

نام کودک	تاریخ تولد	تاریخ تکمیل
دستور العمل		
<p>برای آن که «نقطه ورود سیستم» (SPOE) بتواند اطلاعات هویتی کودک یا خانواده را درخواست کند یا با سایر افراد خارج از برنامه گامهای نخست به اشتراک بگذارد، جلب رضایت والدین الزامی است.</p> <p>«همانگ‌کننده خدمات» باید تکتک اقدامات این فرم را برای والدین توضیح دهد تا والدین بتوانند درباره درخواست کردن اطلاعات خاص یا به اشتراک گذاشتن آنها با افراد حقیقی/حقوقی زیر تصمیم بگیرند. «همانگ‌کننده خدمات» بر اساس تصمیم والدین کادرهای مناسب را علامت می‌زند.</p> <p>برای این که امکان درخواست کردن یا به اشتراک گذاشتن اطلاعات فراهم شود، والدین باید این فرم را امضا کنند و تاریخ بزنند و سپس آن را به «همانگ‌کننده خدمات» تحویل دهند. اطلاعات تماس «همانگ‌کننده خدمات» در زیر ارائه شده است.</p>		
هدف		
<p>SPOE «گامهای نخست» _____ اجازه تماس گرفتن با افراد حقیقی/حقوقی زیر را دارد:</p>		
نام فرد حقیقی/حقوقی	نشانی/شماره تلفن	
<p>اجازه می‌دهم که اطلاعات مربوط به کودک و خانواده من: (یکی را علامت بزنید)</p> <p><input type="checkbox"/> بین SPOE «گامهای نخست» و افراد حقیقی/حقوقی دیگری به اشتراک گذاشته شود</p> <p><input type="checkbox"/> از افراد حقیقی/حقوقی دیگری درخواست شود</p> <p><input type="checkbox"/> از SPOE «گامهای نخست» به افراد حقیقی/حقوقی دیگری داده شود</p>		
<p>هدف از این تماس، زمینه‌سازی برای:</p> <p><input type="checkbox"/> تعیین صلاحیت استفاده از «گامهای نخست» است</p> <p><input type="checkbox"/> تهیه «برنامه فردی خدمات خانواده» (IFSP) است</p> <p><input type="checkbox"/> زمینه‌سازی برای ارائه خدمات به کودک و سنجش پیشرفت کودک است</p> <p><input type="checkbox"/> گذار به «آموزش ویژه سالهای نخست دوران کودکی» (ECSE) است</p> <p><input type="checkbox"/> سایر: _____</p>		
نوع اطلاعات		
<p>نوع اطلاعاتی که درخواست می‌شود یا به اشتراک گذاشته می‌شود:</p> <p><input type="checkbox"/> پرونده کامل مداخله زود هنگام کودک</p> <p>یا پرونده‌های خاص را از قسمت زیر مشخص کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> پرونده‌های بهداشتی و پزشکی. ذکر کنید: _____</p> <p><input type="checkbox"/> IFSP</p> <p><input type="checkbox"/> گزارش‌های سنجش و ارزیابی. ذکر کنید: _____</p> <p><input type="checkbox"/> یادداشت‌های پیشرفت ارائه‌دهنده</p> <p><input type="checkbox"/> اسناد صلاحیت ECSE</p> <p><input type="checkbox"/> اطلاعات راهنما در صورتی که صلاحیت استفاده از خدمات گامهای نخست نامعلوم باشد</p> <p><input type="checkbox"/> آیا تاریخ ارجاع به گامهای نخست (_____) 90 روز پیش از سومین سالگرد تولد است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p><input type="checkbox"/> سایر: _____</p>		

شرایط رضایت

من می‌دانم که با امضا کردن این فرم:

- حق بررسی/نسخه‌برداری از اطلاعات به اشتراک گذاشته شده یا دریافت شده را دارم.
- اطلاعات دریافت شده از اشخاص حقیقی/حقوقی بخشی از پرونده مداخله زودهنگام کودک خواهد شد.
- اطلاعاتی که به «گامهای نخست» فرستاده می‌شود ممکن است بر اساس «قانون حقوق و حریم شخصی آموزشی خانواده» (FERPA) مشمول انتشار دوباره شود.
- اگر رضایت خود را برای درخواست کردن اطلاعات پزشکی اعلام نکنم، SPOE گامهای نخست بر اساس اطلاعات موجود درباره صلاحیت و/یا خدمات تصمیم می‌گیرد.
- اگر کودک من واجد شرایط شرکت در برنامه «گامهای نخست» باشد، حتی در صورت امضا نکردن مجوز انتشار، ثبت نام خواهم شد و از خدمات بهرمنند خواهم شد.
- اطلاعات منتشر شده ممکن است شامل اطلاعات مربوط به آزمایش ژنتیک، خدمات بهداشت روانی، سندروم نقص ایمنی اکتسابی ((AIDS، ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) یا درمان اعتیاد به مواد مخدر باشد.
- در هر زمان می‌توانم این مجوز انتشار را پس بگیرم. می‌دانم که اگر بخواهم این مجوز انتشار را پس بگیرم، باید این کار را کتبی انجام دهم و درخواست کتبی پس گرفتن مجوز را به «هماهنگ‌کننده خدمات» ارائه کنم. همچنین می‌دانم که اقداماتی که قبلاً، پیش از پس گرفتن مجوز، بر اساس این مجوز انجام گرفته است، تحت تاثیر قرار نمی‌گیرد.

این مجوز انتشار اطلاعات تا زمانی که کودک من خدمات گامهای نخست را دریافت می‌کند، معتبر می‌ماند مگر این که برای آن تاریخ انقضا تعیین کنم.

رضایت‌نامه

با امضا کردن این فرم، رضایت آگاهانه خود را برای درخواست کردن یا به اشتراک گذاشتن اطلاعات مشخص شده در این فرم اعلام می‌کنم.

هماهنگ‌کننده خدمات**فقط برای استفاده SPOE**