

ANNEXE D

Consentement à la divulgation et à l'échange d'informations

Une copie de ce formulaire est considérée comme aussi valable que l'original. La personne de contact enverra des copies de ce formulaire à toutes les personnes/agences énumérées ci-dessous. Les personnes/agences mentionnées sont responsables de la fourniture des informations demandées.

Nous souhaitons protéger la confidentialité des étudiants et des familles, tout en nous conformant aux lois de l'État et aux lois fédérales, y compris, mais sans s'y limiter, la loi sur la protection de la Privacy Act of 1974, et plus particulièrement la loi sur les Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA). En signant ce formulaire, vous autorisez la (les) personne(s), l'(les) organisation(s) ou l'(les) agence(s) mentionnée(s) ci-dessous à partager des informations qui seraient autrement confidentielles.

- ◆ Enfant/Étudiant _____ Date de naissance _____
(Nom légal) (Première) (MI) (Mo Jour A)

J'autorise les parties nommées ci-dessous à communiquer et à recevoir des informations écrites et verbales concernant l'enfant/l'étudiant susmentionné dans le but de communiquer et d'échanger des dossiers scolaires et des informations sur le programme afin de coordonner les activités extrascolaires avec la journée scolaire.

- ◆ Je comprends que je peux révoquer l'autorisation en adressant une notification écrite à chaque partie citée

_____ ci-dessous. Je comprends que (personne de contact)

_____ (poste/agence) _____ (numéro de téléphone)
peut me diriger vers les informations partagées sur demande.

- ◆ Les agences et organisations suivantes collaboreront entre elles pour planifier, coordonner et fournir des services aux étudiants bénéficiant de services dans le cadre du programme, _____ administré par l'Iowa City Community School District. Par conséquent, le présent formulaire autorise l'utilisation, la divulgation et la re-divulgation d'informations confidentielles aux fins susmentionnées et pour la fourniture desdits services.

Je comprends que les lois fédérales et de l'État interdisent aux personnes qui reçoivent des dossiers de santé mentale, d'alcoolisme ou de toxicomanie et d'éducation de les divulguer à nouveau sans autorisation. Je comprends également que toutes les organisations susceptibles de recevoir un dossier ne sont pas tenues de respecter les règles fédérales de l'HIPAA régissant l'utilisation et la divulgation des informations de santé protégées. [L'HIPAA est une loi fédérale visant à protéger la confidentialité des informations relatives aux soins de santé].

JE DONNE PAR LA PRÉSENTE L'AUTORISATION À LA (AUX) PERSONNE(S), AGENCE(S) ET ORGANISATION(S) QUI REÇOIVENT DES DOSSIERS EN VERTU DE LA PRÉSENTE AUTORISATION DE DIVULGUER ET DE REDIVULGUER CE DOSSIER ET LES INFORMATIONS QU'IL CONTIENT À D'AUTRES PERSONNES, ORGANISATIONS OU AGENCES ÉNUMÉRÉES DANS LE PRÉSENT DOCUMENT AUX FINS DÉCRITES CI-DESSUS, MAIS À AUCUNE AUTRE FIN QUE CE SOIT.

1. Iowa City Community School District 319-688-1015
Individu et/ou poste et agence Téléphone

Adresse : 1725 N. Dodge St., Iowa City, IA 52245

Informations à partager : Dossiers scolaires et informations sur les programmes afin de coordonner les activités

2. _____
Nom de la personne et/ou du poste et de l'agence Téléphone

Adresse : _____

Informations à partager : _____

ANNEXE D

3.	_____	_____
	Nom de la personne et/ou du poste et de l'agence	Téléphone
	Adresse : _____	
	Informations à partager : _____	
4.	_____	_____
	Nom de la personne et/ou du poste et de l'agence	Téléphone
	Adresse : _____	
	Informations à partager : _____	

- ◆ Je comprends que cette autorisation et cette décharge sont valables pendant un an à compter de leur signature et qu'elles **expireront un an après la date d'aujourd'hui**. Je comprends que cette autorisation et cette décharge peuvent être révoquées. Je comprends que si cette autorisation est révoquée, il ne sera peut-être plus possible de continuer à participer à certains programmes. Je serai informé de cette possibilité si je souhaite révoquer cette autorisation. Je comprends également que les documents divulgués avant la révocation de cette autorisation ne peuvent pas être récupérés. Toute personne, agence ou organisation qui s'est appuyée sur cette autorisation peut continuer à utiliser les dossiers et les informations protégées si nécessaire pour achever les travaux commencés avant la révocation de cette autorisation.

Signature _____ Date : _____
Parent/tuteur légal

Signature _____ Date : _____
Élève

AUTORISATION SPÉCIFIQUE POUR LA DIVULGATION D'INFORMATIONS PROTÉGÉES PAR LA LOI FÉDÉRALE OU DE L'ÉTAT : Ma signature autorise la divulgation de toutes les informations relatives à (cocher les cases appropriées) :			
<input type="checkbox"/> Santé mentale/psychologie	<input type="checkbox"/> Abus de	<input type="checkbox"/> Statut VIH/dépistage du SIDA	
<input type="checkbox"/> Autre (préciser)			
◆ Signature _____	_____	◆ Signature _____	_____
Parent/tuteur légal	Date	Élève	Date

◆ Témoin _____ Date : _____
Nom de la personne et/ou du poste et de l'agence