندنې شمېره یا بل پیژندنکی چمتو کړئ لکه د ټولنیز امنیت شمېره (اړتیا نلري) ترڅو د ریکارډونو پیژندلو او ترلاسه شوي تاریخ او خدماتو تعقیب کې مرسته وکړي.
- پته او تلیفون: اضافي معلومات چې د پیروونکي په موندلو او پیژندلو یا تماس کې به مرسته وکړي.
- نور: په دې بکس کې هر هغه اضافي معلومات شامل کړئ چې کېدای شي د ریکارډونو موندلو کې مرسته وکړي چې کېدای شي د DCYF برخې په خدماتو کې ښکېل وي، د کورنۍ د غړو نومونه، یا نور اړوند معلومات.

رضایت (اجازت ورکول):

- اداري یا اشخاص چې ریکارډونه تبادله کوي: پیروونکي ته د دې فورمی بشپړول د ټولو DCYF دننه محرم معلوماتو کارولو او شریکولو ته اجازه ورکوي. DCYF به وکوالی شي د بهرنی ادارو یا اشخاصو څخه محرم معلومات افشا کړي او ترلاسه کړي. د اداري یا چمتو کونکو په اړه د پیژندلو معلومات چمتو کړئ، په شمول د نوم، پته یا موقعیت په شمول که امکان ولري. تاسو کولی شئ د هغو ادارو لیست هم ضمیمه کړئ چې د معلوماتو شریکولو اجازه لري کوم چې پیروونکي باید لاسلیک کړي.
- معلومات شامل دي: مراجعین باید په ګوته کړي چې کوم ریکارډونه د رضایت لخوا پوښل شوي. پیروونکي ممکن ټول ریکارډونه چمتو کړي یا ممکن شامل شوي ریکارډونه د نېټې، ډول یا د ریکارډ سرچینې پورې محدود کړي. که چېرې یو پیروونکي رضایت لاسلیک نکړي یا یو خانګړی ریکارډ مشخص نکړي، د دې ریکارډ شریکول به بیا هم اجازه ولري که چېرې د قانون لخوا اجازه ورکړل شي. تاسو کولی شئ د پوښل شوي ریکارډونو لیست ضمیمه کړئ چې پیروونکي یې هم لاسلیک کړي. که په کوم ریکارډ کې د رواني روغتیا پورې اړوند معلومات شامل وي (71.34.510، 71.34.500، RCW 71.34.530 او 71.34.530)، HIV/AIDS یا STD معاینه یا درملنه ((RCW 70.02.220)، یا د مخدره توکو او الکولو خدمات (5)(a) 42 CFR 2.31)، پیروونکي باید دا ساحې په خانګړي توګه په نښه کړي ترڅو د دې ریکارډونو شریکولو اجازه ورکړي. دا فورمه د 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) لاندې د رواني درملني یادداشتونو شاملولو لپاره اعتبار نلري او د دې ریکارډونو د شاملولو لپاره باید جلا فورمه ډکه شي.
- موده: د رضایت لپاره د ختمیدو نېټه شامل کړئ چې ستاسو د برنامې اهدافو ته خدمت کوي یا لکه څنګه چې د قانون لخوا چمتو شوي.
- یوه: دا د ترلاسه کړئ چې پیروونکي پوهیږي چې څه اجازه ورکول کیږي او څنګه او ولې معلومات به شریک شي. که اړتیا وي، ژباړل شوي فورمه او ژباړونکي وکاروئ یا فورمه په لور غږ ولولئ. که چېرې پیروونکي نورو معلوماتو ته اړتیا ولري، د DCYF د محرمیت طرز العملونو اضافي کاپي چمتو کړئ یا پیروونکي ستاسو د واحد لپاره د عامه افشا کولو افسر ته راجع کړئ.

لاسلیکونه:

- پیروونکي: مراجعین یا د رضایت څخه ډیر عمر لرونکی ماشوم ولري (د رواني روغتیا او مخدره توکو او الکولو خدماتو لپاره 13؛ د HIV/AIDS او نورو STDs لپاره 14؛ د زیږون کنټرول او سقط لپاره هر عمر؛ 18 د روغتیا پاملرنې او نورو ریکارډونو لپاره) دا بکس لاسلیک کړئ او داخل کړئ. د لاسلیک نېټه. پیروونکي ممکن په دې بکس کې یوه نښه بدله کړي چې تاسو یې شاهد یاست.
- د اداري اړیکه یا شاهد: تاسو به په دې بکس کې لاسلیک کړئ که تاسو هغه څوک یاست چې پیروونکي ته فورمه وړاندې کوي او تشریح کوي. مهرباني وکړئ خپل د تلیفون شمېره شامل کړئ. که چېرې پیروونکي فورمه د سوداګرۍ سایټ څخه لرې لاسلیک کړي، پیروونکي ته لارښوونه وکړئ چې په دې بلاک کې د شاهد لاسلیک ولري او د تلیفون شمېره چمتو کړي. یو نوټري عامه کولی شي د پیروونکي لاسلیک ته د شاهد په توګه خدمت وکړي.

**والدین یا بل استازي:** که چېرې پیروونکي د رضایت څخه کم عمر لرونکی ماشوم وي، مور او پلار یا سرپرست باید لاسلیک کړي. که چېرې ماشوم د ټولو ریکارډونو شریکولو لپاره د رضایت عمر پوره نه کړي، دواړه ماشوم او مور او پلار باید لاسلیک کړي. که چېرې پیروونکي په قانوني توګه نا اهل اعلان شوی وي، د محکمې ټاکل شوی سرپرست باید د ټاکل کېدو د حکم یوه کاپي لاسلیک او چمتو کړي. که چېرې یو څوک په بل وړتیا کې لاسلیک کوي (د هغه شخص په شمول چې د وکیل یا د ملکیت استازي لري)، "نور" نښه کړئ او د عمل کولو قانوني واک یوه کاپي ترلاسه کړئ. هغه څوک چې لاسلیک کوي باید لاسلیک نېټه ولري او د تلیفون شمېره یا د اړیکې معلومات ورکړي.