Tôi hiểu rằng gia đình tôi sẽ tham gia vào quy trình lập kế hoạch dịch vụ liên ngành theo các quy định của Đạo luật Dịch vụ Trẻ em (CSA) VA §2.2-5200. CSA tìm cách cung cấp các dịch vụ chất lượng cao, chú trọng vào trẻ em, tập trung vào gia đình, hiệu quả về chi phí, trong cộng đồng dành cho thanh thiếu niên có các nhu cầu chuyên biệt và gia đình của các em. Bằng cách ký vào mẫu đơn này, tôi cho phép các cơ quan trao đổi một số thông tin nhất định về con tôi và gia đình tôi để họ có thể phối hợp làm việc cùng nhau nhằm cung cấp hoặc điều phối các dịch vụ hoặc quyền lợi này. Tất cả thông tin về trẻ em và gia đình mà các thành viên trong nhóm có được để thực hiện trách nhiệm của họ đều được bảo mật.

|  |  |
| --- | --- |
| **TÊN ĐẦY ĐỦ CỦA PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ:** *Nhấp hoặc nhấn vào đây để nhập văn bản.* | **NGÀY SINH:** *nhập ngày.* |
| **ĐỊA CHỈ PHÁP LÝ:** Nhấp hoặc nhấn vào đây để nhập văn bản. | **EMAIL:** Nhấp hoặc nhấn vào đây để nhập văn bản. |
| **TÊN ĐẦY ĐỦ VÀ NGÀY SINH CỦA TRẺ EM NHẬN DỊCH VỤ CSA:****\*Xin lưu ý rằng điều này KHÔNG tạo thành việc tiết lộ thông tin cho trẻ em dưới đây; thông tin này chỉ mang tính chất tham khảo của CSA.** |
|  TÊN: Nhấp hoặc nhấn vào đây để nhập văn bản. | NGÀY SINH: nhập ngày. |
|  TÊN: Nhấp hoặc nhấn vào đây để nhập văn bản. | NGÀY SINH: nhập ngày. |
|  TÊN: Nhấp hoặc nhấn vào đây để nhập văn bản. | NGÀY SINH: nhập ngày. |
|  TÊN: Nhấp hoặc nhấn vào đây để nhập văn bản. | NGÀY SINH: nhập ngày. |
|  TÊN: Nhấp hoặc nhấn vào đây để nhập văn bản. | NGÀY SINH: nhập ngày. |
|  TÊN: Nhấp hoặc nhấn vào đây để nhập văn bản. | NGÀY SINH: nhập ngày. |
|  |
| **Tôi ủy quyền cho các tổ chức hoặc (các) cá nhân sau đây trao đổi thông tin** |
| -Nhóm Lập kế hoạch Dịch vụ Đa ngành (FRM/FPM) | -Các Trường Công lập Gia đình Quận Fairfax  | -Tòa án Quan hệ Gia đình-Vị thành niên Quận Fairfax |
| -Nhóm Đánh giá và Kế hoạch hóa Gia đình (FAPT) | -Các Trường Công lập Quận Fairfax (HD) | -Văn phòng Dịch vụ Trẻ em VA (OCS/CSA)  |
| -Nhóm Quản lý Chính sách Cộng đồng (CPMT) | -Các Trường Công lập Quận Fairfax | -Sở Sức khỏe Hành vi và Dịch vụ Phát triển (DBHDS) |
| -Fairfax-Hội đồng Dịch vụ Cộng đồng Falls Church (CSB) | -Các Trường Công lập của Thành phố Falls Church  | -CSA tại địa phương nơi khách hàng chuyến đến (nếu có) |
| **-**Khác **(vui lòng ghi tên của các nhà cung cấp):** Nhấp hoặc nhấn vào đây để nhập văn bản. |
| [x]  **TẤT CẢ thông tin dưới đây HOẶC** [ ]  **CHỈ các thông tin được đánh dấu dưới đây**  |
| [ ]  Hồ sơ Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện (42CFR Phần 2) |  [ ]  Hồ sơ Tư pháp | [ ]  Khác: Nhấp hoặc nhấn vào đây để nhập văn bản. |
| [ ]  Hồ sơ Sức khỏe Y tế |  [ ]  Thông tin Tài chính  |  |
| [ ]  Hồ sơ Sức khỏe Tâm thần |  [ ]  Hồ sơ Các Phúc lợi của Liên bang/ Tiểu bang |  |
|  |
| -Đối với các Dịch vụ, Điều trị, Thanh toán và Hoạt động Chăm sóc Sức khỏe; và-Để đáp ứng các yêu cầu kiểm toán hoặc báo cáo của địa phương, tiểu bang hoặc liên bang; và-Mục đích sau đây (phải cụ thể): *Nhấp hoặc nhấn vào đây để nhập văn bản.* |

**Tiết lộ lại:**

|  |
| --- |
| * Nếu những hồ sơ này được bảo vệ bởi Quy định Bảo mật việc Lạm dụng Chất gây nghiện của Liên bang (42 CFR Phần 2), tôi hiểu rằng thông tin về chứng rối loạn do lạm dụng chất gây nghiện được tiết lộ dựa trên bản cho phép này bị nghiêm cấm tiết lộ thêm và thông tin này không được sử dụng để điều tra hoặc truy tố hình sự bệnh nhân bị rối loạn do lạm dụng chất gây nghiện, trừ khi được 42 CFR Phần 2 cho phép.
* Nếu những hồ sơ này không được bảo vệ bởi 42 CFR Phần 2, tôi hiểu rằng thông tin được sử dụng hoặc tiết lộ dựa trên bản cho phép này có thể bị tiết lộ lại và không còn được bảo vệ bởi Quy định HIPAA của Liên bang.
 |

**Tôi hiểu rằng:**

* Tôi có thể hủy bỏ sự cho phép này bất kỳ lúc nào bằng cách thông báo cho cơ quan giới thiệu trừ trường hợp tổ chức đã tiết lộ thông tin.
* Tôi có quyền biết thông tin nào về tôi đã được chia sẻ và thông tin đó đã được chia sẻ với ai.
* CSB và HD có thể không đưa ra điều kiện về việc điều trị, thanh toán hoặc hội đủ điều kiện nhận được các quyền lợi cho dù tôi có ký vào bản cho phép này hay không.
* Luật Virginia yêu cầu rằng để nhận được tài trợ của CSA cho các dịch vụ, các cơ quan giới thiệu tiết lộ các dịch vụ, hoạt động điều trị và/hoặc hồ sơ giáo dục cho FAPT để đánh giá đầy đủ và cập nhật thông tin, và luật Virginia yêu cầu cung cấp một số thông tin nhất định cho OCS và DBHDS.
* Các tổ chức tiết lộ thông tin về chứng rối loạn do lạm dụng chất gây nghiện dựa trên bản cho phép này phải chia sẻ lượng thông tin cần thiết tối thiểu để thực hiện mục đích của việc tiết lộ.
* Bản cho phép này được đưa ra theo ý muốn của riêng tôi. Tôi đã được cấp một bản sao của bản cho phép này hoặc một bản sao đã được đặt trong hồ sơ của tôi.

***CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI ĐỒNG Ý: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**Bản cho phép này có hiệu lực kể từ ngày ký** **ở trên cho đến khi khách hàng kết thúc việc tham gia các dịch vụ CSA,**

***HOẶC* cho đến** nhập ngày. (Ngày)

Tên của Người Giải thích Mẫu đơn: *Nhấp hoặc nhấn vào đây để nhập văn bản.*

\*\*Tất cả các thuật ngữ viết hoa trên mẫu đơn được HIPAA, 42 CFR Phần 2 và Đạo luật Dịch vụ Trẻ em định nghĩa.

**Hướng dẫn Hoàn thành Bản Đồng ý Trao đổi Thông tin Bảo mật**

Mẫu đơn này là bắt buộc đối với bất kỳ phụ huynh/hoặc người giám hộ/người trông coi hợp pháp nào đang yêu cầu các dịch vụ CSA. Mẫu đơn này cần được hoàn thành một cách chính xác và đầy đủ. Người quản lý hồ sơ phải giải thích mẫu đơn để có được sự đồng ý.

* **Tên Đầy đủ của Phụ huynh/Người giám hộ**: Viết in hoa tên của phụ huynh/người giám hộ yêu cầu dịch vụ CSA.
* **NGÀY SINH**: Nhập ngày sinh của phụ huynh/người giám hộ.
* **Địa chỉ pháp lý**: Nhập địa chỉ pháp lý của phụ huynh/người giám hộ.
* **Email**: Viết in hoa địa chỉ email của phụ huynh hoặc người giám hộ. CSA có thể sử dụng địa chỉ email để liên lạc với phụ huynh/người giám hộ qua thư chào mừng hoặc để thu thập thông tin chung qua các cuộc khảo sát.
* **Tên/Ngày sinh của Trẻ em Nhận Dịch vụ CSA**: Nhập tên và ngày sinh của trẻ được quý vị chăm sóc đang nhận các dịch vụ CSA.
* **Các nhà cung cấp dịch vụ hoặc cơ quan khác**: Bất kỳ nhà cung cấp hoặc người nào khác không được liệt kê trong đoạn liệt kê các cơ quan sẽ trao đổi thông tin nên được viết vào dòng này.
* **Đánh dấu các thông tin được trao đổi**: Người đồng ý đánh dấu xem liệu họ đồng ý trao đổi tất cả thông tin hoặc chỉ các thông tin được đánh dấu**.** Nếu họ đánh dấu lựa chọn sau, họ cũng phải đánh dấu các ô có liên quan bên dưới. Người quản lý hồ sơ sẽ cần giải thích rằng việc không đánh dấu một số thông tin nhất định có thể khiến các gia đình bị nghiêm cấm nhận các dịch vụ CSA trong khu vực dịch vụ đó.
* **Thông tin khác**: Dòng này có thể được sử dụng để viết bất kỳ thông tin cần trao đổi nào mà không có trong ô trên.
* **Mục đích:** Bất kỳ mục đích bổ sung nào cho việc trao đổi thông tin nên được liệt kê ở đây.
* **Chữ ký**: Phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp phải ký tên và ghi ngày vào dòng này.
* **Người giải thích mẫu đơn**: Tên của người quản lý hồ sơ được viết tại đây.
* **Ngày hết hạn**: Bản đồng ý sẽ có hiệu lực cho đến khi các dịch vụ CSA bị ngừng lại trừ khi và ngày kết thúc được nhập.

***\*LƯU Ý:*** *Quý vị có thể hủy bỏ sự đồng ý của mình bằng cách đưa ra một yêu cầu bằng văn bản gửi tới* *DFSCSA@fairfaxcounty.gov* *để hủy bỏ bản đồng ý này. Việc hủy bỏ sự đồng ý của quý vị sẽ tự động chất dứt tất cả tài trợ của CSA.*

Trang 2 chỉ nhằm mục đích cung cấp thông tin

Chỉ gửi trang 1