

Information Sharing Consent Form

Service User Name

NHS Number

Avon and Wiltshire Mental Health Partnership NHS Trust (AWP) will, in some cases need to share information with other Trusts or Organisations. The reason for doing this will be for your direct care (Healthcare). Occasionally, information may be shared as a result of a public interest, a legal obligation or a safeguarding concern. More information can be found within your 'Sharing Your Personal Information' leaflet.

How AWP will use your data? (PLEASE TICK APPROPRIATE OPTION)

Do you give AWP "Permission to View" your Summary Care Record on an on-going basis? Yes No

Do you consent to AWP sharing your personal information with a carer or relative? Yes No

Name	Relationship	Information to be shared
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

If you consent to AWP contacting you via electronic communications, please tick the appropriate boxes below

Email Text Telephone

Email Address

Home Number

Mobile Number

Name

Signature

Signed by Service user Or Authorised Representative

Date

To be completed by Staff member

Name Job Title

Signature Date

IMPORTANT INFORMATION FOR STAFF

Please upload this document into RO / iaptus and destroy the paper copy

If there has been an "opt out" for SMS (e.g. no box ticked) please can you contact and inform your team administrator so they can actively "opt out" the service user from the SMS Envoy System.

তথ্য শেয়ার করার সম্মতি প্রদানের ফর্ম

পরিবেশ ব্যবহারকারীর নাম

এনএইচএস নম্বর

আব্বোন এন্ড উইলশায়ার মেটাল হেলথ পার্টনারশিপ এনএইচএস ট্রাস্ট (এইচএপি) কিছু কিছু ক্ষেত্রে আব্বোন ট্রাস্ট বা অন্যর মত প্রয়োজন অনুযায়ী তথ্য শেয়ার করে। এটি করার কারণটি হল আপনার সরাসরি সেবা (স্বাস্থ্যসেবা)। কখনও কখনও তথ্য ভ্রমহীন, আইসি স্বাক্ষরকরণ বা বিসংগত পরিষ্কার চনসমূহ শেয়ার করা হতে পারে। আপনার আগ্রহে যদি তথ্য শেয়ার করা বিতর্কিত মনে আরও তথ্য পাওয়া যাবে।

এইচএপি কিভাবে আপনার ডেটা ব্যবহার করবে? (যদি করে উপযুক্ত বিকল্প টিক দিন) (যদি করে

আপনি কি চনসম্মতি দিয়েছেন আপনার সংশ্লিষ্ট সেবা প্রকল্পকে এইচএপিকে "তথ্য অসম্মতি" দেবে? হ্যাঁ না

আপনি কি বেসকারী বা আইসি সেবা মেনে আপনার ব্যক্তিগত তথ্য শেয়ার করার পক্ষ সমর্থন? হ্যাঁ না

নাম	সম্পর্ক	তথ্য শেয়ার করা হবে
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

আপনি যদি ইলেকট্রনিক যোগাযোগ মাধ্যমে আপনার মতামত বোঝানোর ক্ষেত্রে এইচএপি-এর সাথে সম্মত হন তবে যথা করে মীডের উপযুক্ত অনুমতি টিক দিন

ইমেল টেক্সট টেলিফোন

ইমেল ঠিকানা

ঘরিত নম্বর

মোবাইল নম্বর

নাম

স্বাক্ষর

স্বাক্ষরিত পরিবেশ ব্যবহারকারী বা অনুমোদিত প্রতিনিধি

তারিখ

কর্মচারী মতামত পূরণ করবে

নাম পদের বিবরণ

স্বাক্ষর তারিখ

***কর্মচারীর মত পূরণের তথ্য**

যদি করে এই তথ্যসমূহ সঠিকভাবে (RO)/iaptus-এ আপলোড করে এবং প্রয়োজন অনুযায়ী তাই করে নেবেন

যদি আপনাদের কোন প্রশ্ন থাকে "অপ্ট আউট বা অপ্ট ইন" সহ যোগাযোগ করে (উপরে উল্লিখিত করে টিক করে নিন)। যদি করে আপনি আগ্রহে তথ্য শেয়ারকরণের মত বিতর্কিত করে এবং প্রয়োজন অনুযায়ী তথ্য শেয়ার করা আরও তথ্যসমূহ জানতে চান তবে পরিবেশ ব্যবহারকারীকে "অপ্ট আউট বা অপ্ট ইন" করার মতামত দিন।

তথ্য শেয়ার করার জন্য সম্মতি প্রদানের ফর্ম
তারিখ: 2.0

সুস্থস্বাস্থ্যসেবার তারিখ: মার্চ 2021