

أنا، _____،
(الاسم الشخصي والعائلي للشخص الذي يمنح الترخيص)

(الاسم الشخصي والعائلي وعنوان ورقم هاتف الشخص أو المؤسسة أو المنظمة التي بحوزتها السجلات / المعلومات)

بالإفصاح عنها إلى وزارة الطفولة والأسرة (DCF) و/أو نائب المدعي العام بصفته الممثل القانوني للوزارة

(الاسم الشخصي والعائلي وعنوان ورقم هاتف موظف DCF الذي يستلم)

المعلومات / السجلات المتعلقة ب:

(الاسم الشخصي والعائلي و تاريخ ميلاد الشخص موضوع السجل)

<p>نوع السجلات المطلوب الإفصاح عنها (حدد كل ما ينطبق):</p> <p><input type="checkbox"/> طب نفسية <input type="checkbox"/> نفسية <input type="checkbox"/> طبية <input type="checkbox"/> تعليمية <input type="checkbox"/> دوائية</p> <p><input type="checkbox"/> ملاحظات حول العلاج النفسي (ملحوظة: لا يجوز الجمع بين طلب الحصول على ملاحظات العلاج النفسي وطلب الحصول على أي سجلات أخرى).</p> <p><input type="checkbox"/> آخر (وضح من فضلك):</p>	
<p><input type="checkbox"/> أرخص تحديدًا بالإفصاح عن المعلومات الحساسة التالية الواردة في سجلي: (يرجى التوقيع أدناه للإفصاح عن نوع (أنواع) المعلومات الحساسة التي توافق على الإفصاح عنها)</p> <p><input type="checkbox"/> المعلومات السرية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز</p> <p><input type="checkbox"/> الأمراض المنقولة جنسيًا</p> <p><input type="checkbox"/> الاختبارات الجينية</p> <p>ملحوظة: لا يجوز استخدام هذا الإفصاح في ملاحظات الاستشارة المتعلقة بتعاطي المواد المخدرة.</p>	
<p>الغرض من الترخيص / الإفصاح: يشمل تخطيط القضايا واستخدامها في جميع الإجراءات أمام المحكمة العليا لشؤون الأحداث، بما في ذلك الإدلاء بالشهادة وتقديم السجلات المتعلقة بخدمات حماية الطفل.</p>	
<p>طبيعة ومدى المعلومات المراد الإفصاح عنها تشمل السجل بأكمله ما لم يُنص على خلاف ذلك أدناه:</p>	
<p>ستنتهي صلاحية هذا الترخيص في غضون عام واحد، ما لم يتم إلغاؤه</p> <p>أدخل تاريخ انتهاء الصلاحية - سنة واحدة اعتبارًا من اليوم</p>	
<p>أدرك أن رفض التوقيع على نموذج الترخيص هذا لن يؤثر على حقي في الحصول على الخدمات الحالية والمستقبلية، باستثناء الحالات التي يكون فيها الكشف عن السجلات المطلوبة ضروريًا للخدمات. أدرك أيضًا أنه يجوز لي إبطال هذا الترخيص عن طريق إشعار وزارة رعاية الأطفال والعائلات (DCF) أو مستلم الترخيص المسمى كتابيًا. لن ينطبق إبطال هذا الترخيص على أي سجلات تم الكشف عنها قبل إبطاله. بموجب لقوانين العامة لولاية كونيتيكت (a-28(k17)، لا يجوز للمستلم إعادة الإفصاح عن المعلومات التي تم الإفصاح عنها بموجب هذا الترخيص دون الحصول على ترخيص منفصل لهذا الغرض، باستثناء ما ينص عليه القانون المذكور.</p>	
<p>توقيع الشخص الذي يمنح الترخيص بالإفصاح أو الممثل المرخص له</p> <p>ضع علامة في المربعات أدناه إذا كان هذا النموذج قد تم التوقيع عليه من قبل شخص آخر غير صاحب السجل:</p> <p><input type="checkbox"/> ولي الأمر/الوصي <input type="checkbox"/> المحامي <input type="checkbox"/> الوصي القضائي <input type="checkbox"/> آخر (اشرح):</p>	<p>التاريخ</p>

ملحوظة: مطلوب الحفاظ على سرية السجلات النفسية وسجلات فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، ولا يجوز الإفصاح عن أي معلومات واردة في هذه السجلات المحددة لأي شخص آخر دون موافقة أو ترخيص كتابي بموجب القوانين العامة لولاية كونيتيكت، الفصلان c899 وx368. تحظر هذه القوانين على مستلم السجل الإفصاح عن أي معلومات أخرى دون الحصول على موافقة خطية صريحة من الشخص الذي يتعلق به السجل. لا يكفي إصدار ترخيص عام بالإفصاح عن هذه المعلومات لتحقيق هذا الغرض.