



Департамент по охране психического здоровья в округе Лос-Анджелес
Согласие на осуществление наблюдения сотрудником/волонтером/ стажером

Согласие и выдача разрешения

Нижеподписавшийся клиент* или ответственный взрослый** дает согласие и разрешает сотрудникам, волонтерам и/или стажерам вышеуказанного учреждения/программы наблюдать за сеансами по оказанию помощи в области психического здоровья в целях обучения, повышения квалификации и/или улучшения качества обслуживания.

Нижеподписавшийся понимает и подтверждает следующее:

1. Я имею право в любое время отказать другим сотрудникам, волонтерам или стажерам в наблюдении за сеансами.
2. Подписание этой формы никак не повлияет на предоставление или качество оказываемых мне услуг в области психического здоровья.
3. Наблюдения будут проводиться исключительно в целях обучения, повышения квалификации и/или улучшения качества обслуживания.
4. Данное согласие является полностью добровольным.
5. Данное согласие остается в силе до тех пор, пока я (или мой законный представитель**) не отзову его в письменной форме или пока мне не будет прекращено оказание услуг.
6. Наблюдать могут из соседней комнаты через зеркало Гезелла (полупрозрачное зеркало с односторонней видимостью) или находиться прямо в кабинете вместе со мной и моим специалистом по психическому здоровью.

Подтверждения и подписи

Подпись клиента*:	ФИО клиента:	Дата:
Подпись ответственного взрослого**:	Степень родства с клиентом:	Дата:
Подпись свидетеля / переводчика***:	Язык перевода:	Дата:

Перевод и предоставление копии документа:

* Данное Согласие было переведено на _____ для клиента и/или ответственного взрослого. (Примечание: Если была подписана переведенная версия данного Согласия, приложите переведенную копию к этой версии на английском языке.)

Настоящая конфиденциальная информация предоставляется Вам в соответствии с законами и правилами штата, а также федеральными законами и правилами, включая, помимо прочего, применимый Кодекс о социальном обеспечении и учреждениях, Гражданский кодекс и Стандарты конфиденциальности HIPAA. Копирование настоящей информации с целью дальнейшего ее раскрытия или распространения запрещено без предварительного письменного разрешения клиента/уполномоченного представителя, которому она принадлежит, если иное не предусмотрено законом. Уничтожение настоящей информации требуется после выполнения заявленной цели первоначального запроса.

Имя: _____ ID №: _____

Агентство: _____ Поставщик услуг №: _____

Округ Лос-Анджелес – Департамент по охране психического здоровья



* Статус копии Соглашения для лица, подписывающего его:

- ☐ Копия данного Соглашения БЫЛА предоставлена лицу, подписавшему его
- ☐ Лицо, подписавшее данное Соглашение, ОТКАЗАЛОСЬ от получения его копии

Дата предоставления/отказа: _____ Инициалы сотрудника: _____

Документация об отказе в осуществлении наблюдения другими лицами и об отзыве Соглашения

(Заполняется ТОЛЬКО персоналом, если клиент/ответственное взрослое лицо отказывается подписывать Соглашение или отзывает его)

- ☐ Клиент согласен получить услуги, но не хочет подписывать данную форму Соглашения.
- ☐ Клиент против того, чтобы за сеансом наблюдали.
- ☐ Клиент/ответственный взрослый ранее дал Соглашение, но желает ОТОЗВАТЬ его с: _____ (Дата).

Подпись сотрудника:

Дата:

* Несовершеннолетний клиент: Если несовершеннолетний клиент получает услуги под собственную подпись, в его медицинской карте должна быть подшита подписанная им форма Соглашения несовершеннолетнего.

** Ответственный взрослый: Опекун, попечитель или родитель несовершеннолетнего, когда это требуется по закону.

*** Свидетель/переводчик: Лицо, которое было свидетелем подписания формы (сотрудник или другое лицо) ИЛИ перевело эту форму на другой язык для клиента.

Настоящая конфиденциальная информация предоставляется Вам в соответствии с законами и правилами штата, а также федеральными законами и правилами, включая, помимо прочего, применимый Кодекс о социальном обеспечении и учреждениях, Гражданский кодекс и Стандарты конфиденциальности HIPAA. Копирование настоящей информации с целью дальнейшего ее раскрытия или распространения запрещено без предварительного письменного разрешения клиента/уполномоченного представителя, которому она принадлежит, если иное не предусмотрено законом. Уничтожение настоящей информации требуется после выполнения заявленной цели первоначального запроса.

Имя: _____ ID №: _____

Агентство: _____ Поставщик услуг №: _____

Округ Лос-Анджелес – Департамент по охране психического здоровья