

اداره خدمات انسانی (AHS): مجوز ادغام خدمات اطفال

نام شخص گیرنده خدمات:

تاریخ تولد:

(اسم)

(تخلص)

آخرین 4 عدد شماره
تامین اجتماعی SSN:

والدین/نماینده قانونی:

(یا شماره کامل BFIS برای پروگرام مراقبت از طفل)

تیم خدمات ادغام اطفال (CIS) یک تیم چندرشته ای است که تخصص و خدمات حمایتی در زمینه دوران بارداری/پس از زایمان، اطفال از تولد تا 6 سالگی، خانواده های آنان و متخصصان مراقبت از اطفال ارائه میدهد. این تیم از متخصصانی تشکیل شده است که خدمات را در زمینه های زیر ارائه میدهند: مداخله زود هنگام، صحت روانی طفل و خانواده، مراقبت های تخصصی از اطفال و باز دیدهای خانگی خانواده های قوی در ایالت ورمونت.

من اجازه میدهم که اعضای تیم CIS و ارائه دهندگان خدمات و صحت زیر بتوانند به معلومات من دسترسی داشته باشند (تمام موارد قابل اعمال را علامت بزنید):

- ارائه دهنده خدمات صحتی اولیه:
- ارائه دهنده خدمات دندان:
- ارائه دهنده خدمات ولادی و نسایی:
- VDH-اطفال با نیازهای صحتی ویژه:
- کلینیک رشد طفل:
- ارائه دهنده خدمات مراقبت از طفل:
- کارکنان اداره حمایت جامعه مراقبت از طفل:
- ارائه دهنده خدمات صحت روانی:
- مشاور سوء استفاده مواد مخدر:
- خدمات غذا/تغذیه:
- ارائه دهنده خدمات مسکن:
- ارائه دهنده کمک های وظیفوی:
- ارائه دهنده کمک اقتصادی:
- تیم CIS در ساحه دیگر اگر من تغییر مکان بدهم:
- مشاورین مسلکی برای کمک به تیم در ارائه خدمات:
- دیگر:

برای ارتباط با یکدیگر و افشای معلومات زیر (تمام موارد قابل اجرا را علامت بزنید):

- سوابق ارجاع، پذیرش، مدیریت، ارزیابی و/یا ارزیابی CIS
- تاریخچه صحت روانی
- پلان ادغام CIS برای من، طفلم و/یا خانواده ام
- سوابق دندان
- سوابق تداوی سوء مصرف مواد مخدر، در صورت لزوم
- سوابق دیگر (مربوط به خدماتی که در بالا علامت گذاری شده اند)
- سوابق صحت فیزیکی

هدف(های) افشای معلومات مجاز به شرح زیر است (تمام موارد قابل اجرا را علامت بزنید):

- تعیین خدمات لازم برای من، طفلم یا خانواده ام
- مشاوره با متخصصین مرتبط با تیم مشاوره CIS
- هماهنگی خدمات بین تمام ارائه دهندگان خدمات مادران و کودکان
- در منطقه من در صورت نیاز
- انتقال سوابق من به تیم CIS در مکان جدید
- دیگر

من همچنان اجازه میدهم که اعضای تیم CIS به منظور مدیریت پروگرام CIS توسط AHS مدیریت معلومات فوق را وارد دیتابیس دیتا AHS CIS کنند.

با امضای این فرم، من میفهمم که:

- < دلیل (دلایلی) خواسته شده از من برای افشا کردن معلومات.
- < نیازی به موافقت با افشا معلومات ندارم. اما با ندادن اجازه، طفلم و خانواده ام نمیتوانند در پروسه بررسی و ارزیابی چندرشته ای خدمات ادغام اطفال شرکت کنند.
- < اگر تصمیم به امضای این فرم نداشته باشم، هیچ گونه فوایدی که من یا طفلم و خانواده ام به آنها حق/دسترسی داریم تحت تأثیر نخواهد گرفت.
- < در حالی که AHS تمام تدابیر احتیاطی را برای حفاظت از معلومات صحتی من اتخاذ میکند، پس از افشا شدن طبق این مجوز، ممکن است در معرض افشای مجدد قرار گیرد.
- < سوابق تداوی سوء مصرف الکل و مواد من تحت قوانین 42 C.F.R. محافظت میشوند. بخش 2 و بدون رضایت کتبی من نمیتوانند افشا شوند.
- < با امضای این فرم، من افشای ابتدایی سوابق تداوی سوء مصرف مواد مخدر و الکل خود را، در صورت لزوم، و همچنین افشای مجدد این معلومات را اجازه میدهم.
- < من میتوانم این مجوز را در هر زمان با تماس با _____ (نام) در _____ (آدرس) لغو کنم، به جز در صورتی که بر اساس آن اقدام شده باشد.
- < اگر این مجوز را لغو یا به روزرسانی نکنم، تا زمانی که از خدمات CIS بهرمنند هستم قابل اعتبار خواهد بود.
- < یک کاپی از این فرم به من داده خواهد شد.

امضا فرد یا والدین/نماینده قانونی	رابطه آنها با شما	تاریخ
نام شخص توضیح دهنده ای پروسه مجوز	سازمان/موقف	تاریخ