

управління у справах біженців штату північна кароліна
Інформована згода на розкриття інформації (DSS-6236)

Ім'я клієнта _____

ТАК НІ Я надаю свою згоду _____ штату Північна Кароліна отримувати інформацію від моєї сім'ї та розкривати цю інформацію таким агентствам:

 I. Агентство: _____
Причина розкриття/надання:

 II. Агентство: _____
Причина розкриття/надання:

 III. Агентство: _____
Причина розкриття/надання:

 IV. Агентство: _____
Причина розкриття/надання:

 V. Агентство: _____
Причина розкриття/надання:

Є державні, федеральні закони та нормативні акти щодо захисту вашої персональної інформації. Підписуючи цей документ,

- я розумію, що інформація буде використана виключно для координації надання послуг мені та/або членам моєї справи/сім'ї.
- Я розумію, що якщо буде потрібна інша конкретна інформація або інформацію потрібно розкрити іншому агентству, не зазначеному вище, зі мною можуть зв'язатися та попросити підписати іншу форму згоди.
- Ця мережа надавачів послуг зберігатиме конфіденційність інформації моєї справи.
- Інформація надаватиметься лише за потреби.
- Я залишаю за собою право припинити дію своєї згоди в будь-який час.
- Я розумію, що моя згода буде чинною протягом одного року з моменту підписання.

Підпис клієнта (або батьків, опікуна чи офіційно призначеного представника)

Дата

Я підтверджую, що інформація, яка міститься в цій формі, була роз'яснена Клієнту:

Свідок або перекладач

Дата

Вищезазначена форма повинна бути заповнена у двох примірниках, один із яких надається клієнту.

Відкликання згоди:

Я відкликаю свою згоду на розкриття інформації з дати мого підпису. Я розумію, що відкликання згоди застосовується лише до будь-якої інформації, яка раніше не була розкрита або надана.

Підпис клієнта (або батьків, опікуна чи офіційно призначеного представника)

Дата

Свідок або перекладач

Дата

Інструкції щодо заповнення
Форма інформованої згоди на розкриття інформації Управління у справах біженців штату
Північна Кароліна (DSS-6236)

- Мета: Мета форми інформованої згоди на розкриття інформації полягає в тому, щоб переконатися, що клієнт-біженець повністю розуміє свої права не дозволяти розголошувати інформацію про нього чи надавати цю інформацію стороннім організаціям без його письмової згоди.
- Інструкції: Вищезазначену форму необхідно заповнити у двох примірниках, один із яких надається клієнту. У будь-якому полі біля назви Агентства, залишеному порожнім, необхідно вказати Н/З. Анкету необхідно заповнити та підписати для кожного клієнта, який отримує послуги від вашого агентства. Неповнолітні клієнти повинні отримати згоду батьків або опікунів.
- Ім'я клієнта: Вкажіть ім'я клієнта, якого просять надати інформацію.
- Дозвіл: Введіть назву агентства, яке просить надати інформацію про клієнта.
- I. Агентство: Введіть ОКРУГ, який надаватиме фінансову допомогу клієнту (напр. Соціальні служби округу Вейк) або будь-яке інше агентство, яке надає послуги клієнту. У розділі «Мета розкриття/надання» введіть причину, чому інформацію потрібно розкрити (наприклад, фінансова інформація щодо грошових коштів та інших виплат). Клієнт повинен поставити позначку у відповідному полі так/ні, щоб дозволити або заборонити передачу інформації цьому конкретному агентству.
- II. Агентство: Введіть найменування ОКРУГУ, який надаватиме медичні послуги цьому клієнту (наприклад, Департамент охорони здоров'я округу Банкомб), або будь-яке інше агентство, яке надає послуги клієнту. У розділі «Мета розкриття» введіть причину, чому інформацію потрібно розкрити (наприклад, медичні записи). Клієнт повинен поставити позначку у відповідному полі так/ні, щоб дозволити або заборонити передачу інформації цьому конкретному агентству.
- III. Агентство: Якщо необхідно, введіть найменування будь-якого іншого агентства, яке надає послуги клієнту (наприклад, Технічний коледж громади Грінсборо). У розділі «Мета розкриття» введіть причину, чому інформацію потрібно розкрити. Клієнт повинен поставити позначку у відповідному полі так/ні, щоб дозволити або заборонити передачу інформації цьому конкретному агентству.
- IV. Агентство: За потреби введіть найменування будь-якого іншого агентства, яке надає послуги клієнту (наприклад, потенційний роботодавець(-і)). У розділі «Мета розкриття» введіть причину, чому інформацію потрібно розкрити. Клієнт повинен поставити позначку у відповідному полі так/ні, щоб дозволити або заборонити передачу інформації цьому конкретному агентству.
- V. Агентство: За потреби введіть найменування будь-якого іншого агентства, яке надає послуги клієнту (наприклад, Державні школи Дарема). У розділі «Мета розкриття» введіть причину, чому інформацію потрібно розкрити. Клієнт повинен поставити позначку у відповідному полі так/ні, щоб дозволити або заборонити передачу інформації цьому конкретному агентству.

Угода

- Підпис клієнта: Клієнт або законний представник повинен поставити підпис і дату у верхній частині місця для підпису, якщо клієнт погоджується на розкриття її/його інформації. Для клієнтів віком до 18 років потрібен підпис одного з батьків або опікуна.
- Свідок/ Перекладач: Свідок або перекладач повинен поставити підпис і дату в призначених для цього рядках, підтверджуючи, що інформація у цій формі була пояснена клієнту.

Відкликання згоди

- Підпис клієнта: Клієнт або законний представник повинен поставити підпис і дату в нижній частині місця для підпису, якщо клієнт не дозволяє розголошувати його/її інформацію.
- Свідок/ Перекладач: Свідок або перекладач повинен поставити підпис і дату в призначених для цього рядках, підтверджуючи, що інформація у цій формі була пояснена клієнту.