



OBJAVLJIVANJE INFORMACIJA

IME I PREZIME DJETETA	DATUM ROĐENJA	DATUM ZAVRŠETKA
UPUTSTVA		
<p>Pristanak roditelja se zahtijeva prije nego što systemske tačke unosa (SPOE) mogu tražiti ili dijeliti lične identifikacijske informacije djeteta ili porodice s bilo kim izvan programa First Steps.</p> <p>Koordinator za usluge mora objasniti roditeljima svaki odjeljak ovog obrasca tako da roditelji mogu odlučiti o traženju ili dijeljenju specifičnih informacija s pojedincima/agencijama navedenim u nastavku. Na osnovu odluke roditelja, koordinator za usluge će označiti odgovarajuće kvadratiće.</p> <p>Roditelji moraju potpisati i staviti datum na obrazac i isti vratiti koordinatoru za usluge prije nego što se informacije o djetetu i porodici mogu dijeliti. Kontakt informacije koordinatora za usluge su navedene u nastavku.</p>		
SVRHA		
First Steps SPOE _____ može kontaktirati sljedeće pojedince/agenciju:		
IME/NAZIV POJEDINCA/AGENCIJE	ADRESA/BROJ TELEFONA	
Informacije o mom djetetu i porodici mogu biti: (označite jedno)		
<input type="checkbox"/> Dijeljene između First Steps SPOE i spolnog pojedinca/agencije		
<input type="checkbox"/> Tražene od strane spolnog pojedinca/agencije		
<input type="checkbox"/> Objavljene od strane First Steps SPOE spolnom pojedincu/agenciji		
Svrha ovog kontakta jeste da se pomogne u:		
<input type="checkbox"/> Određivanju kvalifikovanosti za First Steps		
<input type="checkbox"/> Razvoju individualiziranog porodičnog plana usluga (IFSP)		
<input type="checkbox"/> Uslugama i napredovanju djeteta		
<input type="checkbox"/> Prelazu na specijalno obrazovanje Rano djetinjstvo (ECSE)		
<input type="checkbox"/> Ostalo: _____		
VRSTA INFORMACIJA		
Vrsta informacija koje će se tražiti ili dijeliti:		
<input type="checkbox"/> Djetetova cjelokupna rana intervencijska evidencija		
Ili naznaka specifične evidencije date u nastavku:		
<input type="checkbox"/> Zdravstvena i medicinska evidencija. Specificirajte: _____		
<input type="checkbox"/> IFSP		
<input type="checkbox"/> Izvještaji o evaluaciji i procjeni. Specificirajte: _____		
<input type="checkbox"/> Napomene o napredovanju od strane pružaoca usluga		
<input type="checkbox"/> Dokumentacija o ECSE kvalifikovanosti		
<input type="checkbox"/> Informacije imenika ako kvalifikovanost za First Steps nije poznata		
<input type="checkbox"/> Datum upućivanja na First Steps (_____) je 90 dana prije trećeg rođendana? Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Ostalo: _____		

Odsjek za osnovno i srednje obrazovanje ne vrši diskriminaciju na osnovu rase, boje kože, religije, spola, nacionalnog porijekla, starosne dobi, ili invaliditeta u svojim programima i aktivnostima. Pitanja u vezi programa odsjeka i mjesta pružanja usluga, aktivnosti i prostorija koje su pristupačne za osobe s invaliditetom, mogu se uputiti na Jefferson State Office Building, ured glavnog savjetnika, koordinator – poštovanje građanskih prava (Title VI/Title IX/504/ADA/Age Act), 6. sprat, 205 Jefferson Street, P.O. Box 480, Jefferson City, MO 65102-0480; broj telefona 573-526-4757 ili TTY 800-735-2966; email civilrights@dese.mo.gov.

IME I PREZIME DJETETA	DATUM ROĐENJA
USLOVI PRISTANKA	
<p>Razumijem da, potpisivanjem ovog obrasca:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja imam pravo na pregled i kopiranje informacija koje se dijele ili primaju. • Informacije koje su primljene od strane pojedinca/agencije postaju dio djetetove rane intervencijske evidencije. • Sva evidencija poslana za First Steps će podlijegati ponovnom objavljivanju od strane First Steps kako je dopušteno zakonom o porodičnim obrazovnim pravima i privatnosti (FERPA). • Ako ja ne dam svoj pristanak za traženje medicinskih informacija, First Steps SPOE će odrediti kvalifikovanost i/ili usluge na osnovu dostupnih informacija. • Ako je moje dijete kvalifikovano za učestvovanje u programu First Steps, ja ću i dalje biti upisan/a i primati usluge čak i ako ne potpišem objavljivanje. • Informacije koje su objavljene mogu uključivati informacije koje se odnose na genetsko testiranje, usluge za mentalno zdravlje, sindrom stečene imunodeficijencije (AIDS), virus humane imunodeficijencije (HIV), ili liječenje zbog zloupotrebe droga. • Ja imam pravo da preuzmem natrag ovo objavljivanje u bilo kojem trenutku. Razumijem da ako preuzmem natrag ovo objavljivanje, to moram uraditi u pisanoj formi i predočiti moju pisanu izjavu o preuzimanju natrag ovog objavljivanja koordinatoru za usluge. Dalje, razumijem da aktivnosti koje su već poduzete na osnovu ovog objavljivanja, prije preuzimanja natrag ovog objavljivanja, neće biti pogođene. 	
Ovo objavljivanje informacija će ostati na snazi sve dok moje dijete ne bude više primalo usluge First Steps osim u slučaju da ja specificiram datum isteka.	DATUM ISTEKA
PRISTANAK	
Razumijem da, potpisivanjem ovog obrasca, ja dobrovoljno dajem svoj pristanak za traženje i dijeljenje informacija specificiranih u ovom obrascu.	
POTPIS RODITELJA	DATUM POTPISA RODITELJA
ŠTAMPANO IME RODITELJA	
KOORDINATOR ZA USLUGE	
IME I PREZIME KOORDINATORA ZA USLUGE	BROJ TELEFONA KOORDINATORA ZA USLUGE
NAZIV I ADRESA AGENCIJE	BROJ FAXA AGENCIJE
SAMO ZA UPOTREBU OD STRANE SPOE	
POTPIS PREDSTAVNIKA AGENCIJE	DATUM PRIJEMA OD STRANE AGENCIJE