

ỦY QUYỀN CHO VIỆC TIẾT LỘ THÔNG TIN (ĐẾN DCF)*

DCF-2131(T)

2/2026 (Rev)

Tôi, _____ cho phép
(Họ và Tên của người cấp quyền)

(Họ và tên, địa chỉ và số điện thoại của người, cơ quan hoặc tổ chức sở hữu hồ sơ/thông tin)

tiết lộ với Cơ quan phụ trách Trẻ Em và Gia Đình/ hoặc Trợ Lý Bộ Trưởng Tư Pháp với tư cách là đại diện pháp lý của Cơ quan

(Họ và Tên, địa chỉ và số điện thoại của Nhân viên DCF tiếp nhận)

Thông tin/hồ sơ liên quan đến

(Họ và Tên và Ngày sinh của người là chủ thể của hồ sơ)

Loại hồ sơ sẽ được tiết lộ (đánh dấu vào tất cả các trường hợp phù hợp):	
<input type="checkbox"/> Tâm thần	<input type="checkbox"/> Tâm lý
<input type="checkbox"/> Y tế	<input type="checkbox"/> Giáo dục
<input type="checkbox"/> Thuốc	<input type="checkbox"/> Ghi chú trị liệu tâm lý (GHI CHÚ: yêu cầu ghi chú liệu pháp tâm lý không được kết hợp với yêu cầu về bất kỳ hồ sơ nào khác).
<input type="checkbox"/> Khác (giải thích): _____	
<input type="checkbox"/> Tôi đặc biệt cho phép tiết lộ thông tin nhạy cảm sau từ hồ sơ của mình: (Ký tên bên dưới để tiết lộ (các) loại thông tin nhạy cảm mà bạn đang cấp)	
<input type="checkbox"/> Thông tin mật liên quan đến HIV/AIDS	_____
<input type="checkbox"/> Các bệnh lây truyền qua đường tình dục	_____
<input type="checkbox"/> Xét nghiệm di truyền	_____
GHI CHÚ: Tiết lộ này không được sử dụng cho các ghi chú tư vấn về lạm dụng chất gây nghiện.	
Mục đích của việc ủy quyền/tiết lộ: Bao gồm việc lập kế hoạch và sử dụng hồ sơ trong tất cả các thủ tục tố tụng tại Tòa Án Cấp Cao dành cho Người chưa thành niên bao gồm lời khai và tạo lập hồ sơ liên quan đến các dịch vụ bảo vệ trẻ em.	
Bản chất và mức độ của thông tin được tiết lộ là toàn bộ hồ sơ trừ khi có quy định khác dưới đây:	
Ủy quyền này sẽ hết hạn sau một năm, nếu không bị hủy b _____ Nhập ngày hết hạn – một năm kể từ hôm nay	
Tôi hiểu rằng việc từ chối ký vào mẫu đơn ủy quyền này sẽ không ảnh hưởng đến quyền của tôi để có được các dịch vụ hiện tại và trong tương lai, ngoại trừ trường hợp việc tiết lộ hồ sơ được yêu cầu là cần thiết cho các dịch vụ. Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể thu hồi ủy quyền này bằng cách thông báo bằng văn bản cho DCF hoặc người nhận được nêu tên. Việc thu hồi ủy quyền này sẽ không áp dụng cho bất kỳ hồ sơ nào được tiết lộ trước khi ủy quyền bị thu hồi. Căn cứ vào C.G.S. 17a-28 (k) thông tin được tiết lộ theo ủy quyền này không bị người nhận tiết lộ lại nếu không có ủy quyền riêng cho mục đích đó trừ khi được quy định bởi quy chế đã nêu.	
_____	_____
Chữ ký của người ủy quyền tiết lộ hoặc người đại diện được ủy quyền	Ngày
Hãy đánh dấu vào các ô bên dưới nếu biểu mẫu này được ký bởi người không phải là chủ thể của hồ sơ:	
<input type="checkbox"/> Cha mẹ/người giám hộ	<input type="checkbox"/> Luật sư
<input type="checkbox"/> Người giám hộ tạm thời	<input type="checkbox"/> Khác (giải thích): _____

GHI CHÚ: Việc bảo mật hồ sơ tâm thần và HIV/AIDS là bắt buộc và không được phép chuyển giao bất kỳ thông tin nào từ các hồ sơ này cho bất kỳ ai khác mà không có sự đồng ý hoặc ủy quyền bằng văn bản theo Chương 899c và 368x của Bộ luật chung Connecticut. Các luật này cấm người nhận hồ sơ tiết lộ thêm mà không có sự đồng ý cụ thể bằng văn bản của người có hồ sơ đó. Sự cho phép chung cho việc tiết lộ thông tin này KHÔNG đủ cho mục đích này.