أفهم أن عائلتي ستشارك في عملية تخطيط الخدمات المشتركة بين الوكالات بموجب أحكام Children’s Services Act (قانون خدمات الأطفال (CSA)) VA § 2.2-5200. ويسعى CSA إلى تقديم خدمات عالية الجودة تركز على الطفل والأسرة بحيث تكون فعالة من حيث التكلفة وقائمة على المجتمع للشباب ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم. بتوقيع هذا النموذج، فإنني أسمح للوكالات بتبادل بعض المعلومات حول طفلي وعائلتي حتى يتمكنوا من العمل معًا من أجل توفير هذه الخدمات أو المزايا أو تنسيقها. وتكون جميع المعلومات حول الأطفال والأسر التي يحصل عليها أعضاء الفريق لأداء مسؤولياتهم سرية.

|  |
| --- |
| **الاسم المطبوع لطفل العميل** أدخل اسم طفل العميل. |
| **الاسم المطبوع للشخص الذي يوافق** لهم، أو نيابة عن أو بالإضافة إلى طفل العميلأدخل اسم الشخص الموافق. |
| **دور الشخص الموافق:** [ ]  بذاته [ ]  الوالد [ ]  حامل توكيل [ ]  الوصي/الولي [ ]  الممثل المفوض |
| **البريد الإلكتروني للشخص الموافق:** أدخل نصًا. |
| **تاريخ ميلاد طفل العميل:** أدخل نصًا. | **العنوان القانوني للعميل:** أدخل نصًا. |
|  |
| **أفوض المنظمات أو الفرد (الأفراد) التالية لتبادل** |
| - فرق تخطيط الخدمات متعددة التخصصات (اجتماع موارد الأسرة (FRM)/اجتماع شراكة الأسرة (FPM))- فريق تقييم وتنظيم الأسرة (FAPT)- فريق إدارة السياسات المجتمعية (CPMT)- مجلس الخدمات المجتمعية Fairfax-Falls Church (CSB) | - شركة Fairfax Co قسم خدمات الأسرة - شركة Fairfax Co Health Department (وزارة الصحة (HD))- شركة Fairfax Co المدارس الحكومية- مدارس Falls Church City الحكومية  | - المحكمة الجزئية للعلاقات الأسرية والأحداث في Fairfax- مكتب virginia (VA) لخدمات الأطفال (مكتب الخدمات المجتمعة (OCS)/CSA)- قسم خدمات تنمية الصحة السلوكية (DBHDS)- CSA في المكان الذي ينتقل إليه العميل (إن وجد)**-** آخر**:** أدخل نصًا. |
| [ ]  **كل المعلومات أدناه أو**  [ ]  **فقط المعلومات التي تم وضع علامة عليها أدناه** |
| [ ]  سجل علاج تعاطي المخدرات (CFR 42 الجزء 2) | [ ]  سجلات عدالة الأحداث | [ ]  سجلات التعليم  |
| [ ]  السجلات الصحية الطبية | [ ]  المعلومات المالية  | [ ]  سجلات الخدمات الاجتماعية  |
| [ ]  السجلات الصحة العقلية | [ ]  سجلات المزايا الحكومية/الفيدرالية | [ ]  أخرى أدخل نصًا. |
|  |
| - للخدمات والعلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية؛ و-للاستجابة لعمليات التدقيق المحلية أو الحكومية أو الفيدرالية أو متطلبات إعداد التقرير؛ و-الغرض التالي (يجب تحديده): *أدخل نصًا.* |

**إعادة الكشف عن:**

|  |
| --- |
| * إذا كانت هذه السجلات محمية بموجب اللوائح الفيدرالية لسرية تعاطي المخدرات (42 CFR الجزء 2)، فإنني أفهم أنَّ معلومات اضطراب تعاطي المخدرات التي يتم الكشف عنها بناءً على هذا التفويض يُحظر الإفصاح عنها بشكل إضافي، ولا يجوز استخدام هذه المعلومات للتحقيق الجنائي أو مقاضاة مرضى اضطراب تعاطي المخدرات، ما لم يسمح 42 CFR الجزء 2 بخلاف ذلك.
* إذا لم تكن هذه السجلات محمية بموجب الجزء 2 من CFR 42، فإنني أفهم أنَّ المعلومات المستخدمة أو المكشوف عنها بناءً على هذا التفويض قد تخضع لإعادة الكشف عنها ولم تعد محمية بموجب لوائح قانون قابلية التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA) الفيدرالية.
 |

**أفهم ما يلي:**

* يجوز لي إلغاء هذا التفويض في أي وقت بإخطار الوكالة التي تُحيل إليه إلا بالقدر الذي يكون فيه الكيان قد اتخذ إجراءات بشأنه.
* يحق لي معرفة ما المعلومات التي تم مشاركتها عني، ومع من تم مشاركتها.
* لا يجوز لمجلس CSB وHD تحديد علاجهم أو مدفوعاتهم أو أهليتهم للحصول على مزايا حول ما إذا كنت وقعت هذا التفويض.
* يتطلب قانون Virginia أن تتلقى تمويل CSA للحصول على خدمات مما يحيل خدمات الكشف عن الوكالات و/أو العلاج و/أو سجلات التعليم إلى FAPT لإجراء تقييم كامل ومستنير، ويتطلب قانون Virginia توفير بعض المعلومات إلى OCS وDBHDS.
* الكيانات التي تكشف عن معلومات اضطراب تعاطي المخدرات على أساس هذا التفويض هي لتبادل الحد الأدنى من المعلومات اللازمة لتحقيق الغرض من الكشف.
* منحتُ هذا التفويض بمحض إرادتي. ولقد حصلت على نسخة من هذا التفويض، أو تم وضع نسخة منه في ملفي.

|  |  |
| --- | --- |
| ***توقيع الشخص الموافق: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |  ***التاريخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |
| ***توقيع الطفل (إن وجد)*** *\*:* ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***اسم الشخص الذي يشرح النموذج: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **هذا التفويض ساري المفعول من تاريخ التوقيع** **أعلاه حتى يبلغ الطفل سن 18، *أو* حتى نهاية مشاركة العميل في خدمات CSA، أيهما يأتي أولًا؛ *أو* حتى** (تاريخ)\* إذا وافق الطفل على العلاج الخاص به بموجب VA § 54.1-2969 (E)، بما في ذلك تعاطي المخدرات، والصحة العقلية، والأمراض المعدية، وتنظيم الأسرة، يجب على الطفل أيضًا التوقيع على إصدار سجلاتهم الخاصة. يجب على الطفل التوقيع على نموذج خاص به عند بلوغه 18 عام. \*\*تكون جميع المصطلحات المعرفة في النموذج محددة تعريفها من قبل HIPAA، 42 CFR الجزء 2، وقانون خدمات الأطفال. |

**تعليمات لإكمال الموافقة على تبادل المعلومات السرية**

هذا النموذج مطلوب لأي شاب أو فرد من أفراد العائلة و/أو وصي/ولي قانوني يطلب خدمات CSA. ويجب إكماله بدقة وبشكل كامل. كما يجب على مديري الحالات شرح النموذج للحصول على موافقة مستنيرة.

* **الاسم المطبوع الكامل لطفل العميل**: اكتب اسم طفل العميل مطبوعًا (حتى إذا كان الوالد يكمل الموافقة لنفسه).
* **الاسم المطبوع الكامل للشخص الموافق**: اكتب بالكامل اسم الوالد أو الوصي/الولي القانوني أو حامل توكيل الرعاية الصحية المسموح له بالموافقة على تبادل المعلومات للشباب أو لأنفسهم (إذا كانت الموافقة للوالد، فهذا هو المكان الذي سيذهب إليه اسم الوالد). إذا وافق شاب على علاجه الخاص لمرض تناسلي أو مرض معد، أو تحديد النسل أو الحمل، أو اضطراب تعاطي المخدرات، أو المرض العقلي أو الاضطراب العاطفي بموجب قانون
Va § 54.1-2969(E)، فيجب على الشاب الموافقة على إصدار سجلات العلاج ذات الصلة الخاصة به. وقد تتطلب سجلات مجلس الخدمات المجتمعية موافقة الشاب.
* **تاريخ الميلاد (DOB)**: أدخل تاريخ ميلاد الطفل سواءً كنت تكمل موافقة الوالد أو الطفل
* **البريد الإلكتروني**: اكتب عنوان البريد الإلكتروني للوالد أو الوصي مطبوعًا. وقد يستخدم CSA عنوان البريد الإلكتروني للتواصل مع الوالد/ الوصي عبر رسالة ترحيب أو لطلب معلومات عامة عبر إجراء الاستطلاعات.
* **مقدمي الخدمات أو الوكالات الأخرى**: يجب تضمين أي مقدم خدمة أو شخص آخر غير مدرج في الفقرة التي تتضمن الوكالات التي ستقوم بتبادل المعلومات على هذا السطر.
* **ضع علامة على المعلومات التي سيتم تبادلها**: يجب على الشخص الذي يعطي الموافقة التحقق من موافقته إما على تبادل جميع المعلومات أو المعلومات التي تم التحقق منها فقط**.** إذا قاموا بتحديد الخيار الأخير، فيجب عليهم أيضًا تحديد المربعات ذات الصلة أدناه. سيحتاج مدير الحالة لشرح أن عدم اختيار بعض المعلومات قد يحظر الأسرة من تلقي خدمات CSA في منطقة الخدمة هذه.
* **معلومات أخرى**: يمكن استخدام هذا السطر لتضمين أية معلومات تحتاج إلى تبادلها وغير مضمنة في المربع أعلاه.
* **الأغراض:** يجب إدراج أي أغراض إضافية لتبادل المعلومات هنا.
* **التوقيع**: يجب على الوالد أو الوصي القانوني التوقيع وكتابة التاريخ على هذا السطر.
* **توقيع الطفل:** إذا وافق شاب على علاجه الخاص لمرض تناسلي أو مرض معد، أو تحديد النسل أو الحمل، أو اضطراب تعاطي المخدرات، أو المرض العقلي أو الاضطراب العاطفي والسجلات ليتم إصدارها بناءً على هذا العلاج، فيجب على الشاب أيضًا التوقيع وكتابة التاريخ على هذا السطر.
* **نموذج شرح الشخص**: اسم مدير الحالة هنا
* **تاريخ انتهاء الصلاحية**: ما لم يوافق العميل على أن يكون التفويض ساري المفعول حتى يبلغ الطفل 18 عامًا، أو حتى نهاية مشاركة العميل في خدمات CSA، فلا حاجة لإضافة تاريخ انتهاء صلاحية أو حدث.

**الأسئلة الشائعة:**

* **هل يجب على طفلي التوقيع؟** إذا كان الطفل يسعى للحصول على خدمات لنفسه، فيلزم توقيع الطفل. إذا كان الوالد يسعى للحصول على خدمات نيابة عن الطفل، فيفضل توقيع الطفل دون إلزام.
* **كيف يمكنني إلغاء موافقتي؟** ويتعين على الشخص الموافق أن يقدم طلبًا خطيًا إلى مكتب CSA لإبطال هذه الموافقة. يمكن إرسال طلبات إلغاء الموافقة إلى DFSCSA@fairfaxcounty.gov. *\*يُرجى ملاحظة: سيُنهي إلغاء موافقتك تلقائيًا جميع الخدمات الممولة من CSA.*
* **في أي سن يجب على الطفل التوقيع على موافقته الخاصة؟** يمكن للطفل التوقيع في أي عمر. ومع ذلك، نشجع أي طفل يبلغ من العمر 13 عامًا أو أكثر على توقيع الموافقة. يجب على أي شخص ***يبلغ من العمر 18 عامًا أو أكثر*** التوقيع على موافقتهم الخاصة، ما لم يتم تقديم أوراق الوصاية.
* **إذا وافق أحد الوالدين، لكن الطفل رفض التوقيع، هل يمكننا الحصول على الخدمات؟** نعم، إذا كان الوالد يباشر الخدمات نيابة عن الطفل.

الصفحة 2 هي للحصول على المعلومات فحسب

إرسال الصفحة 1 فقط