



Je, soussigné(e), _____ autorise
(nom et prénom de la personne accordant la permission)

_____ (nom et prénom, adresse et numéro de téléphone de la personne, de l'institution ou de l'organisme en possession des dossiers/informations)
à communiquer au Department of Children and Families (DCF) et à

_____ (nom et prénom, adresse et numéro de téléphone du personnel du DCF récepteur)
les renseignements ou dossiers ayant trait à :
_____ (nom, prénom et date de naissance de la personne objet des données)

Type de dossiers à communiquer (cochez tous les cas qui s'appliquent)	
<input type="checkbox"/> Psychiatriques	<input type="checkbox"/> Psychologiques
<input type="checkbox"/> Médicaux	<input type="checkbox"/> Scolaires
<input type="checkbox"/> Traitements	
<input type="checkbox"/> Notes de psychothérapie (REMARQUE : les notes de psychothérapie ne peuvent pas être demandées en plus d'autres dossiers).	
<input type="checkbox"/> Autre (expliquez) :	
<input type="checkbox"/> J'autorise expressément la sortie des informations sensibles suivantes de mon dossier : (signez ci-dessous pour obtenir communication du ou des types d'informations sensibles que vous autorisez)	
<input type="checkbox"/> Consommation de substances (alcool/stupéfiants)	_____
<input type="checkbox"/> Informations confidentielles liées au VIH/sida	_____
<input type="checkbox"/> Maladies sexuellement transmises	_____
<input type="checkbox"/> Tests génétiques	_____
Objet de l'autorisation/la divulgation :	
La nature et l'étendue des informations à communiquer est l'intégralité du dossier, sauf mention contraire ci-dessous :	
Cette autorisation expirera dans un an, à moins d'être annulée _____ Saisissez la date d'expiration : un an à partir d'aujourd'hui	
Je comprends qu'un refus de signer ce formulaire d'autorisation sera sans effet sur mon droit à obtenir des services actuels et futurs, sauf si la communication des données demandées est nécessaire aux services. Je comprends également que je peux révoquer cette autorisation en prévenant le DCF ou le destinataire par écrit. Une révocation de cette autorisation ne s'appliquera pas à des données communiquées avant la date de révocation. Aux termes des statuts généraux du Connecticut (C.G.S. 17a-28(k)), les informations communiquées dans le cadre de la présente autorisation ne peuvent faire l'objet d'une nouvelle communication de la part du destinataire sans une autorisation distincte délivrée à cette fin, sauf dans les conditions stipulées par ledit statut.	
Signature de la personne autorisant la divulgation ou de son mandataire _____ Date _____	
Cochez les cases ci-dessous si ce formulaire a été signé par une personne autre que celle faisant l'objet des données :	
<input type="checkbox"/> Parent/tuteur	<input type="checkbox"/> Avocat
<input type="checkbox"/> Tuteur désigné	<input type="checkbox"/> Autre (expliquez) :

REMARQUE : La confidentialité des informations de nature psychiatrique, et celles relatives à l'abus de stupéfiants et/ou d'alcool est une obligation. Aucune information provenant desdits dossiers ne sera transmise à qui que ce soit d'autre dans un accord ou un consentement écrit aux termes des Statuts généraux du Connecticut, chapitres 899c et 368x et des Réglementations fédérales 42 CFR 2. Ces lois interdisent au destinataire des informations de procéder à une autre communication sans le consentement exprès écrit de la personne à laquelle elles se rapportent. Une autorisation générale pour la communication de ces informations n'est PAS suffisante à cette fin.