



Sự Cho Phép Authorization

TIẾT LỘ HỒ SƠ DCYF CỦA:			
TÊN	TÊN LỚT	HỌ	TÊN TRƯỚC ĐÂY
ĐỊA CHỈ GỞI THƯ		THÀNH PHỐ	TIỂU BANG MÃ VÙNG
SỐ ĐIỆN THOẠI (BAO GỒM MÃ VÙNG)		ĐỊA CHỈ E-MAIL	
Nếu tôi không phải là đối tượng trong các hồ sơ, tôi được phép ký tên bởi vì tôi là: (đính kèm theo bằng chứng có thẩm quyền)			
<input type="checkbox"/> Cha/mẹ của trẻ <input type="checkbox"/> Người Giám Hộ Hợp Pháp <input type="checkbox"/> Đại Diện <input checked="" type="checkbox"/> Bà Nhân <input type="checkbox"/> Luật Sư <input type="checkbox"/> Khác:			
Thông báo cho những người đang nhận thông tin: Nếu các hồ sơ này có thông tin về HIV, STD hoặc lạm dụng rượu bia hay ma túy, quý vị không thể tiết lộ thêm thông tin đó theo luật pháp liên bang và tiểu bang mà không được sự cho phép riêng của đối tượng và đáp ứng các yêu cầu pháp lý cụ thể.			
TÔI TIẾT LỘ HỒ SƠ CHO:			
HỌ	TÊN	TÊN LỚT	CHỨC DANH / MỐI QUAN HỆ
TỔ CHỨC HOẶC DOANH NGHIỆP NẾU CÓ			
ĐỊA CHỈ		THÀNH PHỐ	TIỂU BANG MÃ VÙNG
SỐ ĐIỆN THOẠI (BAO GỒM MÃ VÙNG)		SỐ FAX (BAO GỒM MÃ VÙNG)	ĐỊA CHỈ E-MAIL
LÝ DO TIẾT LỘ (KHÔNG BẮT BUỘC)			
SỰ CHO PHÉP:			
NGUỒN: Tôi cho phép các chương trình DCYF sau đây hoặc cho quyền sử dụng thông tin mật về tôi được mô tả dưới đây. Thông tin có thể được cung cấp bằng lời nói hoặc bằng cách chuyển dữ liệu qua máy tính, gửi thư, fax hoặc giao tận tay.			
<input type="checkbox"/> Dịch Vụ Bảo Vệ Trẻ Em <input type="checkbox"/> Việc Nuôi Con Nuôi <input type="checkbox"/> Cấp Phép Chăm Sóc Nuôi Dưỡng <input type="checkbox"/> Giáo Dục Mầm Non <input type="checkbox"/> Cải Huấn Vị Thành Niên <input type="checkbox"/> ESA <input type="checkbox"/> Khác: _____			
HỒ SƠ: Tôi cho phép các hồ sơ DCYF sau đây được tiết lộ:			
<input type="checkbox"/> Các hồ sơ thân chủ được lưu giữ theo các phần DCYF đã đánh dấu trên đây <input type="checkbox"/> Tất cả hồ sơ thân chủ của tôi <input type="checkbox"/> Các hồ sơ mật khác được lưu giữ theo các phần DCYF được đánh dấu trên đây <input type="checkbox"/> Các hồ sơ trong danh sách được đính kèm <input type="checkbox"/> Thông tin cá nhân trong các hồ sơ có liên quan đến việc làm <input type="checkbox"/> Chỉ các hồ sơ sau đây:			
Tôi muốn giới hạn các hồ sơ sẽ được tiết lộ như sau (theo ngày, loại hồ sơ, v.v.):			
XIN LƯU Ý: Nếu các hồ sơ mật của thân chủ quý vị hoặc của người khác bao gồm bất kỳ thông tin nào sau đây, quý vị cũng phải hoàn tất mục dưới đây để cho phép tiết lộ các hồ sơ này			
HỒ SƠ ĐẶC BIỆT: Tôi cho phép tiết lộ thông tin sau đây được lưu giữ trong các hồ sơ DCYF (đánh dấu tất cả mục thích hợp): Các			
<input type="checkbox"/> kết quả xét nghiệm, hồ sơ chẩn đoán, hoặc điều trị HIV/AIDS và STD (RCW 70.02.220) <input type="checkbox"/> Các hồ sơ sức khỏe tâm thần (RCW 70.02.230 hoặc 240) <input type="checkbox"/> Các hồ sơ Điều Trị Do Lạm Dụng Chất Gây Nghiện (CD) (42 CFR Phần 2)			
<ul style="list-style-type: none"> Sự cho phép này có giá trị trong 180 ngày hoặc <input type="checkbox"/> cho đến _____ (ngày hoặc sự việc, nếu không đánh dấu, sẽ là 180 ngày). Tôi có thể hủy bỏ hoặc rút lại sự cho phép của mình bằng văn bản vào bất kỳ lúc nào, nhưng điều đó sẽ không ảnh hưởng đến thông tin đã được cung cấp. Tôi hiểu rằng các hồ sơ của mình có thể không còn được bảo vệ theo các luật áp dụng cho DCYF sau khi các hồ sơ này được cung cấp. Một bản sao của mẫu đơn này có giá trị về sự cho phép của tôi để tiết lộ các hồ sơ. DCYF có thể tính phí để cung cấp các bản sao hồ sơ. 			
ĐƯỢC CHO PHÉP BỞI (CHỮ KÝ)		MỐI QUAN HỆ/CHỨC DANH	NGÀY (ĐÃ KÝ)

HƯỚNG DẪN HOÀN TẤT MẪU ĐƠN CHO PHÉP

Mục Đích: Quý vị nên sử dụng mẫu đơn này khi quý vị muốn DCYF có thể tiết lộ thông tin mật về quý vị cho một người khác (kể cả một luật sư, thành viên cơ quan lập pháp hoặc thân nhân). Quý vị có thể cho phép tiết lộ tất cả hồ sơ mật mà DCYF có về quý vị hoặc quý vị có thể hạn chế sự cho phép của mình đối với các hồ sơ riêng biệt hoặc những phần của cơ quan. Mẫu đơn này cũng sẽ cho phép DCYF bàn thảo hoàn cảnh của quý vị bằng miệng với người mà quý vị cho phép.

Thông Báo cho Các Thân Chủ: Hầu hết thông tin của thân chủ mà DCYF có đều là thông tin mật và sẽ không được tiết lộ cho những người khác trừ khi quý vị cho phép hoặc nếu việc tiết lộ được phép của luật pháp. Sau khi DCYF tiết lộ thông tin mật của quý vị, xin nhớ rằng người nhận không thể bảo vệ các hồ sơ của quý vị theo luật giống như các luật áp dụng cho DCYF. DCYF không thể từ chối quý vị các phúc lợi nếu quý vị không ký tên vào mẫu đơn này để cho phép tiết lộ đến DCYF trừ khi cần sự cho phép của quý vị để xác định việc hội đủ điều kiện. Để biết thông tin về cách thức các thành phần chăm sóc sức khỏe DCYF được bao trả bởi HIPAA chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo mật và các quyền riêng tư của quý vị, xin tham khảo Thông Báo về Chính Sách Quyền Riêng Tư của DCYF tại www.DCYF.wa.gov hoặc hỏi người đã cung cấp cho quý vị mẫu đơn này. Quý vị có thể nhận được một bản sao của mẫu đơn này.

Chi Phí: Các hồ sơ công được thực hiện theo RCW 42.56.120 và WAC 388-01-080 cho phép DCYF tính phí các bản sao hồ sơ cộng thêm phí gửi thư. Các bệnh viện và cơ sở chăm sóc sức khỏe tiểu bang có thể tính phí các hồ sơ bệnh nhân theo Chương 70.02 RCW.

Sử Dụng: Quý vị có thể điền vào mẫu đơn này bằng điện tử hoặc bằng tay. Sử dụng phím tab trên máy tính để di chuyển giữa các trường. **Một mẫu đơn riêng phải được hoàn tất cho mỗi người có các hồ sơ được yêu cầu, kể cả trẻ em.** “Quý vị” dùng để nói đến đối tượng trong các hồ sơ. **Các Phần của Mẫu Đơn:**

NHÂN DẠNG CỦA ĐỐI TƯỢNG TRONG CÁC HỒ SƠ:

- Tên:** Cung cấp họ tên đầy đủ của quý vị hoặc tên của người có các hồ sơ được yêu cầu nếu quý vị đang đại diện cho người nào khác.
- Ngày sinh:** Xin bao gồm thông tin này cần để nhận dạng quý vị từ những người có cùng tên.

NGƯỜI NHẬN CÁC HỒ SƠ:

- Nhân Dạng:** Xin điền vào mục này càng đầy đủ càng tốt để chúng tôi có thể liên hệ với người hoặc tổ chức này sẽ có quyền sử dụng thông tin mật của quý vị.
- Lý Do Tiết Lộ:** Thông tin này được yêu cầu trước khi DCYF có thể chia sẻ các hồ sơ về nghiện ma túy và rượu bia hoặc sức khỏe tâm thần. Nếu quý vị không điền vào trường này, DCYF sẽ ghi chú lý do tiết lộ là do yêu cầu của quý vị.

SỰ CHO PHÉP:

- Những phần DCYF:** Xin đánh dấu những phần DCYF mà quý vị muốn tiết lộ các hồ sơ hoặc đánh dấu vào ô cuối trong mục này nếu quý vị muốn cho quyền sử dụng bất kỳ hồ sơ nào mà DCYF có về quý vị. Viết tên chương trình trong mục “Khác” nếu không nằm trong danh sách.
- Thông tin được tiết lộ:** Cho biết những hồ sơ nào mà quý vị muốn tiết lộ. Quý vị có thể cho phép tiết lộ tất cả hoặc một phần các hồ sơ thân chủ DCYF hoặc các hồ sơ mật khác của quý vị. Quý vị cũng có thể hạn chế tiết lộ các hồ sơ thân chủ chỉ được lưu giữ theo những phần của cơ quan đã đánh dấu trong mục trên đây, hoặc các hồ sơ riêng biệt được liệt kê trong mẫu đơn này hay một phần đính kèm mà quý vị ký tên. Nếu có bất kỳ hạn chế nào về các hồ sơ mà quý vị muốn tiết lộ, hoặc liệt kê các hồ sơ riêng biệt hoặc mô tả các hạn chế, như theo ngày của các dịch vụ hoặc loại hồ sơ.
- Các hồ sơ có giới hạn:** Nếu bất kỳ hồ sơ nào có thể bao gồm thông tin về các dịch vụ xét nghiệm hoặc điều trị HIV/AIDS hoặc STD, điều trị sức khỏe tâm thần, hoặc cai nghiện ma túy hay rượu bia, quý vị phải đánh dấu mỗi mục để cho phép DCYF tiết lộ các hồ sơ này. Quý vị cần hoàn tất một mẫu đơn riêng để cho phép tiết lộ các phiếu tâm lý trị liệu (45 CFR 164.508(b) (3) (ii)).
- Giá trị pháp lý:** Mẫu đơn này có giá trị pháp lý về việc cho quyền sử dụng thông tin hiện đang được DCYF lưu giữ. Sự cho phép của quý vị đến 180 ngày sẽ hết hạn sau khi ký tên hoặc vào bất kỳ ngày hoặc sự việc nào khác mà quý vị cung cấp. Nếu quý vị không cung cấp ngày, sự cho phép sẽ có giá trị pháp lý trong 180 ngày. Quý vị có thể hủy bỏ sự cho phép tiết lộ các hồ sơ bằng văn bản vào bất kỳ lúc nào nhưng sẽ quá muộn để lấy lại thông tin đã cung cấp.

CHỮ KÝ

- Nếu quý vị là đối tượng trong các hồ sơ,** hãy ký và cũng viết in hoặc gõ tên quý vị dưới đây. Chèn ngày quý vị đã ký và thêm vào số điện thoại hoặc địa chỉ liên hệ của quý vị.
- Nếu quý vị đang ký cho một người khác,** cho biết lý do vì sao quý vị có thể làm như vậy ở dòng cuối và đính kèm một bản sao lệnh tòa hoặc chứng từ khác cho quý vị thẩm quyền pháp lý. Trẻ em cũng phải ký tên để cho phép tiết lộ các hồ sơ mật của riêng trẻ nếu các trẻ trên tuổi cập kê (**13 tuổi đối với các dịch vụ sức khỏe tâm thần và ma túy và rượu bia; 14 tuổi đối với thông tin về HIV/AIDS hoặc STDs khác; bất kỳ độ tuổi nào đối với sinh đẻ có kế hoạch và phá thai; 18 tuổi đối với các hồ sơ sức khỏe hoặc hồ sơ khác**).

THÔNG BÁO CHO DCYF: Nếu các hồ sơ này có thông tin HIV hoặc STD, DCYF phải thông báo cho những người nhận biết rằng thông tin này là mật và họ không thể tiết lộ thêm các hồ sơ mà không có sự cho phép riêng biệt theo quy định của RCW 70.02.300. Nếu DCYF gửi các bản sao hồ sơ có liên quan đến các dịch vụ điều trị cai nghiện ma túy hoặc rượu bia theo sự cho phép này, DCYF phải bao gồm báo cáo sau đây khi tiết lộ thông tin theo quy định của 42 CFR 2.32:

Thông tin này đã được tiết lộ cho quý vị từ các hồ sơ được bảo vệ theo các luật bảo mật Liên Bang (42 CFR phần 2). Các luật Liên Bang nghiêm cấm quý vị tiết lộ thêm bất kỳ mục nào của thông tin này trừ khi việc tiết lộ thêm được cho phép tuyệt đối bằng văn bản đồng ý của người có liên quan hoặc về mặt khác còn được cho phép bởi 42 CFR phần 2. Sự cho phép chung về việc tiết lộ thông tin y tế hoặc thông tin khác là KHÔNG đủ cho mục đích này. Các luật Liên Bang nghiêm cấm bất kỳ việc sử dụng thông tin nào để điều tra hoặc truy tố bất kỳ bệnh nhân nào lạm dụng ma túy hoặc rượu bia đến mức gây án.