من متوجه هستم که طبق مفاد قانون خدمات به فرزندان (CSA) VA §2.2-5200، خانواده من در یک فرایند برنامه‌ریزی خدمات بین‌موسسه‌ای شرکت خواهد کرد. هدف CSA تامین خدمات باکیفیت، کودک محور، خانواده محور، مقرون به صرفه و محلی به جوانان دارای نیازهای خاص و خانواده آنها است. من با امضای این فرم، به آژانس‌ها اجازه می‌دهم اطلاعات خاصی را درباره فرزند من و خانواده مبادله کنند تا آنها بتوانند با یک‌دیگر همکاری کرده و این خدمات یا مزایا را تامین یا هماهنگ کنند. همه اطلاعات درباره کودکان و خانواده‌ها که توسط اعضای تیم جهت انجام مسئولیت‌ها انجام می‌شوند، محرمانه است.

|  |  |
| --- | --- |
| **نام کامل والدین/سرپرست‌ها:** *برای وارد کردن متن، اینجاا کلیک کنید یا ضربھ بزنید.* | **تاریخ تولد:** *تاریخ را وارد کنید.* |
| **آدرس قانونی:** برای وارد کردن متن، اینجا کلیک کنید یا ضربه بزنید. | **ایمیل:** برای وارد کردن متن، اینجا کلیک کنید یا ضربه بزنید. |
| **نام‌(های) کامل و تاریخ(‌های) تولد کودکانی که خدمات CSA را دریافت می‌کنند:****\*لطفاً توجه داشته باشید که این به معنای انتشار اطلاعات برای کودکان زیر نیست؛ این اطلاعات فقط برای ارجاع CSA است.** |
|  نام: برای وارد کردن متن، اینجا کلیک کنید یا ضربه بزنید. | تاریخ تولد: تاریخ را وارد کنید. |
|  نام: برای وارد کردن متن، اینجا کلیک کنید یا ضربه بزنید. | تاریخ تولد: تاریخ را وارد کنید. |
|  نام: برای وارد کردن متن، اینجا کلیک کنید یا ضربه بزنید. | تاریخ تولد: تاریخ را وارد کنید. |
|  نام: برای وارد کردن متن، اینجا کلیک کنید یا ضربه بزنید. | تاریخ تولد: تاریخ را وارد کنید. |
|  نام: برای وارد کردن متن، اینجا کلیک کنید یا ضربه بزنید. | تاریخ تولد: تاریخ را وارد کنید. |
|  نام: برای وارد کردن متن، اینجا کلیک کنید یا ضربه بزنید. | تاریخ تولد: تاریخ را وارد کنید. |
|  |
| **من به سازمان‌ها یا افراد زیر برای تبادل این اطلاعات اجازه می‌دهم** |
| -تیم‌های برنامه‌ریزی خدمات چندرشته‌ای (FRM/FPM) | -Fairfax Co. اداره خدمات خانواده  | -دادگاه ناحیهای روابط خانوادگی جوانان در Fairfax |
| -تیم برنامه‌ریزی و ارزیابی خانواده (FAPT) | -Fairfax Co. اداره بهداشت (HD) | -دفتر خدمات کودکان VA (OCS/CSA)  |
| -تیم مدیریت خط‌مشی محلی (CPMT) | -Fairfax Co. مدارس عمومی | -اداره خدمات توسعه سلامت رفتاری (DBHDS) |
| -هیئت خدمات محلی Fairfax-Falls Church (CSB) | -مدارس عمومی شهر Falls Churge  | -CSA در مکانی که مشتری جابجا می‌شود (در صورت اقتضا) |
| **-**دیگر موارد **(لطفاً نام ارائهکنندگان را درج کنید):** برای وارد کردن متن، اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید. |
| [x]  **همه اطلاعات زیر یا** [ ]  **فقط اطلاعاتی که در زیر علامت خورده است**  |
| [ ]  سوابق درمان مصرف مواد (42CFR بخش2) |  [ ]  سوابق کیفری | [ ]  دیگر: برای وارد کردن متن، اینجا کلیک کنید یا ضربه بزنید. |
| [ ]  سوابق بهداشت پزشکی |  [ ]  اطلاعات مالی  |  |
| [ ]  سوابق سلامت روان |  [ ]  سوابق مزایای فدرال/ایالتی |   |
|  |
| -برای خدمات، درمان، پرداخت و عملیات مراقبت درمانی؛ و-برای پاسخگویی به حسابرسی محلی، ایالتی یا *فدرال* یا الزامات گزارش‌دهی؛ و-هدف زیر (باید مشخص شود): برای وارد کردن متن، اینجا کلیک کنید یا ضربه بزنید. |

**افشای مجدد:**

|  |
| --- |
| * اگر این سوابق تحت حفاظت مقررات محرمانگی مصرف مواد فدرال (42 CFR Part 2) قرار دارد، من متوجه هستم که اطلاعات ناهنجاری مصرف مواد که بر مبنای این مجوز افشا می‌شود، منع افشای مجدد دارد و این اطلاعات را نمی‌توان برای تحقیقات جرایم یا تعقیب بیماران مبتلا به ناهنجاری مصرف مواد استفاده کرد، مگر آن‌که طبق 42 CFR بخش2 مجاز باشد.
* اگر این سوابق تحت محافظت 42 CFR بخش2 نباشد، من متوجه هستم که اطلاعات مورداستفاده یا افشا شده بر مبنای این مجوز ممکن است مشمول افشای مجوز بوده و دیگر تحت حفاظت مقررات HIPAA فدرال نباشد.
 |

**من متوجه هستم که:**

* من می‌توانم این مجوز را به‌صورت کتبی هر زمان با اعلام به آژانس مربوطه مگر تا حدودی که قبلا نهاد بر آن اساس عمل کرده است، لغو کنم.
* من حق دارم بدانم چه اطلاعاتی درباره من و با چه کسی مبادله شده است.
* CSB و HD نمی‌توانند درمان، پرداخت یا شرایط احراز مزایا را منوط به امضای این مجوز کنند.
* طبق الزام قانون ویرجینیا دریافت تامین مالی یا خدمات CSA، مستلزم آن است که آژانس‌های ارجاع‌دهنده، درمان و/یا سوابق آموزشی به FAPT جهت ارزیابی کامل و آگاهانه را افشا کنند و طبق قانون ویرجینیا، بعضی اطلاعات خاص باید در اختیار OCS و DBHDS قرار گیرد.
* نهادهایی که اطلاعات ناهنجاری مصرف مواد را بر اساس این مجوز افشا می‌کنند، حداقل میزان اطلاعات ضروری را جهت حصول هدف افشا را مبادله خواهند کنند.
* این مجوز با اراده آزادانه من داده شده است. یک نسخه از این مجوز به من داده شده است یا یک نسخه در پرونده من گذاشته شده است.

***امضای فرد رضایتدهنده: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**این مجوز از تاریخ امضای** **فوق تا پایان حضور مشتری در خدمات CSA، *یا* تا** تاریخ را وارد کنید. (تاریخ)

نام فردی که فرم را توضیح می‌دهد: *برای وارد کردن متن، اینجا کلیک کنید یا ضربه بزنید.*

همه عبارات با حروف درشت در فرم طبق تعریف HIPAA، 42 CFR بخش 2 و قانون خدمات کودکان هستند.

**دستورالعمل‌ تکمیل رضایت تبادل اطلاعات محرمانه**

این فرم برای ولی/یا سرپرست قانونی/قیم متقاضی CSA الزامی است. فرم باید دقیق و درست تکمیل شود. مدیران پرونده باید فرم را توضیح داده و رضایت آگاهانه بگیرند.

* **نام و نام خانوادگی ولی/سرپرست**: نام ولی/سرپرست درخواست کننده خدمات CSA با حروف بزرگ.
* **تاریخ تولد**: تاریخ تولد ولی/سرپرست را وارد کنید.
* **آدرس قانونی**: نشانی قانونی ولی/سرپرست قانونی را وارد کنید.
* **ایمیل**: آدرس ایمیل والدین یا سرپرست را وارد کنید. CSA می‌تواند از آدرس ایمیل برای مکاتبه با والدین/سرپرست از طریق نامه خوشامدگویی یا دریافت اطلاعات کلی از طریق نظرسنجی استفاده کند.
* **نام(‌ها)/تاریخ(‌های) تولد کودکانی که خدمات CSA را دریافت می‌کنند**: نام و تاریخ تولد کودکان تحت مراقبت خود را که خدمات CSA دریافت می کنند، وارد کنید.
* **سایر تامین‌کنندگان خدمات یا آژانس‌ها**: سایر تامین‌کنندگان یا فردی که در پاراگراف حاوی آژانس‌های مبادله کننده اطلاعات ذکر نشده است، باید در این خط نوشته شود.
* **اطلاعاتی که مبادله خواهد شد را علامت بزنید**: فرد رضایت‌دهنده باید علامت بزند که آنها برای تبادل همه اطلاعات یا تنها اطلاعات علامت‌دار **رضایت می‌دهند.** اگر دومی را علامت بزنند، آنها باید کادرهای مربوطه زیر را نیز علامت بزنند. مدیر پرونده باید توضیح دهد که علامت نزدن بعضی اطلاعات خاص ممکن است خانواده را از دریافت خدمات CSA در آن حوزه سرویس‌دهی توضیح دهد.
* **سایر اطلاعات**: این خط را می‌توان برای درج اطلاعاتی استفاده کرد که نیاز به مبادله دارند و در کادر بالا ذکر نشده‌اند.
* **اهداف:** هرگونه اهداف اضافی مربوط به تبادل اطلاعات باید در این قسمت فهرست شود.
* **امضا**: ولی یا سرپرست حقوقی باید در این خط امضا کند و تاریخ بزند.
* **فرد توضیح‌دهنده فرم**: نام مدیر پرونده این‌جا نوشته می‌شود.
* **تاریخ انقضا**: رضایتنامه تا زمانی که خدمات CSA ارائه می‌شود، معتبر خواهد بود مگر اینکه تاریخ پایان درج شود.

***\*نکته:*** *برای ابطال رضایتنامه خود، می‌توانید درخواستی کتبی‌تان را به* *DFSCSA@fairfaxcounty.gov* *ارسال کنید. لغو رضایت شما به طور خودکار تمام بودجه CSA را پایان می دهد.*

صفحه 2 فقط برای اطلاعات است

فقط صفحه 1 را ارائه کنید