



儿童和家庭委员会跨机构调解科： 机密信息共享同意书（授权书）

儿童和家庭委员会 (Council on Children and Families, CCF) 跨机构调解科 (Interagency Resolution Unit, IRU) 帮助可能需要跨系统服务的儿童和青少年寻找和获取最合适的社区或住宿服务。

信息用途/需求：对于被转介到 CCF IRU 的儿童/青少年，需获得授权允许 CCF IRU 获取和共享信息，以协调和协助其获取所需服务。¹该授权须由被转介儿童/青少年的父母/监护人/法定授权代表，或年满 18 岁的被转介青少年本人提供。²

被转介到 CCF IRU 的儿童/青少年姓名：	出生日期：
父母/监护人/法定授权代表（如果青少年未满 18 岁）：	
地址：	电话：
	电子邮件：

说明：第 1 节阐述本同意书内容。第 2 节请求允许与指定机构和组织共享被转介儿童/青少年的健康信息。第 3 节请求允许与指定机构和组织共享被转介儿童/青少年的教育和公众服务信息。

第 1 节：本人理解并确认：

- 签署本同意书（授权书）属自愿性质。
- 拒绝提供同意不会影响本人获得服务/治疗的资格，但可能会妨碍 CCF IRU 为被转介儿童/青少年寻找和获取服务。
- 信息仅限用于授权用途的使用、披露或再次披露。
- 除少数例外情况外，根据联邦《健康保险可携性和责任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)，已披露的健康信息可能被再次披露。
- 当儿童/青少年/家人或任何其他人的安全受到威胁，或法律要求时（例如需要该等信息来预防或调查犯罪），可不经授权共享信息。
- 信息可能会以汇总（去识别化）形式共享，以帮助州政府制定政策/提供服务，除非通过书面形式撤销（发送电子邮件至 centralizedintake@ccf.ny.gov 或写信至 **CCF IRU, 52 Washington Street, West Building, Rensselaer, NY 12144**），否则此类有限使用不会终止。
- 本人有权随时通过书面形式撤销此授权（发送电子邮件至 centralizedintake@ccf.ny.gov 或写信至 **CCF IRU, 52 Washington Street, West Building, Rensselaer, NY 12144**）。撤销授权不会影响在授权被撤销前已披露的信息。
- 本人有权查阅和复制被使用/披露的信息。

¹ 纽约州《社会服务法》(Social Services Law) 第 483-b 节授权 CCF 与纽约州卫生、教育和公众服务机构合作，帮助儿童获得最合适的服务。《健康保险可携性和责任法案》(HIPAA) (42CFR 第 2 部分) 规定了为协调护理和提供服务而披露药物和酒精使用记录的要求。《联邦教育权利和隐私法案》(Federal Educational Rights and Privacy Act, FERPA) 及相应法规规定了披露教育记录的要求。

² 如果青少年未满 18 岁但已怀孕、已婚且/或有子女，该青少年也必须签署本同意书。

第 2 节：同意共享健康信息

文件	
心理健康记录	功能评估
精神鉴定/评估	智商评估
医疗记录	出院摘要/治疗记录
言语和语言评估	诊断
物质使用记录	药物清单（过去及当前）
C-SPOA 转介资料包	财务和/或保险信息
其他（请注明）：	
机构/组织	
医疗保健提供者/医院：	
心理健康服务提供者：	
护理经理/协调员/健康之家（包括护理协调组织、为儿童提供服务的健康之家）	
地方政府部门（包括县心理健康/卫生/健康部门）	
纽约州机构（包括卫生局、心理健康办公室、发育障碍人士办公室、成瘾服务与支持办公室）	
其他（请注明）：	

本人允许 CCF IRU 收集上述文件，并与上述所有机构和组织共享。

<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
----------------------------	----------------------------

如果您不希望从特定文件及/或特定机构/组织收集您子女/青少年的信息，或不希望与其共享信息，请在下面的方框中列出。

--

第 3 节：同意共享教育和公众服务信息

文件	
学校记录	当前和之前的安置记录
转介到寄宿学校的 CSE 转介信	量刑前调查报告
转介到 RTC/Q RTP 的 DSS 转介信	家事法庭/其他法庭的判令
其他（请注明）：	

机构/组织
教育机构。请注明所在学区：
社会服务区。请注明所在县：
地方政府部门
纽约州机构（包括州教育局、儿童和家庭服务办公室）
其他（请注明）：

本人允许 CCF IRU 收集上述文件，并与上述所有机构和组织共享。

<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
----------------------------	----------------------------

如果您不希望从特定文件及/或特定机构/组织收集您子女/青少年的信息，或不希望与其共享信息，请在下面的方框中列出。

--

本授权书将在以下情况下失效（选择一项）：

<input type="checkbox"/>	当儿童/青少年不再接受 CCF IRU 的帮助时
<input type="checkbox"/>	自下方签名之日起满一年
<input type="checkbox"/>	其他（请注明）：
<p>例外情况：使用汇总（去识别化）儿童/青少年数据的相关授权不会自动失效，除非通过书面形式撤销（发送电子邮件至 centralizedintake@ccf.ny.gov 或写信至 CCF IRU, 52 Washington Street, West Building, Rensselaer, NY 12144）。</p>	

本人确认，本人已阅读并理解本授权书。

父母/监护人/法定授权代表或年满 18 岁青少年签名
正楷姓名
与儿童/青少年的关系
日期