

同意接受恢復和學業計畫服務及授權披露保密信息

Office of Student and Family Support and Engagement
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS (MCPS)
Carver Educational Services Center (CESC)
850 Hungerford Drive, Room 50, Rockville, Maryland 20850



MCPS表格335-75A
2018年8月

客戶信息

客戶的法定全名: _____ 出生日期 ____/____/____
住址(街道、城市、州、郵政編碼): _____
電子郵件: _____ 電話號碼 ____-____-____

同意接受服務

我同意接受“恢復和學業計畫”(RAP)從(註冊日)____/____/____起開始提供的服務

- 我同意因與RAP有關的教育目的而拍攝和使用照片、視頻和音頻。
- 我同意Landing通過社交媒體與RAP學生聯繫。
- 我同意使用Landing提供的課後交通。
- 我同意使用Landing的現場設備。

信息披露

我授權The Landing(家庭服務公司的一項計畫)和 _____
位於 _____ 的蒙郡公立學校, 電話號碼 ____-____-____

向對方披露以下的具體信息。這些信息可以通過口頭、電子和/或書面形式分享。披露信息旨在提供: 服務 連續的看顧 以下服務日期間的教育計畫: 從 ____/____/____ 至 ____/____/____。

Landing向學校披露:

- 入學評估/接收
- RAP上學記錄
- 個別恢復計畫進展報告
- 緊急聯絡資料的更新
- 恢復信息進展
- 復發信息
- 恢復進展評估
- 其它

學校向Landing披露(從MyMCPS打印報告):

- 註冊信息/緊急聯絡人
- 學校成績報告卡
- 成績單
- 出勤報告總結
- 處分報告總結
- Naviance®就業預備規劃(輔導員)

這份授權將於終止/結束服務時、從簽名日起一年後或於 ____/____/____ 失效, 以時間先到者為準。請在每個部分旁邊填寫您的姓名首寫字母, 表示您已經讀過並且明白這份授權書要求的內容。

____ 參加RAP計畫純屬自願; 但是, 接受RAP服務必須披露在以上提到的有關服務接收人的信息, 以便協調和提供全面服務。如果我選擇拒絕授權, 我可能不能接受RAP服務, 但是也許可以接受通過The Landing計畫提供的直接服務。

____ 我明白, 我有權拒絕簽署這份信息披露授權書。我明白, 授權披露這份健康信息純屬自願。我不需要為了確保服務而簽署這份表格。我明白, 根據45 CFR 164.524的規定, 我可以查看將要使用或披露的信息。

____ 我明白, MCPS和Landing可以分享沒有可辨識性的個人信息, 以便評估RAP的有效性。不會包括RAP學生或家長/監護人的個人可辨識信息, 如果評估不再需要信息時, 信息將會被銷毀。

____ 我, 即以下簽名人, 已經讀過並明白Landing在提供課後交通和使用現場設備時所承擔的責任制度。

____ 我, 即以下簽名人, 已經讀過以上條款並授權家庭服務公司和以上提到的個人/組織披露上述信息。我明白, 我可以隨時通過書面要求撤銷這項授權, 以下情況除外: 已經依據這項授權採取了行動或根據Sheppard Pratt隱私保護公告所做的說明。我知道, 被授權披露的材料可能包含酒精、藥物濫用、精神、HIV測試、HIV結果或AIDS的信息。

____ 我明白, 在沒有徵得我的額外授權時, 禁止向上述指定人之外的其他方披露健康信息。我明白, 接收方可以再次披露根據這項授權書使用或披露的健康信息, 除非根據聯邦保密制度42 CFR Part 2的規定, 這些健康信息受到保護。這家設施被免除和解除所有責任, 以下簽名人免除家庭服務公司因遵守這份“信息披露授權書”而導致的責任。

日期: ____/____/____ 客戶簽名: _____

日期: ____/____/____ 客戶家長/監護人簽名, 獲得授權的代表: _____

日期: ____/____/____ 證人簽名: _____