

## 向儿童与家庭服务局披露信息授权书\*

DCF-2131(T)

2026年2月(修订版)

本人, \_\_\_\_\_ 授权  
(授权人姓名)

(持有记录信息的个人、机构或组织的姓名名称、地址及电话号码)

向儿童与家庭服务局(DCF)及/或总检察长助理(作为儿童与家庭服务局的法定代理人)披露

(接收记录信息的儿童与家庭服务局工作人员姓名、地址及电话号码)

有关以下人士的信息/记录:

(记录主体人的姓名和出生日期)

披露记录类型(选择所有适用选项):

- 精神       心理       医疗       教育       药物  
 心理治疗笔记(注意:心理治疗笔记请求不能与其他任何记录请求同时提出)。  
 其他(请说明): \_\_\_\_\_

本人特别授权披露我的记录中的以下敏感信息:

(请在下方您允许披露的敏感信息类型处签名)

- HIV/艾滋病相关保密信息  
 性传播疾病  
 基因检测

**注意:本授权书不适用于物质滥用咨询记录的披露。**

授权/披露的目的:包括案例计划以及用于在高等法院青少年事务法庭(Superior Court for Juvenile Matters)提起的所有诉讼程序(包括与儿童保护服务相关的证词和记录制作)中。

披露信息的性质和范围为完整记录,除非下方另有说明:

倘未予取消,此授权将在一年后到期 \_\_\_\_\_

输入到期日期——当日起一年

本人明白,拒绝签署此授权书不会影响本人当前及未来获得相关服务的权利,除非披露相关记录为获得服务所必需。本人亦明白,本人可通过书面通知儿童与家庭服务局或指定接收者撤销此授权。撤销此授权不会影响授权撤销之前已披露的任何记录。依照C.G.S. 17a-28(k),根据本授权书披露的信息未经另行授权不得由接收者另行披露用于其他目的,除非上述法令另有规定。

\_\_\_\_\_  
授权披露人或授权代表签名

\_\_\_\_\_  
日期

如果此授权书由记录主体人以外的其他人士签署,请在下方相应的方框中打钩。

- 父母/监护       律师       诉讼监护人       其他(请说明): \_\_\_\_\_

注意:根据《康涅狄格州一般法规》第 899c 及 368x 章,精神及 HIV/艾滋病相关记录需予保密,未经书面同意或授权,不得将这些特定记录中的信息传输给其他任何人。上述法律禁止记录接收者未经记录主体人明确书面同意而另行披露相关信息。披露此等信息的一般授权并不构成对再披露信息的同意。