

فريق التقييم المجتمعي المشترك بين الهيئات في أرلينغتون

الموافقة على تبادل المعلومات فيما بين المناطق المحلية

نظراً إلى انتقالنا مؤخراً خارج حدود مقاطعة أرلينغتون، أدرك أنه للاستمرار في تلقي الخدمات الممولة بموجب قانون الخدمات الشاملة، يجب أن تقدم مقاطعة أرلينغتون المعلومات الخاصة بمواطن قوة طفلي واحتياجاته وخدماته الحالية إلى المقاطعة الجديدة التي أقيم فيها. وبالتوقيع على هذه الاستمارة، أسمح لمقاطعة أرلينغتون بتقديم هذه المعلومات إلى المقاطعة الجديدة التي أقيم فيها من أجل استمرار تقديم الخدمات.

أنا أوقع هذه الاستمارة من أجل

أنا

(اسم الشخص الموافق أو الأشخاص الموافقین بالكامل بحروف واضحة)

(اسم العميل بالكامل بحروف واضحة)

(رقم الضمان الاجتماعي للعميل)

(تاريخ ميلاد العميل)

(عنوان العميل)

الوصي  
 توكيل رسمي  
 وكيل آخر مُفوض قانوناً

العميل بنفسه  الأب أو الأم

علاقتي بالعميل:

(اسم وعنوان الهيئة المحلية والموظف المسؤول عن الاتصال)

أرغب في تبادل المعلومات السرية التالية عن العميل (باستثناء معلومات العلاج أو التشخيص المتعلقة بتعاطي المخدرات أو الإسراف في تعاطي الكحول). وأدرك أن المعلومات ستُقدّم في شكل مكتوب أو في الاجتماعات أو عبر الهاتف أو عن طريق البيانات المحوسبة.

نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
السجلات التعليمية		التشخيص الطبي		معلومات التقييم	
السجلات الطبية النفسية		تشخيص الصحة النفسية		المعلومات المالية	
سجلات العدالة الجنائية		السجلات الطبية		الإعانات/الخدمات اللازمة	
سجلات التوظيف		السجلات النفسية		و/أو المخطّط لها و/أو التي قُدمت	

أدرك أن فريق التقييم المجتمعي يتألف من ممثلين عن الهيئات التالية:

قسم خدمات الطفل والأسرة	الصحة النفسية والتخلف العقلي وتعاطي مواد الإدمان
إدارة الإصلاحات	مدارس أرلينغتون العامة
قسم الحدائق والمنتزهات	قسم الصحة
وكيل الأب أو الأم	محاكم الأحداث والعلاقات الأسرية
المحامون الخاصون المعينون من قِبَل المحكمة	هيئات خاصة

سوف تتبادل هذه الهيئات معلومات عن ابني أو بنتي من أجل تنسيق الخدمات والتخطيط للعلاج. ويؤدي عدم الموافقة على تبادل المعلومات بين جميع الهيئات المذكورة إلى إيقاف عملية الإحالة بين الهيئات لتوفير الخدمات الممكنة لطفلي.

حتى تُغلق قضية قانون الخدمات الشاملة؛

ثلاثة أشهر؛

هذه الموافقة صالحة حتى:

أو حتى

يرجى الاطلاع على الجزء الخلفي من هذه الصفحة - يجب أن يوقع الشخص الموافق

- يمكنني سحب هذه الموافقة في أي وقت عن طريق إرسال إخطار خطي إلى الهيئة المقدمة للمعلومات. وسيؤدي ذلك إلى وقف مشاركة الهيئات المذكورة للمعلومات بعد علمهم بأن موافقتي قد سُجبت.
- لي الحق في معرفة ما جرى مشاركته من معلومات عني، وأسباب مشاركته، وتوقيت مشاركته، والجهات التي تلقت المعلومات. وسوف تُطلعني كل هيئة على هذه المعلومات، إذا طلبت ذلك.
- أريد أن تقبل جميع الهيئات نسخةً من هذه الاستمارة باعتبارها موافقة قانونية على مشاركة المعلومات.
- إذا لم أوقع على هذه الاستمارة، فلن تُشارك المعلومات، وسأضطر إلى الاتصال بكل هيئة على حدة لإمدادها بالمعلومات التي تحتاج إليها.

التوقيع (التوقيعات) \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_  
(الشخص الموافق أو الأشخاص الموافقون)

الشخص الشارح للاستمارة:

الاسم \_\_\_\_\_ اللقب \_\_\_\_\_ رقم الهاتف \_\_\_\_\_

الشاهد (إذا لزم الأمر):

التوقيع \_\_\_\_\_ العنوان \_\_\_\_\_ رقم الهاتف \_\_\_\_\_

ملاحظة في حالة إرفاق معلومات مع استمارة الإفصاح هذه: لقد أفصح لكم عن هذه المعلومات من سجلات محمية بموجب الأحكام الفيدرالية للحفاظ على سرية المعلومات المتعلقة بسجلات مرضى تعاطي الكحول أو المخدرات (الجزء الثاني من مدونة اللوائح الفيدرالية رقم 42). وتحظر عليك الأحكام الفيدرالية القيام بأي إفصاح آخر عن هذه المعلومات ما لم يُسمح صراحةً بإفصاح آخر عن طريق موافقة خطية من صاحب المعلومات أو على النحو الذي يسمح به الجزء الثاني من مدونة اللوائح الفيدرالية رقم 42. ولا يكفي لذلك الغرض وجود تفويض عام بالإفصاح عن المعلومات الطبية أو غيرها. وتقتصر الأحكام الفيدرالية أي استخدام للمعلومات على التحقيق الجنائي أو الملاحقة القضائية لأي مريض من مرضى تعاطي الكحول أو المخدرات.

#### هذا الجزء مُخصَّص للهيئة فقط

الموافقة:

أُغيت كلياً

أُغيت جزئياً على النحو التالي:

الشخص الذي أخطر بإلغاء الموافقة:

خطاب (أرفق نسخة)

تاريخ استلام الطلب: \_\_\_\_\_

ممثل الهيئة الذي تلقى الطلب:

\_\_\_\_\_ (اسم ممثل الهيئة بالكامل ولقبه)

\_\_\_\_\_ (عنوان الهيئة)