



ВАНКУВЕРСКИЙ ШКОЛЬНЫЙ РАЙОН № 37

Ванкувер, Вашингтон

Разрешение и согласие на передачу конфиденциальной информации и/или обмен конфиденциальной информацией

Учащийся: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_ Класс: \_\_\_\_\_

Школа, которую учащийся посещает сейчас: \_\_\_\_\_

Кем запрашивается информация / Должность: \_\_\_\_\_

**Настоящим я даю разрешение и согласие на передачу (раскрытие) следующей конфиденциальной информации и/или обмен конфиденциальной информацией, которая относится к указанному выше учащемуся: (пожалуйста, пометьте всё, что относится)**

- Академическая  Прививки  Медицинская
- Текущий IEP  Психологическая  Психиатрическая
- Психическое здоровье (Обследование/лечение)  Наркотики и алкоголь  Аудиологическая
- Отчёт о результатах тестирования, указывающих на то, что ученику положен IEP  Язык и речь  Другое: \_\_\_\_\_

**НИЖЕ ПОСТАВЬТЕ СВОИ ИНИЦИАЛЫ, ЕСЛИ ВЫ ДАЁТЕ СОГЛАСИЕ НА ПЕРЕДАЧУ (РАСКРЫТИЕ) СЛЕДУЮЩЕЙ ИНФОРМАЦИИ:**

- \_\_\_\_\_ Злоупотребление психоактивными веществами (включая злоупотребление наркотиками и алкоголем)
- \_\_\_\_\_ Лечение психических расстройств
- \_\_\_\_\_ Инфекционные заболевания (включая передающиеся половым путём)
- \_\_\_\_\_ Генетическое тестирование
- \_\_\_\_\_ Информация о ВИЧ/СПИДе (включая тестирование по поводу СПИДа)

Я понимаю, что данное разрешение может включать информацию о злоупотреблении психоактивными веществами (включая злоупотребление наркотиками и алкоголем), лечении психических расстройств, об инфекционных заболеваниях (включая передающиеся половым путём), о генетическом тестировании, и/или информацию о ВИЧ (включая тестирование по поводу СПИДа), но только в том случае, если я поставлю свои инициалы на соответствующей линии вверху, давая этим разрешение на передачу именно такой информации. Эта информация защищена Федеральными правилами (42 CFR, часть 2) и Законом об унификации и учёте в области медицинского страхования за 1996 год (HIPPA), 45 CFR, Части 160 и 164. Федеральные правила запрещают любую последующую передачу этой информации, за исключением тех случаев, когда человеком, к которому относится данная информация, дано недвусмысленное письменное разрешение на передачу такой информации, или в тех случаях, когда это разрешено Правилами 42 CFR, часть 2. Федеральные правила ограничивают любое использование данной информации для криминального расследования или привлечения кого-либо к уголовной ответственности за злоупотребление алкоголем или наркотиками.

Эта конфиденциальная информация может быть использована нижеуказанным доверенным лицом для оказания учебных услуг или в других целях по моему указанию.

**~ СМ. НА ОБРАТНОЙ СТОРОНЕ ~**



VANCOUVER SCHOOL DISTRICT NO. 37  
Vancouver, Washington  
Authorization and Consent for Release  
and/or Exchange of Confidential Information

Student: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

Student's Present School: \_\_\_\_\_

Requested by / Position: \_\_\_\_\_

**I hereby authorize and consent to the release and/or exchange of the following confidential information relative to the above named student: (check all that apply)**

- |   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Academic                         | <input type="checkbox"/> Immunization    | <input type="checkbox"/> Medical      |
| <input type="checkbox"/> Current IEP                      | <input type="checkbox"/> Psychological   | <input type="checkbox"/> Psychiatric  |
| <input type="checkbox"/> Mental Health (Eval. /Treatment) | <input type="checkbox"/> Drug / Alcohol  | <input type="checkbox"/> Audiological |
| <input type="checkbox"/> IEP Eligibility Statement        | <input type="checkbox"/> Speech/Language | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

**INITIAL BELOW FOR RELEASE OF THE FOLLOWING INFORMATION:**

\_\_\_\_\_ Substance Abuse (including drug and alcohol abuse)

\_\_\_\_\_ Mental Health Treatment

\_\_\_\_\_ Communicable Diseases (including sexually transmitted diseases)

\_\_\_\_\_ Genetic Testing

\_\_\_\_\_ HIV / AIDS information (including AIDS related testing)

I understand that this authorization may include substance abuse (including alcohol and drug abuse), mental health treatment, communicable disease (including sexually transmitted diseases), genetic testing information, and/or HIV information (including AIDS related testing) but only if I place my initials on the appropriate box above, specifically authorizing the release of such information. This information is protected by Federal confidentiality rules (42 CFR Part 2) and the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPPA), 45 CFR, Parts 160 and 164. The Federal rules prohibit any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute an individual for alcohol or drug abuse.

This confidential information may be used by the person authorized below for educational services or other purposes as I may direct.

**~ OVER ~**



ВАНКУВЕРСКИЙ ШКОЛЬНЫЙ РАЙОН № 37

Ванкувер, Вашингтон

Разрешение и согласие на передачу конфиденциальной информации и/или обмен конфиденциальной информацией

ЭТА КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПЕРЕДАНА:

Кому: \_\_\_\_\_

Телефон: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ / Факс: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Если применимо, этой информацией можно обменяться с:

Название: \_\_\_\_\_

*(впишите название другого района или учреждения)*

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон / Факс: \_\_\_\_\_

Цель: \_\_\_\_\_

Я понимаю, что информация, использованная или переданная в соответствии с данным разрешением, может подлежать повторной передаче, и возможно более не будет защищена согласно федеральному закону. Однако, я также понимаю, что федеральный закон или закон штата может ограничивать повторную (дальнейшую) передачу (раскрытие) диагноза, связанного с злоупотреблением наркотиками/алкоголем, информации о лечении или направлении на получение услуг, информации о психическом здоровье, ВИЧ, инфекционных заболеваниях и генетическом тестировании. Конфиденциальность информации, предоставленной в Ванкуверский школьный район, защищена федеральным Законом о правах семей в сфере образования и о неприкосновенности частной жизни (FERPA).

Я понимаю, что я не обязан/а подписывать это разрешение для того, чтобы получать медицинские услуги/пособие (лечение, оплату, запись на программу или право на получение льгот) от поставщиков медицинских услуг или услуги в сфере образования.

Я могу аннулировать это разрешение, написав письмо в Ванкуверский школьный район или заполнив форму об аннулировании, которую можно получить в любой школе района. Любые действия, уже предпринятые Ванкуверским школьным районом на основании этого разрешения до даты его аннулирования, не могут быть отменены.

**Этот запрос действителен на \_\_\_\_\_ учебный год.**

\_\_\_\_\_  
Подпись родителя или опекуна

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Адрес

\_\_\_\_\_  
Номер телефона

\_\_\_\_\_  
Подпись учащегося (если применимо)

\_\_\_\_\_  
Дата



VANCOUVER SCHOOL DISTRICT NO. 37  
Vancouver, Washington  
Authorization and Consent for Release  
and/or Exchange of Confidential Information

THIS CONFIDENTIAL INFORMATION IS TO BE RELEASED TO:

ATTN: \_\_\_\_\_

Phone: ( ) \_\_\_\_\_ / Fax: ( ) \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

If applicable, this confidential information is to be exchanged with:

Name: \_\_\_\_\_  
*(Insert Name of Other District or Agency)*

Address: \_\_\_\_\_

Phone/Fax: \_\_\_\_\_

Purpose: \_\_\_\_\_

I understand the information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure and may no longer be protected under federal law. However, I also understand that federal or state law may restrict re-disclosure of drug/alcohol diagnosis, treatment or referral information; mental health, H.I.V., communicable disease and genetic testing information. Confidentiality of information provided to the Vancouver School District is also protected by the federal Family Educational Rights and Privacy Act. (FERPA).

I understand that I do not have to sign this authorization in order to receive health care benefits (treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits) from a health care provider or to receive education benefits.

I may revoke this authorization by writing to the Vancouver School District or by filling out a revocation form available from any school in the District. Any actions already taken by the Vancouver School District based upon this authorization prior to the revocation date cannot be undone.

**This request is valid for the \_\_\_\_\_ school year.**

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Address

\_\_\_\_\_  
Phone Number

\_\_\_\_\_  
Signature of Student (if applicable)

\_\_\_\_\_  
Date