



وزارة رعاية الأطفال والعائلات
الترخيص بشأن الإفصاح عن المعلومات (إلى وزارة رعاية الأطفال والعائلات (DCF)
وزارة رعاية الأطفال والعائلات (DCF)- 2131 (T)
2022/3 (مراجعة)

أرخص

أنا، أسفله

(الاسم الأول والأخير للشخص الذي يمنح الترخيص)

(الاسم الأول والأخير والعنوان ورقم الهاتف للشخص أو المؤسسة أو المنظمة التي توجد السجلات / المعلومات في حوزتها)

بالإفصاح إلى وزارة رعاية الأطفال والعائلات (DCF) و / أو مساعد المدعي العام بصفته الممثل القانوني للوزارة

(الاسم الأول والأخير والعنوان ورقم الهاتف لموظف وزارة رعاية الأطفال والعائلات (DCF) الذي يتلقى)

المعلومات / السجلات المتعلقة ب:

(الاسم الأول والأخير وتاريخ ميلاد الشخص صاحب السجل)

نوع السجلات المطلوب الإفصاح عنها (حدد كل ما ينطبق):

- طب نفسية سيكولوجية طبية مدرسية إيضاحات
- بشأن أدوية علاج نفسي (ملحوظة: لا يمكن أن يتضمن طلب إيضاحات بشأن علاج نفسي طلب أي سجلات أخرى)
- . آخر (وضح من فضلك):

أرخص بالإفصاح تحديدا عن المعلومات الحساسة التالية من سجلي:

(وقع أدناه للإفصاح عن أي نوع (أنواع) من المعلومات الحساسة التي تمنح الترخيص بشأنها)

- تعاطي المخدرات (الكحول / المخدرات) المعلومات السرية
- المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز الأمراض
- المنقولة جنسياً
- الاختبارات الجينية

الغرض من الترخيص / الإفصاح: يشمل تخطيط الحالة والاستخدام في جميع الإجراءات في المحكمة العليا لقضايا الأحداث بما في ذلك الشهادات وتقديم السجلات المتعلقة بخدمات حماية الطفولة.

تشمل طبيعة ومدى المعلومات التي سيتم الكشف عنها السجل بأكمله ما لم يتم تحديد خلاف ذلك أدناه:

ستنتهي صلاحية هذا الترخيص في غضون عام واحد، ما لم يتم إلغاؤه

أدخل تاريخ انتهاء الصلاحية - سنة واحدة اعتباراً من اليوم

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 ضرورياً للخدمات. أدرك أيضاً أنه يجوز لي إبطال هذا الترخيص عن طريق إشعار وزارة رعاية الأطفال والعائلات (DCF) أو مستلم الترخيص المسمى كتابياً. لن ينطبق إبطال هذا الترخيص على أي سجلات تم الكشف عنها قبل إبطاله. بموجب القوانين العامة لولاية كونيتيكت (C.G.S. 17a-28(k)) لن تكون المعلومات التي تم الكشف عنها بموجب هذا الترخيص موضوع إعادة الكشف عنها من قبل المتلقي دون ترخيص منفصل لهذا الغرض باستثناء ما ينص عليه القانون المذكور.

التاريخ توقيع الشخص الذي يمنح الترخيص بالإفصاح أو الممثل المفوض

ضع علامة في المربعات أدناه إذا كان هذا النموذج قد تم التوقيع عليه من قبل شخص آخر غير صاحب السجل:

- ولي الأمر / الوصي المحامي الوصي المعين من قبل المحكمة آخر (وضح من فضلك):

ملحوظة: سرية سجلات الطب النفسي و/ أو تعاطي المخدرات و/ أو الكحول وفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز مطلوبة ولن يتم نقل أي معلومات من هذه السجلات المحددة إلى أي شخص آخر دون موافقة أو ترخيص مكتوب بموجب القوانين العامة لولاية كونيتيكت، الفصول c899 و x368 واللوائح الفيدرالية CFR 2.42. تحظر هذه القوانين متلقي السجل من القيام بأي إفصاح إضافي دون موافقة خطية محددة من الشخص الذي يتعلق به السجل. ترخيص عام بالكشف عن هذه المعلومات غير كاف لهذا الغرض.