

رازی بوون  
CONSENT

**تیبینی بو کلايمنتتەکان:** فتر مانطه‌ی خزمه‌ت‌پوژار یه‌کانی تەندروستی و کومه‌لايیتی (DSHS) دفتوانیبت باشتر یارمەتیب بدات نەطەر نیمه‌ بتوانیبت له‌ پاتل نەم ریکخرا و نشتورانه کار بکەین کەوا تو و خیزانەکتەت دەناسن. نەطەر نەم فورمه وادوو (تەوقیع) بکەیت، ئەوا مانای وایه تو رازیت بۆه‌ی (DSHS) و ئەو ریکخراو و کەسانە‌ی کەوا لخواه‌قوه نووسراون سەغیری زانیاریه‌ نه‌ینیه‌کانی تو بکەن. فتر مانطه‌ی خزمه‌ت‌پوژار یه‌کانی تەندروستی و کومه‌لايیتی (DSHS) ناتوانیبت نەم یارمەتیه‌کانی کەوا بۆ دندریت رەت بکاتەوه نەطەر تو نەم فورمه وادوو نەکتەت تەتەها نەوه نەتیب نەطەر رازی بوونی تو ئیویست بێت بو بریاردان لەسەر شیبانی تو بو وەرطرتی یارمەتیه‌کان. نەطەر تو نەم فورمه وادوو نەکتەت، ئەوا (DSHS)، هیشتا له‌وانیه‌ی زانیاریه‌کانی تو نیشانێ کەسانێ تر بدات بۆ راده‌ی کەوا یاسا ریطه‌ی ئیاده‌. نەطەر هەر ئر سياریکت هەبێت دەراره‌ی ضوئیه‌ی نیشانەکانی زانیاری نه‌ینیه‌کانی کلايمنتتەکان و مافه‌ تاييبتەکانی تو به‌ کەسانی تر، ئەوا تکایه‌ سەغیری رینمایه‌کانی کردارەکانی زانیاریه‌ نه‌ینیه‌کانی DSHS بکه و قیان ئر سيار لخوا کەسه‌ بکه نەم فورمه بۆ دندت.

**ناسنامه و زانیاریه‌کانی کلايمنت:**

ناو	بهراری له‌تایک بوون	ذماره‌ی ناسنامه
ناونیشان	شار	هیماي ئوسته‌(زیت کود)
ذماره‌ی تەلفۆن (له‌طەل کودی وویلايەت یان ناوضه‌)	زانیاریه‌کانی تر	

**رازی بوون:**

من رازیم بۆه‌ی زانیاریه‌ نه‌ینیه‌کانی من بکە بێت له‌لایه‌ن DSHS بۆ مەبەستی ئالانانان و ریکخستن و ئیشکەش کردنی خزمه‌ت‌پوژاری و ضارەسەر کردن و مووضه‌ و یارمەتیه‌کان بو من و قیان بو نەم مەبەستانه‌ی کەوا له‌لایه‌ن یاساوه‌ ریطه‌ی ئیاده‌. من زیاتر ریطه‌ به‌ DSHS و نەم ریکخراو و دەرطه‌ و کەسانه‌ی خوارقوه‌ دده‌م که زانیاریه‌ نه‌ینیه‌کانی من بکە بیه‌ین و بۆ بکەتری ناشکرای بکەن بۆ نەم مەبەستانه‌ی سەر قوه‌. له‌وانیه‌ی زانیاریه‌کانی من به‌شویه‌یه‌کی زاره‌کی و قیان به‌هوی کۆمپوتەر و قیان ئوسته‌ و قیان به‌ده‌ست له‌ریطه‌ی نامه‌ بکە بیه‌ت.

تکایه‌ سەغیری هەموو نەم ریکخراو و کەسانه‌ی خوارقوه‌ بکه‌ کەوا له‌وانیه‌ی سەغیری زانیاریه‌ نه‌ینیه‌کانی تو بکەن بېجطه‌ له‌ DSHS وه هەول بده‌ به‌ناو و ناونیشان بیاناسی.

<input type="checkbox"/>	دەز طاکانی ئیشکەش کردنی ضاودیری تەندروستی:
<input type="checkbox"/>	دەز طاکانی ئیشکەش کردنی ضاودیری تەندروستی کەم عەقلەکان:
<input type="checkbox"/>	دەز طاکانی نشت بەستن به‌ ضارەسەری کیمیای:
<input type="checkbox"/>	دەز طاکانی تر که DSHS طریبه‌ستی له‌طەل کردون:
<input type="checkbox"/>	بهر نامەکانی نیشته‌جی کردن:
<input type="checkbox"/>	ناوضه‌کانی قوتابخانه‌ یان کۆلیده‌کان:
<input type="checkbox"/>	فتر مانطه‌ی به‌ریوه‌کردنی به‌دینخانه‌کان:
<input type="checkbox"/>	فتر مانطه‌ی بیمه‌ی کار و هاو به‌شته‌کانی له‌ کار کردن:
<input type="checkbox"/>	به‌ریوه‌تیرایه‌تی ده‌ست‌به‌ری (زمان) کومه‌لايیتی و دەرطانی تری حکومه‌تی فیدرالی:
<input type="checkbox"/>	سەغیری لیستی هاوئێض بکه‌ هی تر:

من ریطه‌ دده‌م و رازیم به‌ نیشانەکانی نەم فایل و زانیاریه‌ی خوارقوه‌ (نەم خانانه‌ نیشانەکه‌ که رازیت به‌ نیشانەکانیان):

<input type="checkbox"/>	هەموو فایل و تۆماره‌کانی کلايمنت (تاييبت به‌ من)
<input type="checkbox"/>	تۆماره‌کانی لیستی هاوئێضکراو
<input type="checkbox"/>	تەتەها نەم فایل و تۆماره‌ی خوارقوه‌
<input type="checkbox"/>	فایلی زانیاری خیزانی و کومه‌لايیتی و کار کردن
<input type="checkbox"/>	فایلی تۆماره‌کانی مووضه‌
<input type="checkbox"/>	هی تر (بیان نووسه‌):

ئالانەکانی ضاودیری تەندروستی و ضارەسەر کردن  قوتابخانه‌ و فیر کردن و راهینان  زانیاری ضاودیری تەندروستی  هەلسەتەکانی تاييبتی من

**تکایه‌ تیبینی نەوه‌ بکه‌:** نەطەر فایلی تۆماره‌کانی کلايمنتتەکانی تو هەر یه‌کێک له‌م زانیاریه‌ی خوارقوه‌ی ئیاده‌ بێت، ئەوا ده‌بیت نەم به‌شه‌ی خوارقوه‌ش تەواو بکەیت بۆ نەوه‌ی نەم تۆماره‌ی خوارقوه‌ش له‌خوه‌ بطریه‌:

من ریطه‌ دده‌م به‌ نیشانەکانی نەم تۆماره‌ی خوارقوه‌ (نەم خانانه‌ نیشانەکه‌ که رازیت به‌ نیشانەکانیان):

تەندروستی عەقلی  نەتجه‌مه‌کانی تشکینی HIV/AIDS و STD و ده‌سننیشان کردنی نەخۆشی و ضارەسەر کردن  خزمه‌ت‌پوژاری نشت بەستن به‌ ضارەسەری کیمیای

- نەم رازی بوونه‌ کاری ئیده‌کریه‌ بۆ ماوه‌ی  یه‌ک سال  تا نەم ماوه‌ی DSHS ئیویستی به‌ تۆماره‌کان ده‌بیت، یان  هەتا  (بهروار یان رووداو).

- له‌وانیه‌ی من له‌ هەر کاتیکدا نەم رازی بوونه‌ رەت بکەوه‌ یان بکەشموه‌ به‌شویه‌یه‌کی نووسراو، به‌لام کاریطه‌ری و تەبوه‌ندی نیه‌ به‌م زانیاریه‌ی که ئیشتر نیشانەکان یان ناشکرا کران من تیده‌تم له‌وه‌ی کەوا تۆمار و فایله‌ نیشانەکان به‌طویه‌ی نەم رازی بوونه‌ ضی تر مافی ئاراستنی نامینیت به‌طویه‌ی نەم یاسایه‌ی کەوا له‌لایه‌ن DSHS جی به‌جی ده‌کریه‌ کوشیه‌کی نەم فورمه‌ کاری ئیده‌کریه‌ بۆ مەبەستی رازی بوونی من به‌ نیشانەکان و سەغیر کردنی تۆمار و زانیاریه‌کان

واذوو	بهروار	ذماره‌ی تەلفۆنی دەرطه‌ (فتر مانطه‌) \ واذوو	بهروار
واذوو دایک و باوک یان نوینەر ه‌کانی تر (نەطەر بکریه‌)		ذماره‌ی تەلفۆن (له‌طەل کودی ناوضه‌ یان وویلايەت)	بهروار

نەطەر تۆماره‌کان ئیوه‌ندیان به‌منه‌وه‌ نەبیت، ئەوا من ریطه‌م ئیاده‌ نەم فورمه‌ وادوو بکەم ضونکه‌ من ( به‌طه‌نامه‌ی سەلمانندی راستی قسه‌کانت هاوئێض بکه‌):

دایک و باوکم  ضاودیری یاسایی نەم کەسه‌م (فرمانی دادطا هاوئێض بکه‌)  نوینەری تاييبتیم  هی تر:

**ناطاداری بۆ وەرطری زانیاریه‌کان:** نەطەر نەم تۆماره‌ زانیاری ئیاده‌ بوو دەراره‌ی HIV، STDs، AIDS، نەوا زیاتر ریطه‌ت ئینداریه‌ نەم زانیارانه‌ ناشکرا بکەیت به‌یه‌ی موله‌تی دیاریکراو له‌لایه‌ن کەسه‌کەوه‌. نەطەر تو زانیاریه‌ت وەرطرتوه‌ دەراره‌ی دەرمانی بی هوشکەر یان سەترئیزی مادده‌ی نەلکحولی له‌لایه‌ن کەسه‌کەوه‌ (کلايمنت)، ئەوا تو ده‌بیت نەم ده‌سنوواذی خوارقوه‌ش له‌طه‌لی دا بێت کاتیک زانیاری زیاتر ناشکرا ده‌کتەت هەر وەک کەوا داوا کراره‌ له‌لایه‌ن یاسای 42 CFR 2.32:

نەم زانیاریه‌ ناشکرا کران بو تو له‌م تۆماره‌ی کەوا ئار یزراون به‌طویه‌ی یاساکی ئاراستنی نه‌ینی حکومه‌تی فیدرالی (42 CFR به‌شی 2). یاساکی حکومه‌تی فیدرالی ریطه‌ به‌تو نادات زیاتر نەم زانیاریه‌ ناشکرا بکەیت بۆ کەسانی تر تەتەها نەوه‌ نەبیت نەطەر نەم کەسه‌ی زانیاریه‌کانی ئیوه‌سنه‌ ئیبه‌ به‌ نووسراویک رازی بوونی خۆی رابطه‌یه‌بیت وه به‌م شویه‌ی کەوا له‌لایه‌ن 42 CFR به‌شی 2 ریطه‌ی ئیاده‌ موله‌تیکی طه‌ستی بۆ بلاوکردنه‌وه‌ی زانیاری ئریشکی یان زانیاریه‌کانی تر یه‌س نیه‌ بۆ بلاوکردنه‌وه‌ی نەم زانیاریه‌ یاساکی حکومه‌تی فیدرالی ریطه‌ نادات به‌بلاوکردنه‌وه‌ی هەر زانیاریه‌ک بۆ مەبەستی لیکۆلینه‌وه‌ له‌ تاوان و قیان دادطای کردنی هەر کەسێک کەوا مادده‌ی بی هوشکەر یان نەلکحولی به‌کار ده‌هینیت.

## INSTRUCTIONS FOR COMPLETION OF CONSENT FORM

**Purpose:** Use this form when you need consent to use confidential information on a continuing basis about a client within DSHS or to disclose that information to other agencies to coordinate services or for treatment, payment or agency operations or for other purposes recognized by law. Clients are persons receiving benefits or services from DSHS.

**Use:** Fill out this form electronically if possible for ease of reading, **A separate form must be completed for each person, including children.** "You" in the instructions refers to the DSHS employee and "you" on the form refers to the client. Sharing of records includes the use and disclosure of confidential information about a client.

### Parts of Form:

#### IDENTIFICATION:

- **Name:** Provide the name of one client only on each form. Include any former names that client may have used when receiving services.
- **Date of Birth:** Needed to identify client from persons with similar names.
- **Identification Number:** Provide a client identification number or other identifier such as a social security number (not required) to assist in identifying records and tracking history and services received.
- **Address and telephone:** Additional information that will help in locating and identifying or contacting the client.
- **Other:** Include in this box any additional information that may help to locate records that may include parts of DSHS involved with services, names of family members, or other relevant information.

#### CONSENT (AUTHORIZATION):

- **Agencies or persons exchanging records:** The client's completion of this form allows the use and sharing of confidential information within all of DSHS. DSHS will be able to disclose to and receive confidential information from the outside agencies or persons listed. Provide identifying information about the agencies or providers, including name, address or location if possible. You may also attach a list of agencies allowed to share information which the client must also sign.
- **Information included:** Clients must indicate what records are covered by the consent. Clients may make all records available or may limit the included records by date, type or source of record. If a client does not sign a consent or does not specify a particular record, sharing of that record will still be allowed if permitted by law. You may attach a list of covered records that the client must also sign. If any records include information relating to mental health (RCW 71.05.620), HIV/AIDS or STD testing or treatment (RCW 70.24.105), or drug and alcohol services (42 CFR 2.31(a)(5)), the client must mark these areas specifically to give permission to share these records. This form is not valid to include psychotherapy notes under 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) and a separate form must be completed to include those records.
- **Duration:** Include an expiration date for the consent that serves your program purposes or as provided by law.
- **Understanding:** Be sure the client understands what permission is being granted and how and why information will be shared. If needed, use a translated form and interpreter or read the form aloud. If the client needs more information, provide an additional copy of the DSHS Notice of Privacy Practices or refer the client to the public disclosure officer for your unit

#### SIGNATURES:

- **Client:** Have client or a child over age of consent (13 for mental health and drug and alcohol services; 14 for HIV/AIDS and other STDs; any age for birth control and abortions; 18 for health care and other records) sign this box and insert the date of signature. The client may substitute a mark in this box that you witness.
- **Agency Contact or Witness:** You will sign in this box if you are the one presenting and explaining the form to the client. Please include your telephone number. If the client will be signing the form away from a business site, instruct the client to have a witness sign in this block and provide a telephone number. A notary public may serve as a witness to a client signature.
- **Parent or Other Representative:** If the client is a child under the age of consent, a parent or guardian must sign. If the child does not meet the age of consent for all records to be shared, both the child and the parent must sign. If the client has been declared legally incompetent, the court appointed guardian must sign and provide a copy of the order of appointment. If someone is signing in another capacity (including a person with a power of attorney or an estate representative), mark "other" and obtain a copy of the legal authority to act. The person signing must date the signature and give a telephone number or contact information.