我了解，我的家人将根据《儿童服务法案》(CSA) VA 第 2.2-5200 节的规定参与机构间服务规划流程。CSA 力求为有专门需要的青少年及其家庭提供高质量、以儿童为中心、着重于家庭、具有成本效益的社区服务。签署这份表格即表明我允许各机构交换有关我的孩子和家庭的某些信息，以便它们可以协同合作，提供或协调这些服务或福利。团队成员为履行职责而获得的所有有关儿童和家庭的信息均保密。

|  |
| --- |
| **儿童信息：** |
| **以正楷书写的儿童客户姓名***点击或轻敲此处以输入文本。* | **出生日期：**输入出生日期。 |
| **儿童客户的法定地址：**点击或轻敲此处以输入文本。 |
| **同意个人信息：** |
| **以正楷书写代表**自己，或代表儿童客户或除儿童客户以外的**同意人姓名** 输入同意人姓名。输入同意人姓名。 |
| **我作为上述儿童客户的以下角色同意：**[ ]  自己 [ ]  父母 [ ]  代理人 [ ]  监护人 [ ]  授权代表 |
| **地址：** 点击或轻敲此处以输入文本。 | **电子邮件**输入文本。 |
| **我授权以下组织或个人交换信息** |
| -多学科服务规划团队 (FRM/FPM) | -Fairfax Co. Department of Family Svcs.（费郡家庭服务部）  | -Fairfax Juvenile Domestic Relations District Court（Fairfax 青少年家庭关系地区法院） |
| -Family Assessment and Planning Team（家庭评估和规划团队 (FAPT)） | -Fairfax Co. Health Department (HD)（费郡卫生部 ） | -VA Office for Children’s Services (OCS/CSA)（弗吉尼亚州儿童服务办公室）  |
| -Community Policy Management Team（社区政策管理团队 (CPMT)） | -Fairfax Co. Public School(费郡公立学校) | -Dept. Behavioral Health Development Svcs (DBHDS)（行为健康发展服务部）  |
| -Fairfax-Falls Church Community Services Board（Fairfax-Falls Church 社区服务委员会 (CSB)） | -Falls Church City Public Schools (福尔斯彻奇公立学校)  | -CSA in Locality where the client relocates (if app)儿童服务法案位于客户搬迁所在地（如果适用） |
| -其他 **（请包含提供者名称）：**输入文本。 |
| [ ]  **以下全部信息 或** [ ]  **仅以下勾选的信息** |
| [ ]  药物使用治疗记录（42 CFR（美国联邦法规）第 2 部分） | [ ]  青少年司法记录 | [ ]  教育记录  |
| [ ]  医疗健康记录 | [ ]  财务信息  | [ ]  社会服务记录  |
| [ ]  心理健康记录 | [ ]  联邦/州福利记录 | [ ]  其他 输入文本。 |
|  |
| -针对服务、治疗、支付和医疗护理业务；和-用于响应地方、州或联邦审计或报告要求；和-以下目的（必须具体）：输入文本。 |

**再披露：**

|  |
| --- |
| * 如果这些记录受《联邦药物使用保密条例》（42 CFR 第 2 部分）保护，我了解，根据此授权披露的药物使用障碍信息不得进一步披露，除非 42 CFR 第 2 部分另有许可，否则此信息不得用于刑事调查或起诉药物使用障碍患者。
* 如果这些记录不受 42 CFR 第 2 部分的保护，我了解，根据此授权使用或披露的信息可能会被再次披露，并且不再受联邦 HIPAA（健康保险携带与责任法案）法规的保护。
 |

**我了解：**

* 我可以随时通知转介机构取消此授权，除非有单位已就此授权采取行动。
* 我有权知道哪些关于我的信息已被共享，以及与谁共享。
* 社区服务委员会和卫生部 不得以我是否签署本授权书为条件，确定其治疗、支付或福利资格。
* 弗吉尼亚州法律要求，为获得儿童服务法案的服务资金，转介机构必须向家庭评估和规划团队（FAPT）披露服务、治疗和/或教育记录，以进行全面，知情的评估，并且弗吉尼亚州法律要求向儿童服务办公室和行为健康发展服务部（OCS & DBHDS） 提供某些信息。
* 根据此授权披露药物使用障碍信息的单位，将分享实现披露目的所需的最少信息量。
* 我自愿授予此授权。我已收到此授权的副本，或副本已放置在我的档案中。

|  |  |
| --- | --- |
| ***同意人签名： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |  ***日期： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |
| ***儿童签名（如适用）*** *\*：* ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***表格说明人姓名： \_输入文本。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **此授权自在上方签名之日起生效，直至孩童年满 18 岁，*或*直至客户参与 CSA 服务的期限结束，以先到者为准；*或*直至**  （日期）\*如果儿童根据 VA 第 54.1-2969(E) 条同意自己的治疗，包括药物使用、心理健康、传染病、计划生育，则儿童也必须签名以便透露自己的记录。儿童在年满 18 岁时必须自己签署表格。 \*\*表格中所有大写术语的定义见于 HIPAA、42 CFR 第 2 部分和 《儿童服务法案》。 |

**完成保密信息交换同意书的说明**

申请 CSA 服务的任何青少年、家庭成员和/或法定监护人都需要此表格。需要准确完整地填写此表格。个案经理
必须对表格进行说明以获得知情同意。

* **儿童客户以正楷书写的全名**：以正楷书写儿童客户姓名。
* **出生日期**：输入儿童的出生日期。
* **同意人以正楷书写的全名**：以正楷书写父母、法定监护人/监护人或有权同意交换青少年或自己的信息的医疗护理授权书。如果青少年根据 VA 第 54.1-2969(E) 条同意自己接受的性病或传染病、节育或怀孕、药物使用障碍或心理疾病或情绪障碍治疗，则青少年必须同意透露其相关的治疗记录。CSB 记录可能需要青少年的同意。
* **电子邮箱**：以正楷书写家长或监护人的电子邮件地址。CSA 可能使用电子邮件地址通过欢迎信与家长/
监护人通讯，或通过调查征求一般信息。
* **其他服务提供者或机构**：没有在将要交换信息机构的段落中列出的任何其他提供者或人员都应该包含在此行。
* **勾选要交换的信息**：同意交换信息者要选择他们同意交换所有信息还是仅已勾选的信息**。**如果他们选择
后者，则还必须勾选下方的相关方框。个案经理需要说明，不勾选某些信息可能会使该家庭无法获得该
服务范围的 CSA 服务。
* **其他信息**：此行可用于包括上述方框未包含，但需要交换的任何信息。
* **目的：**应在此处列出交换信息的任何其他目的。
* **签名**：家长或法定监护人应在此行上签名并签署日期。
* **儿童签名：**如果青少年自己同意所接受的性病或传染病、节育或怀孕、药物使用障碍或心理疾病或情绪障碍治疗，且同意透露关于该治疗的记录，则青少年也必须在此行上签名并签署日期。
* **表格说明人**：此处为个案经理的姓名。
* **有效期**：除非客户不同意授权有效期截止至儿童年满 18 岁或客户参与 CSA 服务期限结束时，否则无需添加
有效期或事件。

**常见问题**

* **我的孩子需要签名吗？** 如果孩童在为自己寻求服务，则需要孩童签名。如果家长代表孩童寻求服务，
则最好有孩童签名，但并不要求。
* **如何撤销同意书？** 同意人需要发送书面请求至 DFSCSA@fairfaxcounty.gov 以使本同意书作废。*\*请注意：
撤销您的同意书后，所有 CSA 资助将自动终止。*
* **几岁的孩童应自己签署同意书？** 任何年龄的孩童都可以签名。 但是，我们鼓励任何年满 13 岁或以上的孩童签署同意书。任何年满18岁或以上者，必须签署自己的同意书，除非提供监护文件。
* **如果家长同意，但孩童拒绝签字，我们是否仍能得到服务？** 是的，如果家长代表孩童启动服务即可。

第 2 页仅供信息参考

仅提交第 1 页