



Unità di risoluzione interagenzia del Consiglio per i minori e le famiglie: Consenso (autorizzazione) alla condivisione di informazioni riservate

L'Unità di risoluzione interagenzia (Interagency Resolution Unit, IRU) del Consiglio per i minori e le famiglie (Council on Children and Families, CCF) aiuta i bambini e i giovani che potrebbero aver bisogno di servizi da più sistemi a identificare e accedere ai servizi comunitari o residenziali più appropriati.

Scopo/Necessità di informazioni: Per i bambini/giovani segnalati all'IRU del CCF si richiede l'autorizzazione affinché tale Unità possa ottenere e condividere informazioni per coordinare e facilitare l'accesso ai servizi necessari.¹ L'autorizzazione deve essere concessa dal genitore/tutore/rappresentante legale del bambino/giovane segnalato OPPURE dal giovane segnalato se di età superiore ai 18 anni.²

Nome del bambino/giovane segnalato all'IRU del CCF:	Data di nascita:
Genitore/tutore/rappresentante legalmente autorizzato (se il minore ha meno di 18 anni):	
Indirizzo:	Telefono:
	E-mail:

Istruzioni: La Sezione 1 illustra il presente modulo di consenso. La Sezione 2 richiede l'autorizzazione a condividere i dati sanitari del bambino/giovane segnalato con agenzie e organizzazioni identificate. La Sezione 3 richiede l'autorizzazione a condividere le informazioni relative all'istruzione e ai servizi sociali del bambino/giovane segnalato con agenzie e organizzazioni identificate.

Sezione 1: Comprendo e prendo atto di quanto segue:

- La firma del presente consenso (autorizzazione) è facoltativa.
- Il rifiuto di fornire il consenso non inciderà sull'idoneità ai servizi/trattamenti, ma potrebbe impedire all'IRU del CCF di identificare e facilitare l'accesso ai servizi per il bambino/giovane segnalato.
- Le informazioni devono essere utilizzate, divulgate o nuovamente divulgate solo per gli scopi autorizzati.
- Salvo rare eccezioni, i dati sanitari divulgati possono essere nuovamente divulgati in conformità con le norme federali della legge sulla responsabilità e trasferibilità in materia di copertura assicurativa (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).
- I dati possono essere condivisi senza autorizzazione se la sicurezza dei bambini/giovani/famiglie o di qualsiasi altra persona è a rischio o per motivi legali, ad esempio se i dati sono necessari per prevenire o risolvere un reato.
- I dati possono essere condivisi in forma aggregata (non identificabile) per contribuire a informare sulle politiche/sui servizi statali e tale uso limitato non terminerà a meno che non venga revocato per iscritto (inviando una mail a centralizedintake@ccf.ny.gov o una lettera a mezzo posta a **CCF IRU, 52 Washington Street, West Building, Rensselaer, NY 12144**).
- Ho il diritto di revocare questa autorizzazione in qualsiasi momento per iscritto (inviando una mail a centralizedintake@ccf.ny.gov oppure una lettera a mezzo posta a **CCF IRU, 52 Washington Street, West Building, Rensselaer, NY 12144**). La revoca non avrà effetto sui dati divulgati mentre l'autorizzazione era in vigore.
- Ho il diritto di ispezionare e copiare i dati da utilizzare/divulgare.

¹ L'art. 483-b della legge sui servizi sociali dello Stato di New York autorizza il CCF a sostenere i bambini che ricevono i servizi più appropriati collaborando con le agenzie sanitarie, educative e dei servizi sociali dello Stato di New York. La legge sulla responsabilità e trasferibilità in materia di copertura assicurativa (42 CFR Parte 2) regola la divulgazione dei dati relativi all'uso di droghe e alcol ai fini del coordinamento dell'assistenza e dell'erogazione dei servizi. La legge federale sui diritti all'istruzione e alla privacy (Federal Educational Rights and Privacy Act, FERPA) e le relative normative disciplinano la divulgazione dei documenti scolastici.

² Il modulo deve essere firmato anche dalla giovane se ha meno di 18 anni ed è incinta, sposata e/o genitore.

Sezione 2: Consenso alla condivisione dei dati sanitari

DOCUMENTI	
Documentazione relativa alla salute mentale	Valutazione funzionale
Valutazioni/accertamenti psichiatrici	Valutazione del QI
Cartelle cliniche	Sintesi della dimissione/Documentazione relativa al trattamento
Valutazioni del linguaggio e della parola	Diagnosi
Documentazione relativa all'uso di sostanze	Elenco dei farmaci (passati e presenti)
Moduli di segnalazione C-SPOA	Informazioni finanziarie e/o assicurative
Altro (specificare):	
AGENZIE/ORGANIZZAZIONI	
Operatori sanitari/Ospedali:	
Operatori sanitari specializzati in salute mentale:	
Responsabili dell'assistenza/coordinatori/centri sanitari (ivi comprese le organizzazioni di coordinamento dell'assistenza e i centri sanitari che assistono i bambini)	
Enti locali (compresi i dipartimenti di salute mentale/igiene/sanità delle contee)	
Agenzie dello Stato di New York (tra cui il Dipartimento della Salute, l'Ufficio per la Salute Mentale, l'Ufficio per le Persone con Disabilità dello Sviluppo, l'Ufficio per i Servizi e il Supporto alle Dipendenze)	
Altro (specificare):	

Autorizzo l'IRU del CCF a raccogliere e condividere i documenti di cui sopra con tutte le agenzie e le organizzazioni sopra elencate.

<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------

Se ci sono documenti specifici e/o agenzie/organizzazioni da cui non desiderate che vengano raccolti o condivisi i dati relativi a vostro figlio/giovane, vi preghiamo di elencarli nella casella sottostante.

Sezione 3: Consenso alla condivisione di dati su istruzione e servizi sociali

DOCUMENTI	
Documentazione scolastica	Storico dei collocamenti attuali e precedenti
Rinvio al collegio da parte del CSE	Rapporto investigativo preliminare alla sentenza
Rinvio DSS a un RTC/QRTP	Ordinanze del tribunale della famiglia/altro
Altro (specificare):	

AGENZIE/ORGANIZZAZIONI
Agenzie educative. Specificare il/i distretto/i scolastico/i:
Distretti dei servizi sociali. Specificare la contea/le contee:
Enti locali
Agenzie dello Stato di New York (tra cui il Dipartimento dell'Istruzione dello Stato, l'Ufficio per i servizi all'infanzia e alla famiglia)
Altro (specificare):

Autorizzo l'IRU del CCF a raccogliere e condividere i documenti di cui sopra con tutte le agenzie e le organizzazioni sopra elencate.

<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------

Se ci sono documenti specifici e/o agenzie/organizzazioni da cui non desiderate che vengano raccolti o condivisi i dati relativi al vostro figlio/giovane, vi preghiamo di elencarli nella casella sottostante.

--

Questa autorizzazione scadrà (spuntare una delle seguenti opzioni):

<input type="checkbox"/>	Quando il bambino/giovane non è più assistito dall'IRU del CCF
<input type="checkbox"/>	Anno dalla data della firma qui sotto
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare):
<p><u>Eccezione:</u> L'autorizzazione all'utilizzo dei dati relativi a bambini/giovani in forma aggregata (non identificabile) <u>non</u> scadrà, salvo revoca scritta (inviando una mail a centralizedintake@ccf.ny.gov oppure una lettera a mezzo posta a CCF IRU, 52 Washington Street, West Building, Rensselaer, NY 12144).</p>	

Dichiaro di aver letto e compreso la presente autorizzazione.

Firma del genitore/tutore/rappresentante legale autorizzato OPPURE del giovane se maggiore di 18 anni
Nome in stampatello
Rapporto di parentela con il bambini/giovane
Data