DÉPARTEMENT DE L'ÉDUCATION PRIMAIRE ET SECONDAIRE
DE L'ETAT DU MISSOURI
BUREAU D'EDUCATION SPECIALE – PROGRAMME FIRST STEPS

DIVULGATION DES INFORMATIONS

NOM DE L'ENFANT	DATE DE NAISSANCE	REMPLI LE

INSTRUCTIONS

Le consentement des parents est requis avant qu'un SPOE (System Point of Entry (Point d'entrée au système)) puisse réclamer ou communiquer des renseignements pouvant permettre l'identification personnelle d'un enfant ou d'une famille à des tierces personnes ne faisant pas partie du programme First Steps.
Le Coordinateur des services doit expliquer chaque section de ce formulaire au parent afin que ce dernier puisse décider quelles informations spécifiques à demander ou à communiquer à la personne ou à l'agence indiquée ci-dessous. En fonction de la décision du parent, le Coordinateur des services coche les cases appropriées.
Le parent doit signer et dater le formulaire et le retourner au Coordinateur des services avant que les informations de l'enfant ou de la famille soient réclamées ou communiquées. Les coordonnées du Coordinateur des services sont indiquées ci-dessous.

OBJECTIF

Le SPOE du First Steps _____ peut contacter la personne/agence suivante.

NOM DE LA PERSONNE/AGENCE	ADRESSE/NUMERO DE TELEPHONE

Les informations concernant mon enfant et ma famille peuvent être : (Cochez une seule réponse)

- ☐ Echangées entre le SPOE du First Steps et la personne/agence extérieure
- ☐ Demandée à la personne/agence extérieure
- ☐ Communiquée par le SPOE du First Steps à la personne/agence extérieure

Le but de cet interlocuteur est de vous aider dans :

- ☐ La détermination du droit à bénéficier du First Steps
- ☐ La mise au point d'un Plan de service familial individualisé (PSFI)
- ☐ Les services et l'évolution de l'enfant
- ☐ La transition vers l'Education spéciale de la petite enfance (ESPE)
- ☐ Autre : _____

TYPE D'INFORMATION

Le type d'information à réclamer ou à communiquer :

- ☐ Le dossier entier de l'intervention précoce de l'enfant

Ou indiquez les dossiers spécifiques ci-dessous :

- ☐ Dossiers médicaux et de santé Spécifier : _____
- ☐ PSFI
- ☐ Rapports d'évaluation et d'appréciation. Spécifier : _____
- ☐ Notes d'évolution du fournisseur
- ☐ Documentation de droit à bénéficier de l'ESPE
- ☐ Informations d'annuaire si le droit à bénéficier du First Steps est inconnu
- ☐ La date prévue pour le First Steps (_____) correspond à 90 jours avant le troisième anniversaire ? Oui ☐ Non ☐
- ☐ Autre : _____

Le Département de l'éducation primaire et secondaire ne fait pas de discrimination sur la base de la race, la couleur, la religion, le sexe, l'origine nationale, l'âge ou le handicap dans ses programmes et activités. Les demandes de renseignements liés aux programmes du Département et aux lieux des services, aux activités et aux installations accessibles par les personnes handicapées peuvent être adressées au 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 ; numéro de téléphone 573-526-4757 ou TTY 800-735-2966 ; e-mail : civilrights@dese.mo.gov.

NOM DE L'ENFANT	DATE DE NAISSANCE

CONDITIONS DU CONSENTEMENT

Je comprends qu'en signant le présent formulaire :

- J'ai le droit de vérifier et de copier les informations communiquées ou reçues.
- Les informations reçues d'une personne/agence deviennent partie intégrante du dossier d'intervention précoce de l'enfant.
- Les dossiers envoyés au First Steps seront sujets à re-divulgation par le First Steps tel qu'il est autorisé la Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) [Loi sur les droits à l'éducation des familles et sur la protection des renseignements personnels].
- Si je ne donne pas mon consentement pour la demande de données médicales, le SPOE du First Steps décidera de l'acceptabilité et/ou des services en fonction des informations disponibles.
- Si mon enfant peut participer au programme Fisrts Steps, je serai quand même inscrit et bénéficierai des services même si je n'accorde pas la divulgation.
- Les informations divulguées peuvent comporter des données relatives aux tests génétiques, aux services de santé mentale, au syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), ou au traitement de la toxicomanie.
- J'ai le droit de récupérer ces publications à n'importe quel moment. Je comprends que si je récupère ces publications, je dois le faire **par écrit** et présenter ma déclaration écrite de récupération des publications au Coordinateur des services. Je comprends également que les actions déjà entreprises sur la base de ces publications, avant la récupération de celles-ci, ne seront **pas** affectées.

La présente divulgation d'informations restera en vigueur jusqu'à ce que l'enfant ne reçoive plus les services First Steps à moins que je ne spécifie une date d'expiration.	DATE D'EXPIRATION

CONSENTEMENT

Je comprends, qu'en signant le présent formulaire, je fournis volontairement mon consentement pour la demande ou la communication des données spécifiées dans le présent formulaire.

SIGNATURE DU PARENT	DATE DE LA SIGNATURE DU PARENT
NOM EN LETTRES CAPITALES DU PARENT	

COORDINATEUR DES SERVICES

NOM DU COORDINATEUR DES SERVICES	NUMERO DE TELEPHONE DU COORDINATEUR DES SERVICES
NOM ET ADRESSE DE L'AGENCE	NUMERO DE FAX DE L'AGENCE

POUR L'UTILISATION DU SPOE UNIQUEMENT

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE L'AGENCE	DATE DE RECEPTION PAR L'AGENCE