



جهة الاتصال	
رقم الهاتف	عنوان الهيئة
اسم الطفل بالكامل	
رقم الضمان الاجتماعي الخاص بالطفل	تاريخ الميلاد

أمنح موافقتي، بصفتي والد/وصي على الطفل القاصر، للهيئات المُحددة أدناه لمشاركة المعلومات التي وقعت عليها بالأحرف الأولى:

نوع المعلومات	الأحرف الأولى من الاسم
معلومات صحية، حدّد:	
تقارير حول التشخيص/العلاج، حدّد:	
سجلات تعليمية، حدّد:	
سجل التدخل المبكر، حدّد:	
معلومات أخرى، حدّد:	

مُدرج أدناه بعض الهيئات التي تُقدّم خدمات للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسره. الهدف من عملية تبادل المعلومات هذه هو المساعدة في تنسيق الخدمات، وتقديم البرامج المناسبة، والتأكد من حصول طفلي وأسرتي على الخدمات في أسرع وقت ممكن. أضع الأحرف الأولى من اسمي بجانب الهيئات التي أرغب في مشاركتها المعلومات المُحددة أعلاه.

الهيئة/البرنامج	الأحرف الأولى من الاسم
المنطقة التعليمية، حدّد:	
المستشفى، حدّد:	
إدارة الصحة والخدمات الإنسانية في نبراسكا	
طبيب/عيادة، حدّد:	
أخرى، حدّد:	

أفهم أن:

- لدي الحق في سحب موافقتي في أي وقت؛
- يمكن إلغاء الموافقة على إصدار المعلومات من خلال إرسال طلب مُوقَّع إلى "منسق خدمات شبكة التنمية المبكرة" الخاص بي على:

3) لدي الحق في فحص المعلومات ونسخها لمشاركتها؛

4) العلاج أو التسجيل أو الأهلية للحصول على المزايا المُقدَّمة وفقاً لإدارة الصحة والخدمات الإنسانية نبراسكا ليس مشروطاً بالتوقيع على هذا الإصدار؛

5) إذا لم أمنح موافقتي على مشاركة المعلومات، فقد لا تتمكن الهيئات من تحديد أفضل الخدمات المتاحة لطفلي وأسرتي؛ و

6) قد تكون المعلومات المُستخدمة/المُفصح عنها بموجب هذا التصريح خاضعة لإعادة كشفها من جانب المتلقي وأو قد لا تكون محمية بعد الآن إذا لم يكن المتلقي مسؤول عن خطة صحية أو مقدم رعاية صحية.

أمنح موافقتي طواعية، وأفهم المعلومات المذكورة في هذا النموذج.

توقيع الوالد أو الوصي	العلاقة بالنسبة للطفل	التاريخ
عنوان الشارع	المدينة/الولاية/الرمز البريدي	رقم الهاتف

ما لم ينص على خلاف ذلك، فإن هذا الإصدار صالح لمدة عام واحد من \_\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_\_.