



Межведомственное подразделение по разрешению споров Совета по делам детей и семей: согласие (разрешение) на раскрытие конфиденциальной информации

Межведомственное подразделение по разрешению споров (Interagency Resolution Unit, IRU) Совета по делам детей и семей (Council on Children and Families, CCF) помогает отдельным детям и подросткам, которым могут потребоваться услуги из нескольких систем, находить и подключать их к наиболее подходящим службам на уровне общины или по месту жительства.

Цель / потребность в информации. Для детей/подростков, направленных в CCF IRU, требуется разрешение, позволяющее CCF IRU получать и обмениваться информацией для координации и облегчения доступа к необходимым услугам¹. Разрешение выдается только родителям / опекуну / законно уполномоченному представителю направленного ребенка/подростка ИЛИ направленному подростку, если ему исполнилось 18 лет².

Имя и фамилия ребенка/подростка, направленного в CCF IRU:	Дата рождения:
Родитель / опекун / законно уполномоченный представитель (если подростку/лицу меньше 18 лет):	
Адрес:	Номер телефона:
	Адрес электронной почты:

Инструкции. В разделе 1 объясняется информация, которая содержится в форме согласия. В разделе 2 запрашивается разрешение на передачу информации о состоянии здоровья ребенка/подростка определенным учреждениям и организациям. В разделе 3 запрашивается разрешение на передачу информации об образовании и социальных услугах указанного ребенка/подростка определенным учреждениям и организациям.

Раздел 1.Я понимаю и подтверждаю указанное далее.

- Подписание настоящего согласия (разрешения) является добровольным.
- Отказ предоставить согласие не повлияет на право на получение услуг/лечения, но может помешать CCF IRU определить и облегчить доступ к услугам для направленного ребенка/подростка.
- Информацию следует использовать, раскрывать или повторно раскрывать только в разрешенных целях.
- За некоторыми исключениями, однажды раскрытая медицинская информация может быть раскрыта повторно в соответствии с положениями закона США «О порядке передачи медицинской информации и ответственности в сфере медицинского страхования» (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).
- Информация может быть передана без разрешения, если безопасность ребенка/подростка/семьи или любого другого лица находится под угрозой или на законных основаниях, например, если информация необходима для предотвращения или раскрытия преступления.
- Информация может предоставляться в обобщенной (неидентифицируемой) форме для информирования о политике/услугах штата, и такая форма ограниченного использования длится, пока вы не отзовете разрешение в письменной форме (по электронной почте centralizedintake@ccf.ny.gov или по почте: **CCF IRU, 52 Washington Street, West Building, Rensselaer, NY 12144**).
- Я имею право отозвать данное разрешение в любое время в письменной форме (по электронной почте centralizedintake@ccf.ny.gov или по почте: **CCF IRU, 52 Washington Street, West Building, Rensselaer, NY 12144**). Отзыв не повлияет на информацию, раскрытую в период действия разрешения.
- Я имею право проверять и копировать информацию, предназначенную для использования/раскрытия.

¹ Раздел 483-b закона штата Нью-Йорк «О социальных услугах» (Social Services Law) уполномочивает CCF оказывать поддержку детям, получая наиболее подходящие услуги, сотрудничая с учреждениями здравоохранения, образования и социальных служб штата Нью-Йорк. Закон «О порядке передачи медицинской информации и ответственности в сфере медицинского страхования» (HIPAA) (часть 2 статьи 42 свода федеральных нормативных актов (Code of Federal Regulations, CFR)) регулирует раскрытие записей об употреблении спиртных напитков и наркотических препаратов для координации лечения и предоставления услуг. Федеральный закон «О правах на образование и конфиденциальности данных в сфере образования» (Federal Educational Rights and Privacy Act, FERPA) и соответствующие правила регулируют раскрытие документов в сфере образования.

² Форма также должна быть подписана подростком, которому не исполнилось 18 лет и она беременна, он/она состоит в браке и (или) является родителем.

Раздел 2. Согласие на предоставление медицинской информации

ДОКУМЕНТЫ	
Записи о психическом состоянии	Оценка функциональных нарушений
Психиатрическое обследование / оценка состояния	Оценка умственного развития
Медицинские документы	Выписной эпикриз / записи о лечении
Оценки речи и языка	Диагнозы
Записи об употреблении психоактивных веществ	Перечень лекарственных препаратов (принимались ранее или принимаются в настоящее время)
Пакет направлений Единой точки доступа для детей (Children's Single Point of Access, C-SPOA)	Финансовая и (или) страховая информация
Другое (уточните):	
АГЕНТСТВА/ОРГАНИЗАЦИИ	
Поставщики медицинских услуг/больницы:	
Поставщики услуг в области психического здоровья:	
Менеджеры по координации обслуживания / координаторы ухода / медицинское обслуживание на дому (включая организации по координации ухода, медицинского обслуживания детей на дому)	
Местные органы власти (включая окружные департаменты психического здоровья / гигиены / здравоохранения)	
Агентства штата Нью-Йорк (включая Департамент здравоохранения (Department of Health), Управление по вопросам психического здоровья (Office of Mental Health), Управление по делам людей с нарушениями развития (Office for People with Developmental Disabilities), Управление служб по оказанию помощи и поддержки лицам с алкогольной и наркотической зависимостью (Office of Addiction Services and Supports))	
Другое (уточните):	

Я разрешаю CCF IRU собирать и передавать вышеуказанные документы всем перечисленным выше агентствам и организациям.

<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
-----------------------------	------------------------------

Если вы не хотите, чтобы информация или определенные документы в отношении вашего ребенка/подростка собирались или передавались конкретным агентствам/организациям, укажите их в поле ниже.

Раздел 3. Согласие на распространение информации об образовании и социальных услугах

ДОКУМЕНТЫ	
Документы об успеваемости в школе	Текущая и предыдущая история размещения
Направление в школу-интернат от Комиссии по специальному образованию (Committee on Special Education, CSE)	Отчет о предварительном расследовании
Направление DSS в лечебный центр с проживанием (Residential Treatment Center, RTC) / программу стационарного лечения для лиц, отвечающих требованиям (Qualified Residential Treatment Program, QRTP)	Постановления суда по семейным и другим делам
Другое (уточните):	

АГЕНТСТВА/ОРГАНИЗАЦИИ
Образовательные агентства. Укажите школьные округа:
Округа социального обслуживания. Укажите округа:
Органы местного самоуправления
Агентства штата Нью-Йорк (включая Департамент образования штата (State Education Department), Управление по делам детей и семейных служб (Office of Children and Family Services))
Другое (уточните):

Я разрешаю CCF IRU собирать и передавать вышеуказанные документы всем перечисленным выше агентствам и организациям.

<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
-----------------------------	------------------------------

Если вы не хотите, чтобы информация или определенные документы в отношении вашего ребенка/подростка собирались или передавались конкретным агентствам/организациям, укажите их в поле ниже.

--

Срок действия данного разрешения истекает (отметьте один вариант):

<input type="checkbox"/>	Когда ребенок/подросток больше не получает помощь от CCF IRU
<input type="checkbox"/>	Через один год после даты подписания ниже
<input type="checkbox"/>	Другое (уточните):
<p><u>Исключение.</u> Разрешение на использование данных о детях/подростках в агрегированной (неидентифицируемой) форме <u>продолжает</u> действовать, пока не будет отозвано в письменной форме (по электронной почте centralizedintake@ccf.ny.gov или по почте CCF IRU, 52 Washington Street, West Building, Rensselaer, NY 12144).</p>	

Я подтверждаю, что прочитал (-а) и настоящее разрешение, и его содержание мне понятно.

Подпись родителя / опекуна / законного уполномоченного представителя ИЛИ несовершеннолетнего лица, если ему исполнилось 18 лет
Имя и фамилия печатными буквами
Кем приходится ребенку/подростку
Дата