

الموافقة على الإفصاح عن المعلومات وتبادلها

تعتبر نسخة من هذا النموذج صالحة مثل النسخة الأصلية. سيقوم مسؤول الاتصال بإرسال نسخ من هذا النموذج إلى جميع الأفراد أو الوكالات المدرجة أدناه. الأفراد أو الوكالات المدرجة مسؤولون عن توفير المعلومات المطلوبة.

نريد حماية سرية الطالب والأسرة مع الامتثال لقانون الولاية والقانون الفيدرالي، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر قانون الخصوصية لعام 1974 وبالأخص قانون الخصوصية والحقوق التعليمية للأسرة. بتوقيعك على هذا النموذج، فإنك تمنح الإذن إلى الشخص (الأشخاص) أو المنظمة (المنظمات) أو الوكالة (الوكالات) المدرجة أدناه لمشاركة المعلومات التي قد تكون سرية.

◆ الطفل/الطالب _____ تاريخ الميلاد _____
(اللقب القانوني) (الأول) (الأوسط) (شهر يوم سنة)

أعطي الإذن للأطراف المذكورة أدناه للإفصاح عن المعلومات المكتوبة والشفهية الخاصة بالطفل أو الطالب المذكور أعلاه والحصول عليها لغرض الإفراج عن السجلات التعليمية ومعلومات البرنامج وتبادلها لتنسيق أنشطة ما بعد المدرسة مع اليوم الدراسي.

◆ أفهم أنه يجوز لي إلغاء هذا الإذن بتقديم إشعار كتابي لكل طرف مذكور أدناه. أفهم أن

(مسؤول الاتصال)

(الهاتف #)

(المنصب/الوكالة)

يمكن أن يوجهني إلى المعلومات التي تم الإفصاح عنها عند الطلب.

◆ سنتعاون الوكالات والمنظمات التالية في تخطيط وتنسيق وتقديم الخدمات للطلاب الذين يتلقون الخدمات في إطار البرنامج الذي تديره مقاطعة مدارس مدينة أيوا. وبالتالي فإن هذا النموذج يسمح باستخدام المعلومات السرية والكشف عنها وإعادة الكشف عنها للغرض المذكور أعلاه وتقديم الخدمات المذكورة.

أفهم أن قانون الولاية والقانون الفيدرالي يحظران على الأشخاص الذين يتلقون خدمات الصحة العقلية أو تعاطي الكحول أو المخدرات والسجلات التعليمية إعادة الكشف عن تلك المعلومات دون إذن. أفهم أيضًا أنه ليس كل مؤسسة قد تتلقى سجلاً ملزمة باتباع قواعد قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة الفيدرالية التي تحكم استخدام المعلومات الصحية المحمية والكشف عنها. [قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة هو قانون فيدرالي يهدف إلى حماية سرية معلومات الرعاية الصحية.]

أعطي بموجب هذا الإذن للشخص (الأشخاص) والوكالة (الوكالات) والمنظمة (المنظمات) التي تتلقى السجلات بموجب هذا التفويض لإصدار وإعادة الكشف عن هذا السجل والمعلومات الواردة في هذا السجل إلى هيئات أو وكالات أخرى للأغراض الموضحة أعلاه، ولكن بدون أي غرض آخر على الإطلاق.

319-688-1015
الهاتف

1. شخص أو منصب مقاطعة مدارس مدينة أيوا
و/أو الوكالة

العنوان: 1725 نورث دودج ستريت، مدينة أيوا، 52245

معلومات للمشاركة: السجلات التعليمية ومعلومات البرنامج لتنسيق الأنشطة بعد المدرسة

الهاتف

2. اسم الشخص و/أو المنصب والوكالة

العنوان:

معلومات للمشاركة:

الهاتف	اسم الشخص و/أو المنصب والوكالة
العنوان: _____	
معلومات للمشاركة: _____	
الهاتف	اسم الشخص و/أو المنصب والوكالة
العنوان: _____	
معلومات للمشاركة: _____	

♦ أدرك أن هذا الإذن والإفراج ساريان لمدة عام واحد بعد تنفيذهما وأن هذا الإذن والإفراج ستنتهي صلاحيتهما بعد عام واحد من تاريخ اليوم . أفهم أنه قد يتم إبطال هذا الإذن والإفراج. أدرك أنه إذا تم إبطال هذا الإذن، فقد لا يكون من الممكن الاستمرار في المشاركة في برامج معينة. سيتم إشعاري بهذا الاحتمال إذا كنت أرغب في إلغاء هذا الإذن. أفهم أيضًا أن المعلومات التي تم الكشف عنها قبل إبطال هذا الإذن قد لا يتم استردادها. يجوز لأي شخص أو وكالة أو منظمة اعتمدت على هذا الإذن الاستمرار في استخدام السجلات والمعلومات المحمية حسب الحاجة لإكمال العمل الذي بدأ قبل إلغاء هذا الإذن.

الإمضاء _____
ولي الأمر أو الوصي القانوني

التاريخ: _____

الإمضاء _____
الطالب

التاريخ: _____

تفويض خاص لإصدار المعلومات المحمية بموجب قانون الولاية أو القانون الفيدرالي:
يصرح توقيعي بالإفراج عن جميع المعلومات المتعلقة بـ (علم المربعات المناسبة):

فحص حالة فيروس نقص المناعة البشرية الإيدز تعاطي المخدرات الصحة العقلية أو النفسية

أخرى (حدد) _____

الإمضاء _____
ولى الأمر أو الوصي القانوني التاريخ

الإمضاء _____
الطالب التاريخ

الشاهد _____
اسم الشخص و/أو المنصب والوكالة

التاريخ: _____