DEPARTAMENTUL PENTRU ÎNVĂȚĂMÂNT PRIMAR ŞI SECUNDAR DIN MISSOURI
BIROUL PENTRU ÎNVĂȚĂMÂNT SPECIAL – PROGRAMUL FIRST STEPS

DIVULGAREA INFORMAŢIILOR

NUMELE COPILULUI	DATA NAŞTERII	DATA COMPLETĂRII

INSTRUCŢIUNI

Este necesar consimțământul părintelui înainte ca un punct de intrare în sistem (SPOE) să poată solicita sau împărtăşi informații cu caracter personal despre copil sau familie cu oricine din afara programului First Steps.
Coordonatorul de servicii trebuie să explice părintelui fiecare secțiune a acestui formular, astfel încât părintele să poată decide ce informații specifice să solicite de la sau să împărtăşească cu persoana/agenția menționată mai jos. În funcție de decizia părintelui, Coordonatorul de servicii bifează căsuțele corespunzătoare.
Părintele trebuie să semneze şi să dateze formularul şi să-l înapoieze Coordonatorului de servicii înainte ca informațiile despre copil sau familie să poată fi solicitate sau împărtăşite. Datele de contact ale Coordonatorului de servicii sunt incluse mai jos.

SCOP

SPOE First Steps _____poate contacta următoarea persoană/agenție:

NUME PERSOANĂ/AGENȚIE	ADRESA/NUMĂRUL DE TELEFON

Informațiile despre copilul şi familia mea pot fi: (bifați una)

- ☐ Împărtăşite între SPOE First Steps şi persoana/agenția din afară
- ☐ Solicitate de persoana/agenția din afară
- ☐ Divulgate de SPOE First Steps şi persoana/agenția din afară

Scopul acestui contact este să ajute la:

- ☐ Stabilirea eligibilității pentru First Steps
- ☐ Dezvoltarea unui Plan de servicii personalizat pentru familie (Individualized Family Service Plan – IFSP)
- ☐ Serviciile şi progresul copilului
- ☐ Tranziția la învățământul special pentru preşcolari (Early Childhood Special Education – ECSE)
- ☐ Altele: _____

TIPUL INFORMAŢIILOR

Tipul informațiilor care urmează a fi solicitate sau împărtăşite:

- ☐ Întregul dosar de intervenție timpurie a copilului

Sau indicați fişele specifice mai jos:

- ☐ Fişele de sănătate şi medicale. Specificați: _____
- ☐ IFSP
- ☐ Rapoarte de evaluare şi apreciere. Specificați: _____
- ☐ Notele de progres ale furnizorului de servicii
- ☐ Documentația eligibilității ECSE
- ☐ Informațiile din lista abonaților dacă nu se cunoaşte eligibilitatea First Steps
- ☐ Data recomandării pentru First Steps (_____) este de 90 de zile înainte de cea de-a treia zi de naştere? Da☐ Nu☐
- ☐ Altele: _____

Departamentul pentru învățământ primar şi secundar nu face discriminări pe baza rasei, culorii, religiei, sexului, originii naționale, a vârstei sau dizabilității în programele şi activitățile sale. Întrebările legate de programele Departamentului şi de locația serviciilor, a activităților şi a dotărilor care sunt accesibile persoanelor cu dizabilități pot fi adresate la Jefferson State Office Building, Office of the General Counsel, Coordinator – Civil Rights Compliance (Title VI/Title IX/504/ADA/Age Act), 6th Floor, 205 Jefferson Street, P.O. Box 480, Jefferson City, MO 65102-0480; număr de telefon 573-526-4757 sau TTY 800-735-2966; email civilrights@dese.mo.gov.

NUMELE COPILULUI	DATA NAŞTERII

CONDIŢIILE DE ACORDARE A CONSIMŢĂMÂNTULUI

Înțeleg că, prin semnarea acestui formular:

- Am dreptul să controlez şi să copiez informațiile împărtăşite sau primite.
- Informațiile primite de la o persoană/agenție devin parte a fişei de intervenție timpurie a copilului.
- Orice fişe trimise la First Steps vor face obiectul re-divulgării de către First Steps, aşa cum este permis de către Legea privind viața privată şi drepturile educaționale ale familiei (Family Educational Rights and Privacy Act – FERPA).
- Dacă nu îmi dau consimțământul pentru a solicita informații medicale, SPOE First Steps va stabili eligibilitatea şi/sau serviciile pe baza informațiilor disponibile.
- Dacă copilul meu este eligibil să participe la programul First Steps, voi fi încă înregistrat şi voi primi serviciile chiar dacă nu autorizez divulgarea.
- Informațiile divulgate pot include informații privind testarea genetică, serviciile de sănătate mintală, sindromul imunodeficienței dobândite (SIDA), virusul imunodeficienței umane (HIV) sau tratamentul pentru abuzul de droguri.
- Am dreptul de a retrage această divulgare în orice moment. Înțeleg că dacă retrag această divulgare trebuie de asemenea să fac acest lucru **în scris** şi să-mi prezint declarația scrisă pentru a retrage această divulgare la Coordonatorul de servicii. Mai înțeleg că acțiunile întreprinse deja pe baza acestei divulgări, înainte de retragerea acestei divulgări, **nu** vor fi afectate.

	DATA EXPIRĂRII
Această divulgare de informații va rămâne în vigoare până când copilul meu nu mai beneficiază de serviciile First Steps, cu excepția cazului în care specific o dată de expirare.	

CONSIMŢĂMÂNT

Înțeleg că, prin semnarea acestui formular îmi ofer consimțământul voluntar pentru a solicita sau împărtăşi informațiile specificate în acest formular.

SEMNĂTURA PĂRINTELUI	DATA SEMNĂTURII PĂRINTELUI
NUMELE TIPĂRIT AL PĂRINTELUI	

COORDONATOR DE SERVICII

NUMELE COORDONATORULUI DE SERVICII	NUMĂRUL DE TELEFON AL COORDONATORULUI DE SERVICII
NUMELE ŞI ADRESA AGENȚIEI	NUMĂR FAX AGENȚIE

EXCLUSIV PENTRU UZUL SPOE

SEMNĂTURA REPREZENTANTULUI AGENȚIEI	DATA PRIMIRII DE CĂTRE AGENȚIE