



የአርሊንግተን የድርጅት ለድርጅት የማህበረሰብ ጥናት ቡድን

በመኖሪያ አካባቢዎች መካከል ለሚካሄድ የመረጃ ልውውጥ የሚሰጥ ፍቃድ

በቅርቡ መኖሪያዎን ከአርሊንግተን ካውንቲ ወሰኖች ውጭ ወደሆነ ቦታ የቀየርኩ በመሆኑ በአጠቃላይ የአገልግሎቶች ህግ የገንዘብ ድጋፍ የሚደረግላቸው አገልግሎቶችን ማግኘቴን ለመቀጠል የአርሊንግተን ካውንቲ የልጅን ወቅታዊ ጥንካሬዎች፣ ፍላጎቶችና አገልግሎቶች የተመለከተ መረጃ ለአዲሱ የመኖሪያ ካውንቲዬ መስጠት እንዳለበት እረዳለሁ። ይህን ቅጽ በመፈረም ለአርሊንግተን ካውንቲ የአገልግሎቶቼን መቅረብ ለማስቀጠል ይህን መረጃ ለአዲሱ የመኖሪያ ካውንቲዬ እንዲሰጥ እፈቅዳለሁ።

እኔ፡ _____ ይህን ቅጽ የምፈረመው
 (የፍቃድ ሰጪው ሰው ወይም ሰዎች የታተመ ሙሉ ስም)

ስለ (የደንበኛ የታተመ ሙሉ ስም)

(የደንበኛ አድራሻ) _____ (የደንበኛ የትውልድ ቀን) _____ (የደንበኛ SSN) ወክዬ ነው _____

ከደንበኛው ጋር ያለኝ ዝምድና፡ ደንበኛው እራሴ ነኝ ወላጅ ነኝ አሳዳጊ ነኝ

የውክልና ስልጣን ተሰጥቶኛል ሌላ በህግ የተፈቀደ ውክልና አለኝ

(የላኪ/ሪፈር ባይ ድርጅት እና የድርጅቱ የግንኙነት ሰራተኛ ስምና አድራሻ)

ደንበኛውን በተመለከተ የሚከተለው የሚሰጥ መረጃ (ከእጽ ወይም የአልኮል መጠጥ ሱስ መድሀኒት ወይም ህክምና መረጃ በስተቀር) ልውውጥ እንዲደረግ እፈልጋለሁ። መረጃው በጽሁፍ መልኩ፣ በስብሰባዎች ላይ፣ በስልክ ወይም በኮምፒውተር በታዘዘ ዳታ እንደሚገለጽ እረዳለሁ።

<input type="checkbox"/> አዎ	<input type="checkbox"/> አይ	<input type="checkbox"/> የጥናት መረጃ	<input type="checkbox"/> አዎ	<input type="checkbox"/> አይ	<input type="checkbox"/> ህክምና	<input type="checkbox"/> አዎ	<input type="checkbox"/> አይ	<input type="checkbox"/> የትምህርት መዝገቦች
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	የፋይናንስ/ገንዘብ መረጃ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	የአእምሮ ጤና ህክምና	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	የአእምሮ ህክምና መዝገቦች
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	አስፈላጊ ጥቅማ ጥቅሞች/አገልግሎቶች	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	የህክምና መዝገቦች	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	የወንጀል ፍትህ መዝገቦች
		የታቀዱ እና/ወይም የተወሰዱ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	የሥነ ልቡና ህክምና መዝገቦች	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	የስራ ቅጥር መዝገቦች

የማህበረሰብ ጥናት ቡድኑ (CAT) የሚከተሉትን ድርጅቶች ተወካዮች እንደሚይዝ እረዳለሁ፡

የአእምሮ ጤና፣ የአእምሮ አለመስራት እና የንጥረ ነገር/እጽ ሱስ	የህጻናትና ቤተሰብ አገልግሎት ምድብ
የአርሊንግተን የህዝብ ትምህርት ቤቶች	የማረሚያዎች መምሪያ
የጤና ምድብ	የፓርኮችና መዝናኛዎች ምድብ
የወጣት ጥፋተኞችና የቤት ውስጥ ግንኙነቶች ፍርድ ቤቶች	የወላጅ ተወካይ
የግል ድርጅቶች	በፍርድ ቤት የሚሾሙ ልዩ ጠበቆች (CASA)

እነዚህ ድርጅቶች አገልግሎት ለማስተባበር እና ለህክምና ዕቅድ ዝግጅት የወንድ ወይም ሴት ልጄን መረጃ ይለዋወጣሉ። በሁሉም የተዘረዘሩት ድርጅቶች መካከል ለሚደረግ የመረጃ ልውውጥ ፍቃድ አለመስጠት ይህ ለልጄ አገልግሎቶች ለማቅረብ የሚደረግ የድርጅት ለድርጅት ሪፈራል አስራር እንዲቆም ያደርጋል።

ይህ ፍቃድ አስከሚከተለው ጊዜ _____ ለ3 ወራት፣ የCSA ጉዳይ አስከሚዘጋ ድረስ፣
 ወይም እስከ _____

እባክዎ የዚህን ገጽ የጀርባ ክፍል ይመልከቱ - ፍቃድ ሰጪው ሰው መፈረም አለበት

- ይህን ፍቃድ ለመረጃ ሰጪው ድርጅት በጽሁፍ በማሳወቅ በየትኛውም ጊዜ ልሰርዝ እችላለሁ። ይህ ከላይ የተዘረዘሩት ድርጅቶች ፍቃዴን መሰረዙን ካወቁ በኋላ መረጃ መለዋወጣቸውን እንዲያቆሙ ያደርጋል።
- ምን እኔን የተመለከተ መረጃ እንደተገለጸ፣ እና ለምን፣ መቼ እና ለማን እንደተገለጸ የማወቅ መብት አለኝ። የምጣይቅ ከሆነ እያንዳንዱ ድርጅት መረጃውን ያሳያኛል።
- ሁሉም ድርጅቶች የዚህን ቅጽ ኮፒውን መረጃውን ለመግለጽ እንደተሰጠ ህጋዊ ፍቃድ አድርገው እንዲወስዱት እፈልጋለሁ።
- ይህን ቅጽ የማልፈርም ከሆነ መረጃ አይገለጽም እንዲሁም ለእያንዳንዱ ድርጅት የሚፈልገውን መረጃ ለመስጠት እያንዳንዱን ድርጅት ማናገር ይኖርብኛል።

ፊርማ(ዎች) _____ ቀን _____
 (ፍቃድ ሰጪው ሰው ወይም ሰዎች)

ስለ ቅጹ ማብራሪያ የሚሰጠው ሰው፦ _____
 ስም ጎሳፊነት ስልክ ቁጥር

ምስክር (ካስፊለገ)፦ _____
 ፊርማ አድራሻ ስልክ ቁጥር

ይህ የመረጃ መግለጫ ቅጽ በመረጃ ተደግፎ የሚቀርብበት ማስታወሻ፡ ይህ መረጃ የተገለጸልዎት በፌዴራል የአልኮል መጠጥ ወይም የዕጽ ሱስ የታካሚ መዝገቦች ሚስጥራዊነት ሕጎች (42CFR part 2) ስር ጥበቃ ከሚደረግላቸው መዝገቦች ላይ ነው። የፌዴራል ሕጎች መረጃው በሚመለከተው ሰው ግልጽ የጽሁፍ ፍቃድ ካልተሰጠ ወይም በ42 CFR ክፍል 2 ካልተፈቀደ በስተቀር የትኛውንም መረጃውን በተጨማሪ መግለጽን ይከለክላሉ። የህክምና ወይም ሌላ መረጃን ለመግለጽ የሚሰጥ ጠቅላላ ፍቃድ ለዚህ አላማ በቂ አይደለም። የፌዴራል ሕጎች መረጃውን ለየትኛውም የወንጀል ምርመራ ወይም የትኛውንም የአልኮል ወይም የእጽ ሱስኛ ታካሚ ለመወንጀል ጥቅም ላይ እንዳይውል ይከለክላሉ።

ለድርጅት ግልጋሎት ብቻ

ፍቃዱ፦

ሙሉ በሙሉ ተሸሯል

በሚከተለው መልኩ በክፊል ተሸሯል፦

ፍቃዱ መሻሩን የሚያሳይ ማስታወቂያ በሚከተለው መንገድ ተልኳል፦

ደብዳቤ (ኮፒውን ያያይዙ) ጥያቄው የደረሰበት ቀን፦ _____

ጥያቄውን የተቀበለው የድርጅት ተወካይ፦ _____

_____ (የድርጅት ተወካይ ሙሉ ስምና ጎሳፊነት)

_____ (የድርጅት አድራሻ)