

AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS (AU DCF)*DCF-2131(T)
2/2026 (Rév)Je, _____ autorise
*(Nom et prénom de la personne accordant l'autorisation)*_____
(Nom et prénom, adresse et numéro de téléphone de la personne, de l'institution ou de l'organisation en possession des notes/ informations de consultation)
à divulguer au Département de l'Enfance et des Familles (DCF) et/ou au Procureur Général Adjoint en tant que représentant légal du Département_____
(Nom et prénom, adresse et numéro de téléphone du membre du personnel du DCF destinataire)

Les renseignements / dossiers ayant trait à :

(Nom et prénom et date de naissance de la personne faisant l'objet du dossier)

Type de dossiers à divulguer (cocher toutes les cases applicables) :	
<input type="checkbox"/> Psychiatriques	<input type="checkbox"/> Psychologiques
<input type="checkbox"/> Médicaux	<input type="checkbox"/> Scolaires
<input type="checkbox"/> Médicamenteux	<input type="checkbox"/> Notes de psychothérapie (REMARQUE : une demande de notes de psychothérapie ne peut pas être combinée avec une demande d'autres dossiers).
<input type="checkbox"/> Autre (expliquer) : _____	
<input type="checkbox"/> J'autorise expressément la divulgation des renseignements sensibles suivants de mon dossier : <i>(Veuillez signer ci-dessous pour chaque type de renseignements sensibles que vous autorisez)</i>	
<input type="checkbox"/> Renseignements confidentiels liés au VIH/SIDA	_____
<input type="checkbox"/> Maladies sexuellement transmissibles	_____
<input type="checkbox"/> Dépistages génétiques	_____
REMARQUE : Cette autorisation ne peut pas être utilisée pour les notes de consultation en toxicomanie.	
Objet de l'autorisation / divulgation : Comprend la planification des cas et l'utilisation dans toutes les procédures devant la Cour supérieure pour les affaires juvéniles, y compris les témoignages et la production de dossiers liés aux services de protection de l'enfance.	
La nature et l'étendue des renseignements à divulguer correspondent à l'intégralité du dossier, sauf indication contraire ci-dessous : _____	
Cette autorisation expirera dans un an, sauf annulation _____ <i>Saisissez la date d'expiration : un an à compter d'aujourd'hui.</i>	
Je comprends qu'un refus de signer ce formulaire d'autorisation sera sans effet sur mon droit à obtenir des services actuels et futurs, à moins que la communication des données demandées soit nécessaire auxdits services. Je comprends également que je peux révoquer cette autorisation en prévenant le DCF ou le destinataire par écrit. Toute révocation de cette autorisation ne s'appliquera pas aux données communiquées avant la date de révocation. Conformément aux lois générales du Connecticut (C.G.S. 17a-28(k)), les renseignements divulgués en vertu de la présente autorisation ne peuvent faire l'objet d'une re-divulgence de la part du destinataire sans une autorisation distincte délivrée à cette fin, sauf dans les conditions édictées par ladite loi.	
_____ <i>Signature de la personne autorisant la divulgation ou du représentant autorisé</i>	_____ <i>Date</i>
Cochez les cases ci-dessous si ce formulaire a été signé par une personne autre que celle faisant l'objet du dossier :	
<input type="checkbox"/> Parent/tuteur	<input type="checkbox"/> Avocat
<input type="checkbox"/> Tuteur ad litem	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____

REMARQUE : La confidentialité des dossiers psychiatriques et liés au VIH/SIDA est requise et aucun renseignement provenant de ces dossiers spécifiques ne doit être transmis à quiconque sans consentement écrit ou autorisation conformément aux Statuts Généraux du Connecticut, Chapitres 899c et 368x. Ces lois interdisent au destinataire du dossier de procéder à toute divulgation ultérieure sans le consentement écrit spécifique de la personne concernée par le dossier. Une autorisation générale pour la communication de ces informations n'est PAS suffisante à cette fin.