

## 向儿童与家庭服务局披露物质滥用治疗记录（用于法律诉讼）授权书

DCF-2131TRLP

2026年2月（新版）

本人，\_\_\_\_\_ 明白

*( 授权人姓名 )*

根据联邦法律（包括《联邦法规汇编》第 42 篇第 2 部分和《健康保险流通与责任法案》）以及任何适用的州法律，本人的物质滥用治疗记录受到保护。未经本人书面同意，不得使用或披露这些记录，但《联邦法规汇编》第 42 篇第 2 部分、《健康保险流通与责任法案》及适用州法律允许的情况除外。

本人明白，本人有权不签署此同意书。本人明白，拒绝签署此同意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。

本人授权 \_\_\_\_\_

*( 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 )*

使用并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 )*

本人的物质滥用治疗记录，以供在下列指明的刑事、民事、立法或行政程序中使用

*( 案件名称或案号/调查编号，如知晓请填写 )*

此同意即日起生效，有效期为一年，但本人提前撤销同意的除外。

本人有权随时以书面形式撤销此同意，但已依据此同意采取的行动不受撤销影响。本人明白，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。

本人已收到此表格的副本。已经有人用本人能够理解的语言，就表格内容向本人进行了说明。本人知晓，根据此同意使用或披露的记录，有可能被接收者再次对外披露，届时将不再受联邦法律的保护。

\_\_\_\_\_  
患者签名\_\_\_\_\_  
日期\_\_\_\_\_  
其他获授权人士签名\_\_\_\_\_  
日期

若签署人非患者本人，请填写签署人姓名：\_\_\_\_\_

若签署人非患者本人，请注明签署人身份： 父母/监护人  律师  诉讼监护人  其他（请说明）：\_\_\_\_\_**根据《联邦法规汇编》第 42 编第 2 部分，严禁在未经授权的情况下使用或披露上述记录**