

Organisme initiateur	Personne à contacter	
Adresse du service		Numéro de téléphone
Nom complet de l'enfant		
Numéro de sécurité sociale de l'enfant		Date de naissance

En tant que parent/tuteur de l'enfant mineur(e), je donne mon consentement aux organismes identifiés ci-dessous pour partager les informations que j'ai paraphées :

Initiales	Type d'informations
	Informations médicales, précisez :
	Rapports de thérapie/diagnostic, précisez :
	Dossiers scolaires, précisez :
	Dossier d'intervention précoce, précisez :
	Autres informations, précisez :

Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'organismes qui proposent des services aux enfants ayant des besoins spéciaux et à leurs familles. Le but de cet échange d'informations est d'aider à coordonner les services, de fournir des programmes appropriés et de s'assurer que mon enfant et ma famille obtiennent ces services le plus rapidement possible. J'inscris mes initiales à côté des organismes avec lesquels je souhaite partager les informations identifiées ci-dessus.

Initiales	Organisme/programme
	District scolaire, précisez :
	Hôpital, précisez :
	Département de la santé et des services sociaux du Nebraska
	Clinique/médecin, précisez :
	Autre, précisez :

Je comprends que :

- 1) J'ai le droit de retirer mon consentement à tout moment ;
- 2) Le consentement à la diffusion d'informations peut être révoqué en envoyant une demande signée à mon coordonnateur des services de l'Early Development Network (Réseau du développement de la petite enfance) à :

- 3) J'ai le droit d'inspecter et de copier les informations à partager ;
- 4) Le traitement, l'inscription ou l'admissibilité aux prestations fournies par le département de la Santé et des Services sociaux du Nebraska ne sont pas conditionnés par la signature de cette autorisation ;
- 5) Si je ne donne pas mon consentement pour partager des informations, les organismes peuvent ne pas être en mesure de déterminer les meilleurs services disponibles pour mon enfant et ma famille ; et
- 6) Les informations utilisées/divulguées en vertu de cette autorisation peuvent faire l'objet d'une nouvelle divulgation par le destinataire et/ou ne plus être protégées si le destinataire n'est pas un régime de santé ou un prestataire de soins de santé.

Je donne mon consentement volontairement et je comprends les informations contenues dans ce formulaire.

Signature du parent/tuteur	Lien avec l'enfant	Date
Nom de rue	Ville/État/Code postal	Numéro de téléphone

Sauf indication contraire, cette autorisation est valable un an du _____ au _____.