



بموافقتي

أقر أنا،

(الاسم الأول والأخير للشخص المانع للتصريح)

(الاسم الأول والأخير والعنوان ورقم هاتف الشخص أو المؤسسة أو المنظمة الذي يمتلك السجلات/ المعلومات)

للإفصاح لإدارة الأطفال والعائلات (DCF) و

(الاسم الأول والأخير وعنوان ورقم هاتف عضو الإدارة الذي تلقى المعلومات)

المعلومات / السجلات المتعلقة بـ:

(الاسم الأول والأخير وتاريخ ميلاد الشخص صاحب السجل)

<input type="checkbox"/> نوع السجلات التي سيتم إصدارها (ضع علامة على كل ما ينطبق):
<input type="checkbox"/> أمراض نفسية
<input type="checkbox"/> نفسي
<input type="checkbox"/> طبي
<input type="checkbox"/> تعليمي
<input type="checkbox"/> أدوية
<input type="checkbox"/> ملاحظات بشأن العلاج النفسي (ملحوظة: لا يمكن الجمع بين ملاحظات العلاج النفسي والطلب الخاص بأي سجلات أخرى).
<input type="checkbox"/> أخرى (اذكرها بإيضاح):
<input type="checkbox"/> أوافق بتفويض خاص مني على نشر المعلومات الحساسة التالية من سجلاتي: (وقع فيما يلي لنشر نوع/أنواع المعلومات الحساسة التي توافق على منحها)
<input type="checkbox"/> سوء استخدام المواد المخدرة (الكحول/ المواد المخدرة)
<input type="checkbox"/> المعلومات المتعلقة بالإيدز/ نقص المناعة السرية
<input type="checkbox"/> الأمراض التي تنتقل جنسياً
<input type="checkbox"/> الفحوصات الجينية
<input type="checkbox"/> الغرض من التفويض/ الإفصاح:
<input type="checkbox"/> طبيعة ونطاق المعلومات التي سيتم الإفصاح عنها هي السجل بأكمله فيما عدا ما يرد أدناه:
<input type="checkbox"/> سينتهي هذا التفويض خلال عام، إذا لم يتم إلغاؤه
<input type="checkbox"/> أدخل تاريخ الانتهاء - عام واحد من اليوم
<input type="checkbox"/> أتفهم أن رفض توقيع هذا التفويض لن يؤثر على حقي في الحصول على خدمات حالية ومستقبلية، فيما عدا إذا كان الإفصاح عن السجلات المطلوبة ضرورياً للخدمات. كما أتفهم أيضاً أن بإمكانني إلغاء هذا التفويض عن طريق إخطار الإدارة (DCF) أو المتلقي المذكور اسمه بالأمر كتابياً. لن ينطبق إلغاء هذا التفويض على أي سجلات تم الإفصاح عنها قبل إلغاء التفويض. تبعا لـ 17 a-28(k) C.G.S.، لن تخضع المعلومات التي تم الإفصاح تبعا لهذا التفويض لأن يتم الإفصاح عنها مجدداً من قبل متلقيها دون الحصول على موافقة أخرى منفصلة لهذا الغرض فيما عدا ما يرد به نص في القانون المذكور.
<input type="checkbox"/> توقيع الشخص المفوض بالإفصاح أو الممثل المفوض بذلك.
<input type="checkbox"/> التاريخ
<input type="checkbox"/> ولي الأمر/ الوصي
<input type="checkbox"/> المحامي
<input type="checkbox"/> وصي بأمر محكمة
<input type="checkbox"/> أخرى (اذكرها بإيضاح):
<input type="checkbox"/> ضع علامة في الصناديق التالية إذا ما كان قد تم توقيع هذا النموذج بواسطة شخص آخر غير الشخص صاحب السجل:

ملحوظة: سرية سجلات المرض النفسي أو سوء استخدام العقاقير المخدرة و/أو الكحول ومرض الإيدز/ نقص المناعة البشرية هو أمر ضروري ولا ينبغي نقل أي معلومات من هذه السجلات بعينها لأي شخص آخر دون موافقة أو تفويض مكتوب بموجب تشريعات كونيكتيكت العامة، الفصول 899c و 368x واللوائح الفيدرالية CFR 2 42. تمنع هذه القوانين متلقي السجل من الإفصاح عن المعلومات مرة أخرى دون موافقة كتابية محددة من الشخص الذي يتعلق به هذا السجل. لا يكفي الحصول على تفويض عام لنشر هذه المعلومات من أجل هذا الغرض.