طلب موافقة نشر معلومات عن "منطقة الجوار"

أنا، _____ أطلب الخدمات من "منطقة الجوار" لأجلي ___، لعائلتي ___، لطفلي (حدد كافة ما ينطبق عليك) . بتوقيعي هذا الطلب، أسمح لطاقم "منطقة الجوار" حق تبادل المعلومات من أجل الخدمات المتوفرة لي و/أو لعائلتي. قد تتضمن تقييم لاحتياجاتنا وتطوير خطة خدمات لدراسة كيفية التوصل لتوفير هذه الاحتياجات.

أنا على يقين أن السماح بنشر هذه المعلومات سيخدم فقط في توفير وتحسين الخدمات لي ولعائلتي و/أو طفلي ولتفادي أي ازدواج بين الوكالات. إن الإفصاح عن المعلومات محدود لطاقم "منطقة الجوار" وضمن المنظمات ولن ينشر لأي شخص آخر دون إذن خطي.

لدى الوكالات أدناه موافقتي الخطية لتبادل المعلومات السرية الخاصة إلا في حال وضع الحروف الأولى المختصرة لاسمي مقابل الوكالات التي لا أرغب فها أن تتوفر لها هذه المعلومات.

الجمعيات الخيرية الحكومية أو الخاصة

الرجاء وضع الحروف الأولى المختصرة لاسمك مقابل الوكالات التي لا ترغب لها أن تتوفر لها هذه المعلومات. الرجاء كتابة أسماء الوكالات الأخرى التي تريد إضافتها:

_____ مجلس العائلات والأطفال لولاية Kentucky
قسم الحماية والاستمرار

_____ مجلس العائلات والأطفال لولاية Kentucky
قسم دعم العائلات

_____ الخدمات الإنسانية لمقاطعة جيفرسون

_____ قسم الصحة لمقاطعة جيفرسون

_____ المدارس العامة لمقاطعة جيفرسون

_____ مدينة لويس فيل – قسم الجوار

_____ خدمات المقاطعات السبعة المتحدة

_____ أخرى

_____

_____

(الرجاء وضع الحروف الأولى المختصرة لاسمك للمعلومات التي ترغب استثنائها من إذن السماح. الرجاء كتابة المعلومات التي تريد إضافتها إلى هذا الإذن.)

_____ الاسم الكامل ومعلومات أخرى
عن نفسي وعائلتي وطفلي

_____ سجلات تدل على دعاوى قضائية للأحداث
بما فيها إلقاء القبض لمحاكمة

_____ التاريخ التعليمي والاجتماعي
والملاحظات

_____ سجلات تدل على الاعتماد على الدعاوى
القضائية في محكمة الأحداث

_____ خطط المعالجة والخدمات والتعليم

_____ التزكية للمزودين الآخرين

_____ السجلات الطبية والمعلومات المتعلقة
بالصحة العقلية

_____ سجلات نظام HANDS

_____ أخرى:

_____

_____

لقد قمت بقراءة وفهم محتويات هذا الطلب؛ لقد حصلت على نسخة وأوافق على الشروط ماعدا النقاط التي أشرت إليها بحروف اسمي المختصرة.

يبقى هذا الترخيص ساري المفعول للحصول على الخدمات من الوكالات أعلاه وتبادل المعلومات السرية الخاصة لمدة ١٢ شهرا. وأعلم بإمكاني سحب موافقتي خطياً في أي وقت أرغب، لكني أدرك أن سجلاتي ربما تكون قد سلمت وتكرر تسليمها لآخرين قبل أن أطلب إلغاء هذه الموافقة.

التوقيع الذاتي أو للأطفال	التاريخ	توقيع الشاهد	التاريخ

الوالدين/الولي (الرجاء إدراج أسماء الأطفال)

هذه الوثيقة لا تسمح بنشر المعلومات المتعلقة بتاريخ المعالجة ضد استعمال الكحول والمخدرات، أو الأمراض المنتقلة جنسياً، أو حالة مرض نقص المناعة. بناءً على القانون الفدرالي، يجوز تسليم المعلومات الصحية المحمية دون تخويل إذا كان ذلك لأجل المعالجة، أو التسديد، أو عمليات العناية الصحية. لا يتطلب الإذن للاستجابة مع القوانين المتعلقة بالتقرير الإلزامي للإساءة المشتبه بها أو الإهمال أو التقييم بوجود خطر جاد للنفس أو الآخرين.