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、具有成本效益的小区服务。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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **家长/监护人的全名：***点击或轻敲此处以输入文本。* | | | | | **出生日期：***输入日期。* |
| **法定地址：**点击或轻敲此处以输入文本。 | | **电子邮件：**点击或轻敲此处以输入文本。 | | | |
| **接受 CSA 服务的儿童的全名和出生日期：**  **\*请注意，这并不构成对以下儿童信息的透露；此信息仅供 CSA 参考。** | | | | | |
| 姓名：点击或轻敲此处以输入文本。 | | | | 出生日期：输入日期。 | |
| 姓名：点击或轻敲此处以输入文本。 | | | | 出生日期：输入日期。 | |
| 姓名：点击或轻敲此处以输入文本。 | | | | 出生日期：输入日期。 | |
| 姓名：点击或轻敲此处以输入文本。 | | | | 出生日期：输入日期。 | |
| 姓名：点击或轻敲此处以输入文本。 | | | | 出生日期：输入日期。 | |
| 姓名：点击或轻敲此处以输入文本。 | | | | 出生日期：输入日期。 | |
|  | | | | | |
| **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 School  (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）**：**点击或轻敲此处以输入文本。 | | | | | |
| **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） | 犯罪记录 | | 其他：点击或轻敲此处以输入文本。 | | |
| 医疗健康记录 | 财务信息 | |  | | |
| 心理健康记录 | 联邦/州福利记录 | |  | | |
|  | | | | | |
| -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）：*点击或轻敲此处以输入文本。* | | | | | |

**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：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**此授权自在上方签名之日起生效，直至客户参与 CSA 服务的期限结束，*或*直至**输入日期。（日期）

表格说明人姓名：*点击或轻敲此处以输入文本。*

\*\*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 服务的任何父母/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。

* **父母/监护人全名**：以正楷书写请求 CSA 服务的父母/监护人全名。
* **出生日期**：输入父母/监护人的出生日期。
* **法定地址**：输入父母/监护人的法定地址。
* **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。
* **接受 CSA 服务的儿童的姓名/出生日期**：输入您照顾的接受 CSA 服务的儿童的姓名和出生日期。
* **其他服务提供商或机构**：在列出将要交换信息的机构的段落中未列出的任何其他提供者或人员应包含在  
  此行。
* **勾选要交换的信息**：提供同意的人员要勾选他们同意交换所有信息还是仅已勾选的信息**。**如果他们勾选  
  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**：此行可用于包含上述方框未包含，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。
* **表格说明人**：此处为个案经理的姓名。
* **有效期**：除非输入结束日期，否则同意书将一直有效，直至 CSA 服务停止。

***\*注意：****您可以通过向* [*DFSCSA@fairfaxcounty.gov*](mailto:DFSCSA@fairfaxcounty.gov) *提交书面请求来撤销您的同意，以将此同意书作废。撤销同意将  
自动终止所有 CSA 资助。*

第 2 页仅供信息参考

仅提交第 1 页