

**AUTORISATION POUR LA COMMUNICATION D'INFORMATIONS (AU DCF)**

DCF-2131(T)

3/2022 (Rév.)



Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ autorise

(prénom et nom de la personne accordant la permission)

(prénom et nom, adresse et numéro de téléphone de la personne, de l'institution ou de l'organisme en possession des dossiers/informations)

à communiquer au Department of Children and Families (DCF) et/ou au procureur général adjoint en sa qualité de représentant officiel du DCF

(prénom et nom, adresse et numéro de téléphone du personnel DCF destinataire)

Les renseignements ou dossiers ayant trait à :

(prénom, nom et date de naissance de la personne concernée)

Type de dossiers à communiquer (cochez tous les cas qui s'appliquent) :

- Psychiatrique     Psychologique     Médical     Scolaire     Pharmaceutique
- Notes de psychothérapie (REMARQUE : une demande de notes de psychothérapie ne peut être jumelée à une autre demande).
- Autre (expliquer) :

J'autorise expressément la transmission des informations sensibles suivantes de mon dossier :

(Signez ci-dessous pour autoriser la transmission du ou des types d'informations sensibles voulus.)

Consommation de substances (alcool/drogues) \_\_\_\_\_

Informations confidentielles sur le VIH/SIDA \_\_\_\_\_

Maladies sexuellement transmissibles \_\_\_\_\_

Dépistages génétiques \_\_\_\_\_

Objet de l'autorisation ou de la divulgation : Comprend la planification et l'utilisation des dossiers dans le cadre des procédures de la Cour supérieure pour les affaires de mineurs, y compris les témoignages et la production de dossiers relatifs aux services de protection de l'enfance.

La nature et l'étendue des informations à communiquer couvrent l'intégralité du dossier, sauf mention contraire ci-dessous :

Cette autorisation expirera dans un an, à moins d'être annulée.

Saisissez la date d'expiration : un an à partir d'aujourd'hui.

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 informations communiquées dans le cadre de la présente autorisation ne peuvent faire l'objet d'une nouvelle communication de la part du destinataire sans une autorisation distincte délivrée à cette fin, sauf dans les conditions édictées par ladite loi.

Date

Signature de la personne autorisant la divulgation ou de son mandataire

Cochez les cases ci-dessous si ce formulaire a été signé par une personne autre que celle faisant l'objet des données :

- Parent ou gardien     Avocat     Responsable désigné     Autre (expliquer) :

REMARQUE : Le respect de la nature confidentielle d'un dossier psychiatrique, d'un dossier VIH/SIDA ou d'informations à propos de la consommation de substances ou d'alcool constitue une obligation. Au titre des chapitres 899c et 368x des lois générales du Connecticut et des Réglementations fédérales 42 CFR 2, aucune information provenant de ces dossiers ne peut être transmise à quiconque sans autorisation ou consentement écrit. Ces lois interdisent au destinataire des informations de procéder à une autre communication sans le consentement exprès écrit de la personne à laquelle elles se rapportent. Une autorisation générale pour la communication de ces informations n'est PAS suffisante à cette fin.