

Раскрытие информации в рамках программы Early Childhood Screening («Диспансеризация детей раннего возраста»)

Имя и фамилия ребенка: _____ Дата рождения: _____

(только для внутреннего пользования - For office use only)

MARSS other ID: _____ Имя и фамилия родителя (опекуна): _____

_____ (данное учреждение) использует информацию, полученную в ходе обследования здоровья и развития ребенка, с целью выявить любые возможные проблемы, которые могут негативно повлиять на состояние здоровья, рост, развитие или обучение Вашего ребенка. В соответствии с законами штата Миннесота результаты обследования считаются конфиденциальной информацией. Это означает, что результаты не могут обсуждаться и не могут быть раскрыты кому-либо без Вашего согласия. Ваш отказ дать согласие на раскрытие данной информации не повлияет на право Вашего ребенка на медицинское обслуживание или участие в других медицинских, образовательных или социальных программах. Сводные данные по группам, которые не включают информацию об отдельных детях, могут быть переданы без Вашего согласия.

Информация, полученная в ходе обследования Вашего ребенка, может быть использована для следующих целей:

1. Последующее наблюдение Вашего ребенка, если Вы решите принять участие.
2. Организация дальнейшего обследования или оценки здоровья, роста, развития и обучения Вашего ребенка, если Вы решите принять участие.
3. Выполнение требований для поступления в государственную школу или участия в программах Early Learning Scholarship, School Readiness или Voluntary Pre-Kindergarten.
4. Оценка программ диспансеризации департаментом образования, здравоохранения и социальных служб штата Миннесота. Фамилия и имя Вашего ребенка в результатах подобных оценок упоминаться не будут.
5. Разработка соответствующих образовательных программ с учетом потребностей учащихся и программ санитарного просвещения в округе.
6. Составление планов для программ раннего обучения и подготовительных программ.
7. Предоставление отчетности о выплате государственных средств местному школьному округу за предоставление услуг по обязательной диспансеризации детей раннего возраста.

Поставив подпись, Вы подтверждаете, что Вы прочли, поняли содержание и даете согласие на использование информации описанным выше образом.

СОГЛАСИЕ НА РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ

Настоящим я разрешаю раскрывать информацию, полученную в ходе профилактического обследования моего ребенка, отмеченным ниже программам или поставщикам услуг для оценки, изучения, диагностики, последующего наблюдения и (или) разработки программ обслуживания. (По возможности укажите имена и адреса).

Поставьте отметку напротив людей или организаций, которым можно передавать информацию, полученную в ходе обследования Вашего ребенка:

- ☐ Поставщик услуг по уходу за детьми _____
- ☐ Стоматолог (укажите фамилию и имя) _____
- ☐ Программа «Семейное воспитание детей раннего возраста» (Early Childhood Family Education, ECFE) _____
- ☐ Программа «Специальное обучение детей раннего возраста» (Early Childhood Special Education) _____
- ☐ Программа Follow Along _____
- ☐ Программа Head Start (укажите фамилию и имя) _____
- ☐ Поставщик медицинских услуг (медицинское учреждение) _____
- ☐ Межведомственная комиссия по раннему вмешательству (Interagency Early Intervention Committee, IEIC) _____
- ☐ Учреждение психиатрической помощи _____
- ☐ Учреждение здравоохранения (программа WIC) _____
- ☐ Школьный округ (фамилия и имя представителя) _____
- ☐ Программа подготовки к школе (School Readiness) _____
- ☐ Другое (укажите региональную программу) _____

_____ Я понял (а) содержание

_____ Я даю согласие на раскрытие информации

Подпись родителя (опекуна): _____ Дата: _____ Кем приходится ребенку: _____