



情報公開

子供の名前	生年月日	記入日
-------	------	-----

**指示**

システムポイント・オブ・エントリー (SPOE) が、ファーストステッププログラム以外の誰かに、子供や家族の個人情報を要請することができる以前に、あるいは当該人物とそれらを共有することができる以前に親の同意が必要です。

親が、特定の情報を決定し、下記の名前の個人/エージェンシーからそれを要請するか、あるいは彼らと共有することができるように、サービス・コーディネーターは親にこの用紙の各セクションを説明しなければならない。親の決定に基づき、サービス・コーディネーターは、該当するボックスに印を付けます。

子供や家族の情報が要求されたり、共有することができる前に、親は必ず事前にこの用紙に署名し日付を書き込んでから、サービス・コーディネーターに返送しなければなりません。サービス・コーディネーターの連絡先情報は、以下を参照してください。

**目的**

ファーストステップ SPOE は \_\_\_\_\_ 以下の個人/エージェンシーに問い合わせることがあります。

個人/エージェンシーの名前	住所/電話番号
---------------	---------

私の子供と家族に関する情報は以下のどれかである。(1つに印を付ける)

- ファーストステップ SPOE と外部の個人/エージェンシーの間で共有された
- 外部の個人/エージェンシーから要求された
- ファーストステップ SPOE から外部の個人/エージェンシーへ公表された

今回の連絡の目的は、下記に関する支援をすることである。

- ファーストステップのための適格性判断
- 個別家族サービス計画 (IFSP) の作成
- 子供のサービスや進捗状況
- 幼児特殊教育 (ECSE) への移行
- その他: \_\_\_\_\_

**情報の種類**

要求される、あるいは共有すべき情報の種類は:

- 子供の早期介入記録のすべて

または下記の特定の記録を示す。

- 健康と医療記録。具体的に記載: \_\_\_\_\_
- IFSP
- 評価と評価報告書。具体的に記載: \_\_\_\_\_
- プロバイダー経過記録
- ECSE 資格の参考書類
- ファーストステップの資格適格性が不明な場合ディレクトリ情報
- ファーストステップへの紹介日 (\_\_\_\_\_) は、満 3 歳の誕生日を迎える 90 日前です? はい  いいえ
- その他: \_\_\_\_\_

初等・中等教育省はプログラムや活動で、人種、肌の色、宗教、性別、出身国、年齢または障害の有無に基づいて差別することはありません。教育省が提供するプログラムおよびサービスの場所、活動、および障害者がアクセス可能な施設に関連する問い合わせは、Jefferson State Office Building, Office of the General Counsel, Coordinator – Civil Rights Compliance (法務部公民権の遵守担当)(Title VI/Title IX/504/ADA/Age Act), 6th Floor, 205 Jefferson Street, P.O. Box 480, Jefferson City, MO 65102-0480、電話番号 573-526-4757 または TTY (テレタイプライター) 800-735-2966、電子メール [civilrights@desse.mo.gov](mailto:civilrights@desse.mo.gov) までお問い合わせください。

子供の名前	生年月日
<b>同意条件</b>	
<p>この用紙に署名することによって、私は下記内容を理解します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>私は、共有されたり、受信した情報を検査し、コピーする権利がある。</li> <li>個人/エージェンシーから受け取った情報は、子供の早期介入記録の一部となる。</li> <li>ファーストステップに送信されたすべての記録は、家族の教育の権利とプライバシーに関する法律 (FERPA) で許可されているように、ファーストステップで再開示の対象となる。</li> <li>医療情報を要求するための私の同意が得られない場合は、ファーストステップ SPOE は入手可能な情報に基づいて資格適格性および/またはサービスを決定する。</li> <li>私の子供がファーストステッププログラムに加入する資格があれば、私がリリース (公開許可) に署名しない場合でも、私それでも登録され、サービスを受けられる。</li> <li>公表された情報は、遺伝子検査、精神保健サービス、後天性免疫不全症候群 (AIDS)、ヒト免疫不全ウイルス (HIV)、または薬物乱用の治療に関連する情報を含むことがある。</li> <li>私にはいつでもこのリリースを撤回する権利がある。私がこのリリースを撤回する場合、<b>書面</b>でそうしなければならず、およびこのリリースを撤回するために私の陳述書を、サービス・コーディネーターに提示しなければならないことを理解している。私はさらに、このリリースを撤回する前に、このリリースに基づいて既に取られたアクションには影響しないことを理解している。</li> </ul>	
有効期限を指定しない限り、私の子供が、ファーストステップのサービスをもはや受けることができなくなるまで、この情報のリリースは引き続き有効です。	有効期限
<b>同意書:</b>	
私は、この用紙に署名することによって、この用紙で指定された情報を要求したり、共有するために自主的に私の同意を与えていることを理解しています。	
親の署名	親の署名日
親の名前 (活字体)	
<b>サービス・コーディネーター</b>	
サービス・コーディネーターの名前	サービス・コーディネーターの電話番号
エージェンシーの名前と住所	エージェンシーの FAX 番号
<b>SPOE のみ使用</b>	
エージェンシー担当者の署名	エージェンシーによる受理日