

أفوض أنا،

الاسم الأول للأب/الوصي

الاسم الأخير للأب/الوصي

تاريخ الميلاد

وطفلي:

الاسم الأول للطفل

الاسم الأخير للطفل

تاريخ الميلاد

الوكالة/الوكالات التالية وممثليهم العاملين مع مقاطعة First 5 Alameda County لإصدار وتبادل المعلومات و/أو السجلات الخاصة بنفسه و/أو الطفل سالف الذكر للتخطيط ولتوفير الخدمات لعائلتي.

اسم الشخص

الوكالة

الهاتف

رقم الشارع

اسم الشارع

رقم الوحدة

المدينة

الرقم البريدي

و

اسم الشخص

الوكالة

الهاتف

رقم الشارع

اسم الشارع

رقم الوحدة

المدينة

الرقم البريدي

أوافق على تبادل وإصدار المعلومات التالية:

جميع المعلومات الصحية ذات الصلة بتاريخي الطبي وحالتي البدنية والعلاج الذي حصلت عليه

فقط السجلات التالية أو أنواع المعلومات الصحية:

كما أوافق بالتحديد على إصدار المعلومات التالية (ضع علامة حسب المناسب):

معلومات علاج الصحة الذهنية (كما يشار إليه في الملف الطبي أو في تقرير)

جميع نتائج اختبار فيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة

معلومات علاج تعاطي الكحوليات - المخدرات

أدرک التالي:

- هذا التفويض تطوعي. إذا اخترت عدم التوقيع عليه، فسوف أتلقي الخدمات كما يذكر في تفويض الخدمة الخاص بمقاطعة First 5 Alameda County.
- يمكنني مراجعة أو الحصول على نسخة من المعلومات الصحية التي سوف يتم إصدارها أو تبادلها من خلال مراسلة: First 5 Alameda County, 1115 Atlantic Avenue, Alameda, CA 94501.
- سوف تقوم مقاطعة First 5 Alameda County بإصدار أو تبادل المعلومات للمزودين بالشكل الضروري لتوفير الخدمات لعائلتي حسب المذكور في هذا التفويض. يمكن مشاركة الوكالة/المزود للمعلومات المشتركة من خلال هذا التفويض. لا يمكن لـ First 5 Alameda County التحكم فيما تقوم به الوكالة/المزود في هذه المعلومات. وفي بعض الحالات، يمنع قانون كاليفورنيا الوكالة أو المزود المتلقي لمعلوماتي الصحية من القيام بالمزيد من الإفشاءات إلا إذا كان قد حصل على تفويض آخر للقيام بهذه الإفشاءات مني أو إلا إذا كانت هذه الإفشاءات واجبة أو محددة قانوناً. ومع ذلك، فإن الوكالة أو المزود مسؤولين عن تحديد الالتزامات القانونية وغيرها من الالتزامات الخاصة بالمعلومات والخاصة بهم للإذعان لهذه الالتزامات.
- لقد حصلت على نسخة من هذا النموذج، ويمكنني المطالبة بنسخة إضافية من هذا النموذج من خلال مراسلة: First 5 Alameda County, 1115 Atlantic Avenue, Alameda, CA 94501.
- يمكنني إلغاء هذا التفويض في أي وقت من خلال مراسلة العنوان التالي: First 5 Alameda County, 1115 Atlantic Avenue, Alameda, CA 94501. سوف يحدث الإلغاء عند استلام First 5 Alameda County لهذا الطلب. لا يحق لـ First 5 Alameda County سحب أي إفشاءات تمت بتفويض مني، ويتعين عليها قانوناً الاحتفاظ بسجلات الرعاية التي قمت بتقديمها.
- من الهام للغاية بالنسبة لمقاطعة First 5 Alameda County أن تكون معلوماتي سرية. سوف يتم استخدام معايير حماية البيانات الصارمة والتقنية الحديثة لحماية معلوماتي.

أكتب الاسم: _____ العلاقة بالطفل: _____

التوقيع: _____ التاريخ: _____

الشاهد: _____ اللقب/العلاقة: _____

تنقضي صلاحية هذا التفويض بعد _____ (أو عام واحد من تاريخ التوقيع).

AB973 – إن التعديل الذي تم إدخاله على قانون الأطفال والأسر يحمي أية معلومات يُستدل منها على شخصية الفرد والتي يتم جمعها بموجب لجان First 5 California Commissions من التعرض للإفشاء أمام جهات غير مصرح لها ما لم يتم استصدار موافقة من العميل أو ولي الأمر أو الوصي القانوني.