

DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
시작 기관

연락 담당자

기관 주소

전화번호

아동의 성명

아동의 사회보장번호

생년월일

본인은 미성년 아동의 부모/보호자로서 본인이 이니셜로 서명한 정보를 아래에 명시된 기관들이 공유하는 것에 동의합니다.

이니셜	정보 유형
	건강 정보, 구체적으로:
	진단/요법 보고서, 구체적으로:
	교육 기록, 구체적으로:
	조기 중재 기록, 구체적으로:
	기타 정보, 구체적으로:

아래의 목록은 특수한 필요가 있는 아동과 그 가족을 위한 서비스를 제공하는 여러 기관입니다. 이 정보 교환의 목적은 조정 서비스를 돕고, 적절한 프로그램을 제공하고, 내 아이와 가족이 가능한 빨리 서비스를 받을 수 있도록 하기 위한 것입니다. 본인은 상기 명시된 정보의 공유를 원하는 기관 옆에 이니셜로 서명합니다.

이니셜	기관/프로그램
	교육구, 구체적으로:
	병원, 구체적으로:
	네브라스카 보건복지부
	의사/병원, 구체적으로:
	기타 사항, 구체적으로

본인은 다음의 사항을 이해합니다.

- 1) 본인은 언제든지 본인의 동의를 철회할 권리가 있습니다.
 - 2) 정보 공개에 대한 동의는 조기 발달 네트워크 서비스 코디네이터에게 다음의 연락처로 서명된 요청을 보내서 철회할 수 있습니다.
-
- 3) 본인은 공유될 정보를 열람하고 복사할 권리가 있습니다.
 - 4) 네브라스카 보건복지부가 제공하는 치료, 등록 또는 혜택 자격은 본 공개에 대한 서명에 따르는 조건부가 아닙니다.
 - 5) 본인이 정보 공유에 동의하지 않으면, 기관은 내 아이와 가족을 위해 이용할 수 있는 최상의 서비스를 결정할 수 없습니다.
 - 6) 본 승인에 따라 사용/공개된 정보는 수신자가 재공개하고/하거나 수신자가 건강 보험 또는 의료 제공자가 아닌 경우 더 이상 보호되지 않을 수 있습니다.

본인은 자발적으로 동의하며, 본 양식의 정보를 이해합니다.

부모/보호자 서명	아동과의 관계	날짜
상세 주소	시/주/우편번호	전화번호

달리 명시하지 않는 한, 본 공개는 _____에서
_____까지 1년 동안 유효합니다.