

التحويل باستخدام المعلومات و/أو الكشف عنها
برنامج التبني المستقل

أفوض أنا، _____ المولود في _____، بموجب هذه الوثيقة
اسم الولادة/اسم الوالد القانوني أو الوصي القانوني تاريخ الميلاد

في الإفصاح عن المعلومات فيما يتعلق بما يلي _____
الطبيب أو المستشفى أو العيادة أو المدرسة أو المعالج أو الوكالة

تاريخي المرضي أو حالتي النفسية أو العقلية أو رعايتي أو علاجي

التاريخ المرضي أو الحالة النفسية أو العقلية أو الرعاية أو العلاج

الخاص بطفلي، _____
اسم الطفل

المولود في _____
تواريخ الميلاد

علاقتي بهذه الطفل هي _____

يتم الإفصاح عن المعلومات إلى:

دائرة كاليفورنيا للخدمات الاجتماعية (CDSS)

Delegated County Adoption Agency (وكالة التبني المفوضة بالمقاطعة)

العنوان: _____

المدينة، الولاية، الرمز البريدي: _____

رقم الهاتف: () _____

غير ذلك

• يجب على الوالد/الوصي القانوني إتمام نموذج واحد لكل شخص/وكالة

تصريح الوالدين للإفصاح عن معلومات
القيود/ المدة/ الحقوق

يحدد تصريحي الإفصاح عن هذه المعلومات للوكالة المدرجة في صفحة واحد لأغراض خطة التبني. هذا التصريح عن أية معلومات في ملفتك بخصوصي وإن انطبق الأمر الطفل المسمى في الصفحة الأولى شاملة أنواع المعلومات الأخرى:

- المعلومات الطبية والتاريخ
 المعلومات والتاريخ النفسي والاجتماعي
 نتائج الاختبارات أو الفحوصات
 المعلومات و/ أو الشروحات الأخرى:

- أفوض بموجب الإفصاح عن المعلومات المحددة من سجلاتي/ سجلات الطفل الطبية.
- أقر أن المعلومات المفصحة عنها طبقاً لهذا التفويض قد يتم إعادة الإفصاح عنها بواسطة المستقبل وألا تكون محمية بموجب قوانين السرية الفيدرالية. مع ذلك، يخضع استخدام المعلومات وإعادة الإفصاح لمتطلبات قانون الأسرة القسم 9200 وما يليه والبند 22 من قانون كاليفورنيا من أحكام قسم 35049 وما يليه و 35051 وما يليه.
- قد يتم سحب هذا التفويض في أي وقت، يكون سحب تفويضي سارياً عند استلامه لكن لن يكون له تأثيراً على الاستخدامات أو الإفصاحات في الوقت الذي كان فيه تفويضي سارياً.
- يكون هذا التفويض سارياً فوراً وسوف ينتهي بعد انقضاء عام واحد من تاريخ التوقيع.
- يكون لأي نسخة من هذا الإصدار نفس أثر النسخة الأصلية.
- أقر أنني لدي الحق في استلام نسخة من هذا التفويض.

التاريخ:

التوقيع:

يخضع هذا المستند لمتطلبات السرية لقابلية نقل التأمين الصحي وقانون المحاسبة.