



## РАЗРЕШЕНИЕ НА ВЫДАЧУ ИНФОРМАЦИИ

ФАМИЛИЯ, ИМЯ РЕБЕНКА	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ
----------------------	---------------	-----------------

### ИНСТРУКЦИИ

Необходимо согласие родителей прежде, чем агентство обращений (SPOE) может запросить или предоставить личную информацию о ребенке или семье лицам, не связанных с программой «First Steps».

Координатор программы должен объяснить отцу/матери каждый раздел настоящей формы так, чтобы он мог решить, запрашивать ли конкретную информацию от лица/агентства, перечисленных ниже, или предоставлять им. В соответствии с решением отца/матери координатор программы проверяет соответствующие графы.

Перед тем, как информация может быть запрошена или предоставлена, отец/мать ребенка должен подписать данную форму, а также указать на ней дату подписания, а затем вернуть ее координатору программы. Контактная информация координатора программы указана ниже.

### ЦЕЛЬ

Представители службы SPOE по программе «First Steps» \_\_\_\_\_ могут обратиться к следующему лицу/агентству:

ИМЯ ЛИЦА/НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА	АДРЕС/НОМЕР ТЕЛЕФОНА
-----------------------------	----------------------

Информация о моем ребенке и семье может: (Отметьте один вариант)

- Предоставляться представителям службы SPOE по программе «First Steps» и лицам/агентствам
- Запрашиваться у лица/агентства, не связанных с программой «First Steps» или службой SPOE
- Предоставляться представителями службы SPOE по программе «First Steps» лицам/агентствам, не связанным с программой «First Steps»

Цель этого обращения – оказать помощь с:

- Определением соответствия требованиям программы «First Steps»
- Разработкой индивидуального плана по оказанию услуг семье (IFSP)
- Оказанием услуг ребенку и его достижениями
- Переходом к специальному образованию для детей раннего возраста (ECSE)
- Другое: \_\_\_\_\_

### ВИД ИНФОРМАЦИИ

Вид запрашиваемой или предоставляемой информации:

- Данные о полноценном вмешательстве на ранней стадии

Или укажите конкретные данные ниже:

- История болезни. Указать: \_\_\_\_\_
- IFSP
- Отчеты о проверках, результаты оценки. Указать: \_\_\_\_\_
- Сведения о прогрессе от поставителя услуг
- Документы о соответствии требованиям ECSE
- Справочная информация, если нет данных о соответствии программе «First Steps»
- От даты вступления в программу «First Steps» (\_\_\_\_\_) до исполнения ребенку трех лет пройдет менее 90 дней? Да  Нет
- Другое: \_\_\_\_\_

ФАМИЛИЯ,ИМЯ РЕБЕНКА	ДАТА РОЖДЕНИЯ
<b>УСЛОВИЯ СОГЛАСИЯ</b>	
<p>Я понимаю, что, подписывая настоящую форму:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Я имею право проверять и копировать информацию, которая предоставляется или поступает.</li> <li>• Информация, которая поступает от лица/агентства, становится частью данных о раннем вмешательстве.</li> <li>• Любые данные, направленные по программе «First Steps», будут повторно раскрываться представителями программы «First Steps» в соответствии с Законом о правах семьи на образование и неприкосновенность частной жизни (FERPA).</li> <li>• Если я не предоставляю согласие на запрос информации медицинского характера, представители службы SPOE по программе «First Steps» будут определять соответствие требованиям и/или услугам на основании доступной информации.</li> <li>• Если мой ребенок может принимать участие в программе «First Steps», я все равно буду ее участником и буду получать услуги, даже если не подпишу это разрешение.</li> <li>• Предоставленная информация может содержать информацию относительно генетических анализов, услуг по оказанию психиатрической помощи, синдрома приобретенного иммунного дефицита (СПИД), вируса иммунного дефицита человека (ВИЧ) или лечения от наркотической зависимости.</li> <li>• Я имею право отозвать настоящее разрешение в любое время. Я понимаю, что в случае отзыва настоящего разрешения я должен сделать это в <b>письменной форме</b> и предоставить координатору программы письменное заявление для отзыва настоящего соглашения. Я понимаю, что действия, предпринятые на основании настоящего разрешения, до отзыва настоящего разрешения <b>не будут</b> пересмотрены.</li> </ul>	
Настоящее разрешение на выдачу информации действительно, пока мой ребенок получает услуги по программе «First Steps», если я не назову дату завершения срока его действия.	ДАТА ОКОНЧАНИЯ СРОКА ДЕЙСТВИЯ
<b>СОГЛАСИЕ</b>	
Я понимаю, что, подписывая это форму, я добровольно даю согласие на запрос или предоставление информации, указанной в настоящей форме.	
ПОДПИСЬ ОТЦА/МАТЕРИ	ДАТА ПОДПИСАНИЯ
РАСШИФРОВКА ПОДПИСИ ОТЦА/МАТЕРИ	
<b>КООРДИНАТОР ПРОГРАММЫ</b>	
ИМЯ КООРДИНАТОРА УСЛУГ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА КООРДИНАТОРА УСЛУГ
НАЗВАНИЕ И АДРЕС АГЕНТСТВА	НОМЕР ФАКСА АГЕНТСТВА
<b>ТОЛЬКО ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПО ПРОГРАММЕ SPOE</b>	
ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ УЧРЕЖДЕНИЯ	ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИИ