

Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Khám Thăm Dò Tuổi Ấu Thơ

Họ Tên của Trẻ: _____ Ngày sanh: _____
(Chỉ dành cho văn phòng - For office use only)
MARSS other ID: _____ (Các) tên cha mẹ/người giám hộ: _____

_____ (Tổ chức này) dùng thông tin từ Khám Thăm Dò Sức Khỏe và Phát Triển Trẻ Em để biết bất cứ vấn đề khả dĩ nào có thể ảnh hưởng đến sức khỏe, mức tăng trưởng, phát triển hoặc học tập của trẻ. Theo luật của Minnesota, kết quả khám thăm dò được coi là dữ liệu riêng tư. Điều này có nghĩa là không được tiết lộ hoặc bàn thảo kết quả với bất cứ người nào khác nếu không có thỏa thuận. Nếu quý vị không cho tiết lộ thông tin này thì cũng không ảnh hưởng đến việc con quý vị đủ điều kiện được trợ giúp y tế hoặc bất cứ chương trình sức khỏe, giáo dục hoặc dịch vụ xã hội khác. Dữ liệu tóm lược về nhóm trẻ không có thông tin về từng cá nhân trẻ, có thể bị san sẻ mà không cần có thỏa thuận.

Thông Tin từ Khám Thăm Dò của Con Quý Vị Có Thể Được Dùng cho Những Mục Đích Sau Đây:

1. Để được các dịch vụ theo dõi cho con quý vị sau khi khám thăm dò, nếu quý vị muốn tham gia.
2. Để sắp xếp lượng định hoặc đánh giá thêm về sức khỏe, mức tăng trưởng, phát triển hoặc học tập của con quý vị, nếu muốn tham gia.
3. Để đáp ứng đòi hỏi cho con quý vị vào học trường công lập hoặc chương trình Học Bổng Học Tập Sớm, Sẵn Sàng Đến Trường hoặc chương trình Trước Mẫu Giáo Tự Nguyện.
4. Để Ban Giáo Dục, Sức Khỏe và Dịch Vụ Nhân Sinh của Minnesota lượng định chương trình khám thăm dò. Tên của con quý vị sẽ không có trong bất cứ kết quả lượng định nào.
5. Để phát triển các chương trình giáo dục phù hợp, đáp ứng nhu cầu của học sinh và thiết kế chương trình giáo dục sức khỏe phù hợp cho khu học chánh.
6. Để hoạch định chương trình cho tuổi ấu thơ và vào học ở trường.
7. Để được và có trách nhiệm với các quỹ của chánh phủ trả tiền cho khu học chánh tại địa phương, cung cấp dịch vụ khám thăm dò tuổi ấu thơ theo đòi hỏi.

Chữ ký của quý vị cho biết quý vị đã học, hiểu và đồng ý rằng thông tin có thể được sử dụng theo cách nêu bên trên.

THỎA THUẬN TIẾT LỘ THÔNG TIN

Tôi theo đây cho phép tiết lộ thông tin khám thăm dò của con tôi cho các chương trình hoặc dịch vụ được đánh dấu sau đây, để lượng định, đánh giá, chẩn đoán, theo dõi và/hoặc lập trình. (Xin cho biết tên và địa chỉ nếu có).

Đánh dấu vào bất cứ người/cơ quan nào quý vị muốn cho nhận thông tin khám thăm dò về con mình.

___ Người giữ trẻ _____
___ Nha sĩ (Tên) _____
___ Giáo Dục Gia Đình Tuổi Ấu Thơ (Early Childhood Family Education - ECFE) _____
___ Giáo Dục Đặc Biệt Tuổi Ấu Thơ (Early Childhood Special Education) _____
___ Chương Trình Theo Dõi (Follow Along Program) _____
___ Khởi Đầu Sớm (Tên) _____
___ Người Chăm Sóc Sức Khỏe (Bệnh Xá) _____
___ Ủy Ban Can Thiệp Sớm Phối Hợp Các Cơ Quan (Interagency Early Intervention Committee - IEIC) _____
___ Cơ Quan Sức Khỏe Tâm Thần _____
___ Cơ Quan Sức Khỏe Công Cộng (WIC) _____
___ Khu Học Chánh (Tên) _____
___ Sẵn Sàng Đến Trường (School Readiness) _____
___ Khác (chương trình cụ thể theo khu vực) _____

___ **Hiểu thông tin**

___ **Cho phép tiết lộ thông tin**

Cha Mẹ/Giám Hộ: _____ Ngày: _____ Mối quan hệ với trẻ: _____