

Ứng Thuận cho Các Dịch Vụ của Chương Trình Phục Hồi và Học Vấn và Cho Phép Phổ Biến Thông Tin Kín

Office of Student and Family Support and Engagement
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS (MCPS)
Carver Educational Services Center (CESC)
850 Hungerford Drive, Room 50, Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 335-75A
Tháng 8, 2018
Trang 1 của 2



THÔNG TIN THÂN CHỦ

Nguyên Tên Chính Thức của Thân Chủ: _____ Ngày Sinh ____/____/____
Địa chỉ (Số nhà và đường, Thành phố, Tiểu bang, ZIP): _____
E-mail: _____ Điện Thoại ____ - ____ - _____

ĐỒNG Ý CHO DỊCH VỤ

- Tôi đồng ý với sự cung cấp các dịch vụ của Chương Trình Phục Hồi và Học Vấn (RAP), hiệu lực (Ngày Đăng ký) ____/____/____
- Tôi đồng ý với việc chụp hình và sử dụng các hình ảnh, video và bản ghi âm cho mục đích giáo dục chỉ liên quan đến RAP.
- Tôi đồng ý với việc sử dụng phương tiện truyền thông xã hội của The Landing để liên lạc với học sinh RAP.
- Tôi đồng ý với việc sử dụng phương tiện di chuyển sau giờ học của The Landing.
- Tôi đồng ý với việc sử dụng thiết bị của The Landing tại nơi.

PHỔ BIẾN THÔNG TIN

Tôi cho phép The Landing (một chương trình của Family Services, Inc.) và _____
Các Trường Công Lập Quận Montgomery đặt tại _____, Điện thoại ____ - ____ - _____

tiết lộ cho nhau thông tin cụ thể sau đây. Thông tin này có thể được chia sẻ bằng lời nói, điện tử và/ hoặc bằng văn bản. Mục đích tiết lộ là cung cấp: Cung Cấp các Dịch Vụ Liên tục của Sự Chăm Sóc Chương Trình Giảng Dạy cho những ngày dịch vụ sau đây: từ ____/____/____ đến ____/____/____.

Từ Landing đến Trường:

- Thẩm Định để Nhận Học/Thâu Nhận
- Hồ Sơ Đi Học RAP
- Báo Cáo Tiến Triển Kế Hoạch Hồi Phục Cá Nhân
- Cập Nhật Thông Tin Khẩn Cấp
- Tiến Trình Thông Tin Phục Hồi
- Thông Tin Tái Phát
- Thẩm Định Tiến Triển Phục hồi
- Khác _____

Từ Trường Học đến Landing (in báo cáo từ MyMCPS :

- Thông Tin Đăng Ký/Liên Hệ Khẩn Cấp
- Sổ Học Bạ
- Bảng Điểm
- Tóm Tắt Báo Cáo Việc Đi Học
- Tóm Tắt Báo Cáo Kỷ Luật
- Naviance Kế Hoạch Sản Sàng Nghề Nghiệp (thấy cố vấn)

Giấy cho phép này sẽ hết hạn sau khi chấm dứt/hoàn tất các dịch vụ, một năm kể từ ngày ký, hay vào ____/____/____, việc nào xảy ra trước tiên. Yêu cầu viết chữ đầu của tên cạnh từng phần để cho biết rằng quý vị đã đọc và hiểu đơn cho phép này là gì.

_____ Việc tham gia chương trình RAP là tự nguyện; tuy nhiên, việc nhận các dịch vụ RAP đòi hỏi tiết lộ thông tin được đề cập ở trên liên quan đến việc nhận các dịch vụ cá nhân để phối hợp và cung cấp các dịch vụ toàn diện. Nếu tôi chọn không cho phép, tôi có thể không hội đủ điều kiện nhận các dịch vụ RAP, nhưng có thể nhận các dịch vụ trực tiếp qua chương trình The Landing.

_____ Tôi hiểu rằng tôi có quyền từ chối ký Giấy Cho Phép Phổ Biến Thông Tin này. Tôi hiểu rằng việc cho phép tiết lộ thông tin y tế này là tự nguyện. Tôi không cần ký vào mẫu đơn này để bảo đảm các dịch vụ. Tôi hiểu rằng tôi có thể kiểm tra thông tin được sử dụng hoặc tiết lộ, như được quy định trong điều 45 CFR 164.524.

_____ Tôi hiểu rằng thông tin cá nhân không được xác định có thể được chia sẻ giữa MCPS và The Landing để đánh giá hiệu quả RAP. Sẽ không bao gồm thông tin nhận dạng cá nhân của học sinh RAP hoặc phụ huynh/người giám hộ và thông tin sẽ được hủy bỏ khi không còn cần thiết cho mục đích thẩm định.

_____ Tôi, người ký tên dưới đây, đã đọc và hiểu chính sách trách nhiệm của The Landing liên quan đến chuyên chở được cung cấp sau giờ học và việc sử dụng thiết bị tại chỗ.

_____ Tôi, người ký tên dưới đây, đã đọc phần trên và cho phép Family Services, Inc. và người/ban tổ chức có tên ở trên phổ biến thông tin như được mô tả ở trên. Tôi hiểu rằng giấy cho phép này có thể được rút lại bằng văn bản bất kỳ lúc nào ngoại trừ phạm vi mà hành động được thực hiện dựa vào nó hoặc như được mô tả trong Sheppard Pratt Notice of Privacy Practices. Tôi xác nhận rằng tài liệu cho phép phổ biến có thể chứa thông tin về rượu, lạm dụng ma túy, tâm thần, xét nghiệm HIV, kết quả HIV, hay thông tin về AIDS.

_____ Tôi hiểu rằng việc tiết lộ thông tin sức khỏe cho một nhóm khác với nhóm được chỉ định ở trên là bị cấm mà không cần sự cho phép phụ trội của tôi. Tôi hiểu rằng thông tin sức khỏe được sử dụng hoặc phổ biến theo giấy phép này có thể được phổ biến lại bởi người nhận trừ khi thông tin y tế được bảo vệ theo luật bảo mật liên bang 42 CFR Phần 2. Thiết bị này được phát hành và thải hồi bất kỳ trách nhiệm pháp lý nào và người ký tên dưới đây sẽ giữ Family Services, Inc. vô tội khi tuân thủ với "Authorization for Release of Information" này.

Ngày: ____/____/____ Chữ ký của Thân chủ: _____

Ngày: ____/____/____ Chữ ký của Phụ huynh/Giám hộ của Thân chủ, Đại diện có Phép: _____

Ngày: ____/____/____ Chữ ký của Nhân chứng: _____