

موافقة الشباب المتأثر بسوء المعاملة لمشاركة المعلومات السرية

صُمم هذا النموذج لتستخدمه الوكالات التي تتعاون مع بعضها البعض في تخطيط وتنسيق وتقديم خدماتها للشباب المتأثر بسوء المعاملة¹ وأسرهم.

يُرجى قراءة نموذج الموافقة هذا بعناية، وإذا كان لديك محام، فتشاور معه قبل التوقيع. وينبغي على طفلك أيضًا استشارة محاميه قبل التوقيع على هذا النموذج.

لقد طُلب منك التوقيع على هذا النموذج لأن طفلك قد أُعتقل مؤخرًا وتوجد لعائلتك قضية مفتوحة تتعلق بحسن معيشة طفلك. لتحديد الخدمات الأكثر ملائمة لطفلك أثناء خضوعه لإجراءات المحكمة، فإن نظام حسن معيشة الطفل ونظام قضاء الأحداث يودان مناقشة كيفية عمل النظامين معًا لتنسيق الخدمات.

ولا يمكن مشاركة المعلومات فيما بين الوكالتين بدون الحصول على موافقتك. في حال موافقة طفلك على إجراء معالجة معينة بما في ذلك الصحة العقلية ومعالجة إدمان المخدرات أو تعاطي الكحول، فإن طفلك هو الوحيد الذي باستطاعته الموافقة على الكشف عن معلومات المعالجة هذه. فإذا اخترت أنت (أو طفلك) عدم التوقيع على هذا النموذج، فإن ذلك لن يؤثر على قضية جرائم الأحداث المشارك فيها طفلك. سوف تستمر قضية جرائم الأحداث، ولكن لن تستمر الاتصالات بين مقدمي الخدمات إلا إذا أمرت المحكمة بذلك.

الجزء 1: لماذا تتم مشاركة المعلومات

إن الغرض من مشاركة هذه المعلومات هو المساعدة في التنسيق بين الوكالات المختلفة التي تخدم الطفل والأسرة، وتحديد أنسب مسار للعمل. والهدف من ذلك هو التأكد من أن الخدمات والمهام ستلبي احتياجات الطفل ولا تتعارض مع الإحالات التي تم إجراؤها بالفعل. ستتم مشاركة المعلومات لتنسيق الخدمات المقدمة للشباب موضوع النقاش.

الجزء 2: من يمكنه الحصول على المعلومات

أوافق على مشاركة المعلومات ومناقشتها بين إدارة مراقبة السلوك (DOP) بمدينة نيويورك، وإدارة خدمات الأطفال (ACS) بمدينة نيويورك، ووكالات الرعاية البديلة و/أو الخدمات الوقائية المدرجة هنا، وأي من البرامج البديلة عن الاحتجاز، أو البرنامج البديل عن الوضع في المؤسسة الإصلاحية، أو موفر خدمات الوضع في المؤسسات الإصلاحية الآمن ومحدود الأمان وغير الآمن، والاحتجاز في قسم الشباب والعدالة الأسرية ((DYFJ)، وغيرهم من الأشخاص المدرجين هنا (يجب تحديد جميع الأفراد و/أو الأطراف و/أو البرامج و/أو الوكالات هنا، فيما عدا إدارة مراقبة السلوك وإدارة خدمات الأطفال):

الجزء 3: ما هي المعلومات التي يمكن مشاركتها

معلومات قضاء الأحداث

قد تتم مشاركة المعلومات التالية حول قضية الأحداث التي يشارك فيها طفلي مع إدارة خدمات الأطفال والوكالات والأشخاص المذكورين أعلاه (ضع علامة على جميع ما ينطبق):

الحقائق المحيطة بواقعة إلقاء القبض الأخيرة على طفلي، إن كانت ذات صلة

سجلات التعليم الخاصة بطفلي (حدد السجلات التي تنطبق)

تاريخ الالتحاق بالمدرسة

سجل الحضور

السجل الأكاديمي

تصنيف التعليم الخاص، إذا كان ذلك ينطبق

<input type="checkbox"/>	غير ذلك:
<input type="checkbox"/>	الامتثال لمراقبة السلوك، أو الامتثال للبرنامج البديل عن الاحتجاز / حضوره، أو الامتثال للبرنامج البديل عن الوضع في المؤسسة الإصلاحية / حضوره.
<input type="checkbox"/>	معلومات أخرى، محددة هنا:
معلومات إدارة خدمات الأطفال ووكالة الرعاية البديلة/والخدمات الوقائية	
أثناء قضية الأحداث، قد تشارك إدارة خدمات الأطفال ووكالة الرعاية البديلة/الرعاية الوقائية المعلومات التالية حول طفلي مع إدارة مراقبة السلوك والوكالات والأشخاص المحددين في الجزء 2 أعلاه (ضع علامة على جميع ما ينطبق):	
<input type="checkbox"/>	تقارير SCR (السجل المركزي لعموم ولاية نيويورك) المُشار إليها التي تشمل هذا الطفل (فيما عدا أنه يجوز حجب أي معلومات بشأن مصدر التقرير)
<input type="checkbox"/>	معلومات الرعاية البديلة، وتشمل: <input type="checkbox"/> خطة الخدمة <input type="checkbox"/> المشاركة في الخدمات (باستثناء المعلومات المتعلقة بالأطراف فيما عداي أنا وطفلي) <input type="checkbox"/> هدف الاستمرارية والتخطيط <input type="checkbox"/> تاريخ وضع الطفل في المؤسسات الإصلاحية حالياً وسابقاً <input type="checkbox"/> مواعيد جلسات المحكمة والتاريخ الإجرائي لقضية حسن معيشة الطفل <input type="checkbox"/> الادعاءات والنتائج والأوامر الحاسمة وغيرها من الأوامر الأخرى
<input type="checkbox"/>	المعلومات حول الخدمات الوقائية التي يتم تقديمها (باستثناء المعلومات المتعلقة بالأطراف فيما عداي أنا وطفلي)، بما في ذلك (اكتب الخدمات):
<input type="checkbox"/>	سجلات التعليم الخاصة بطفلي (حدد السجلات التي تنطبق): <input type="checkbox"/> تاريخ الالتحاق بالمدرسة <input type="checkbox"/> سجل الحضور <input type="checkbox"/> السجل الأكاديمي <input type="checkbox"/> تصنيف التعليم الخاص، إذا كان ذلك ينطبق <input type="checkbox"/> غير ذلك
<input type="checkbox"/>	معلومات الصحة العقلية لطفلي، بما في ذلك التشخيص ومعلومات المعالجة الحالية والأدوية. (في حال موافقة الطفل على إجراء معالجة الصحة العقلية، فإن الطفل هو الوحيد الذي باستطاعته الموافقة على الكشف عن معلومات معالجة الصحة العقلية.)
<input type="checkbox"/>	معلومات معالجة إدمان المخدرات أو تعاطي الكحول الخاصة بطفلي، بما في ذلك التشخيص ومعلومات المعالجة الحالية والأدوية. (في حال موافقة الطفل على إجراء معالجة من إدمان المخدرات أو تعاطي الكحول، فإن الطفل هو الوحيد الذي باستطاعته الموافقة على الكشف عن معلومات معالجة إدمان المخدرات أو تعاطي الكحول.)
الوكالات الأخرى التي لديها معلومات لمشاركتها	
يمكن للوكالات الأخرى المحددة في الجزء 2 أعلاه المشتركة في قضية الأحداث مشاركة المعلومات التالية حول طفلي مع إدارة مراقبة السلوك وإدارة خدمات الأطفال ووكالات الرعاية البديلة/الخدمات الوقائية والمشاركين الآخرين في الاجتماع المذكور أعلاه (ضع علامة على جميع ما ينطبق وحدد الوكالة المسموح لها بمشاركة المعلومات):	
<input type="checkbox"/>	وزارة التعليم: سجلات التعليم، المحددة هنا:

<input type="checkbox"/>	مقدم خدمات الصحة العقلية: معلومات الصحة العقلية حول طفلي بما في ذلك التشخيص، ومعلومات المعالجة الحالية، والأدوية. (في حال موافقة الطفل على إجراء معالجة الصحة العقلية، فإن الطفل هو الوحيد الذي باستطاعته الموافقة على الكشف عن معلومات معالجة الصحة العقلية.)
<input type="checkbox"/>	إدمان المخدرات أو مقدم المعالجة: معلومات معالجة إدمان المخدرات أو تعاطي الكحول الخاصة بطفلي، بما في ذلك التشخيص ومعلومات المعالجة الحالية والأدوية. (في حال موافقة الطفل على إجراء معالجة من إدمان المخدرات أو تعاطي الكحول، فإن الطفل هو الوحيد الذي باستطاعته الموافقة على الكشف عن معلومات معالجة إدمان المخدرات أو تعاطي الكحول.)
<input type="checkbox"/>	معلومات أخرى، محددة هنا (وتشمل اسم الوكالة / المنظمة المانحة للمعلومات):

الجزء 4: كيف يمكن استخدام المعلومات

يقتصر استخدام المعلومات المزمع مشاركتها على الطرق التالية:

(قم بملء هذا الجزء إذا كان ينبغي قصر استخدام المعلومات على فترات زمنية محددة أو لخدمات معينة، على سبيل المثال. في حال عدم الحاجة لمثل هذه القيود، ضع "no limitations" (بدون قيود).)

الجزء 5: متى تنتهي الموافقة

تنتهي هذه الموافقة عند رفض المحكمة لقضية الأحداث، أو عند اكتمال الخدمات الحاسمة.

أنا أدرك أنني باستطاعتي إنهاء هذه الموافقة في أي وقت من خلال إكمال النموذج المرفق وإرساله إلى العنوان المقدم. وأدرك أيضاً أنه لا يمكن إعادة السجلات التي تمت مشاركتها قبل إنهاء هذه الموافقة.

الجزء 6: إعادة الكشف عن المعلومات

أوافق على مشاركة طفلي في الخدمات والأنشطة التالية:

لوضع هذه الخطة موضع التنفيذ، أوافق على مشاركة المعلومات مع الأشخاص والوكالات التالية:

لن تتم مشاركة المعلومات التالية: (لا يضمن موظفو حسن معيشة الطفل استمرارية سرية المعلومات التي تتم مشاركتها. لا يمكن لإدارة خدمات الأطفال تقييد إعادة الكشف عن المعلومات التي قد يسمح بها القانون أو العقد.)

الجزء 7: الموافقة

أدرك أن قانون الولاية والقانون الفيدرالي يحظران على الأشخاص الذين يحصلون على سجلات رعاية الطفل ومعالجة الصحة العقلية وإدمان الكحول أو المخدرات والسجلات التعليمية إعادة الكشف عن هذه السجلات دون إذن. كما أدرك أيضًا أنه سستم مشاركة المعلومات على النحو الموضح في هذا النموذج فقط.

لن تتم مشاركة أي معلومات يحق للطفل نفسه الاحتفاظ بسريتها بموجب قانون ولوائح الولاية أو القانون الفيدرالي واللوائح الفيدرالية دون موافقة خطية من الطفل. (من أمثلة ذلك السجلات ذات الصلة بالصحة الجنسية والإنجابية وفيروس نقص المناعة البشرية والمعلومات المتعلقة بمرض الإيدز). ينبغي على الطفل التشاور مع محاميه قبل الموافقة.

*لا يضمن موظفو حسن معيشة الطفل استمرارية سرية المعلومات التي تتم مشاركتها. لا يمكن لإدارة خدمات الأطفال تقييد الكشف عن المعلومات الذي قد يكون مطلوبًا بموجب القانون أو العقد. سيتم توثيق المعلومات الناتجة عن هذا الاجتماع في سجل القضية، ويمكن استخدامها لتنظيم القضية وفي الإجراءات القضائية اللاحقة وفي التحقيق في ادعاء جديد بالاعتداء أو سوء المعاملة في حال الكشف عن مثل هذه المعلومات.

		ولي الأمر/ الوصي
		صلة القرابة بالطفل
		اسم الطفل
		تاريخ ميلاد الطفل
	التاريخ	توقيع ولي الأمر / الوصي
	التاريخ	توقيع الطفل (في حال موافقة طفلك على إجراء معالجة معينة بما في ذلك معالجة الصحة العقلية ومعالجة إدمان المخدرات أو تعاطي الكحول، فإن طفلك هو الوحيد الذي باستطاعته الموافقة على الكشف عن معلومات المعالجة هذه.)

جهات الاتصال الهامة للشباب المتأثر بسوء المعاملة

الهاتف		ضابط مراقبة السلوك
الهاتف		المشرف على مراقبة السلوك
الهاتف		جهات الاتصال بإدارة خدمات الأطفال / الوكالة
الهاتف		جهات الاتصال الأخرى

إنهاء الموافقة

يجب استيفاء هذا الجزء فقط عند قيام أحد الوالدين أو الطفل بسحب الموافقة

بتوقيعي على هذا النموذج، أصرح بأنني لم أعد أرغب في قيام إدارة خدمات الأطفال وأي وكالة متعاقدة معها وإدارة مراقبة السلوك في مشاركة معلومات مع بعضهما البعض فيما يتعلق بالقضية الجنائية لطفلي أو قضية حسن معيشة طفلي. في حال موافقة طفلك على مشاركة معلومات معالجة معينة، بما في ذلك معالجة الصحة العقلية ومعالجة إدمان المخدرات أو تعاطي الكحول، فإن طفلك هو الوحيد الذي باستطاعته إنهاء الموافقة على مشاركة هذه المعلومات.

ينبغي إرسال هذه المعلومات عن طريق البريد إلى:

الاسم	معلومات الاتصال
الاسم	معلومات الاتصال

بتوقيعي على هذا النموذج، فإنني ألغي موافقتي على مشاركة المعلومات التالية، إلا إذا كان كشفها مسموحًا به بموجب القانون:

معلومات قضاء الأحداث

<input type="checkbox"/>	الحقائق المحيطة بواقعة إلقاء القبض الأخيرة على طفلي
<input type="checkbox"/>	سجلات التعليم الخاصة بطفلي (حدد السجلات التي تنطبق)
<input type="checkbox"/>	تاريخ الالتحاق بالمدرسة
<input type="checkbox"/>	سجل الحضور
<input type="checkbox"/>	السجل الأكاديمي
<input type="checkbox"/>	تصنيف التعليم الخاص
<input type="checkbox"/>	غير ذلك:
<input type="checkbox"/>	الامتثال لمراقبة السلوك، أو الامتثال للبرنامج البديل عن الاحتجاز / حضوره، أو الامتثال للبرنامج البديل عن الوضع في المؤسسة الإصلاحية / حضوره.
<input type="checkbox"/>	معلومات أخرى، محددة هنا:

معلومات إدارة خدمات الأطفال ووكالة الرعاية البديلة/والخدمات الوقائية

<input type="checkbox"/> تقارير SCR (السجل المركزي لعموم ولاية نيويورك) المُشار إليها التي تشمل هذا الطفل	
<input type="checkbox"/> معلومات الرعاية البديلة، وتشمل:	
<input type="checkbox"/> خطة الخدمة	
<input type="checkbox"/> مشاركة الخدمة (باستثناء المعلومات المتعلقة بالأطراف فيما عداي أنا وطفلي)	
<input type="checkbox"/> هدف الاستمرارية والتخطيط	
<input type="checkbox"/> تاريخ وضع الطفل في المؤسسات الإصلاحية حاليًا وسابقًا	
<input type="checkbox"/> مواعيد جلسات المحكمة والتاريخ الإجرائي لقضية حسن معيشة الطفل	
<input type="checkbox"/> الالتماسات والنتائج والأوامر الحاسمة وغيرها من الأوامر الأخرى	
<input type="checkbox"/> جميع ما سبق	
<input type="checkbox"/> المعلومات المقدمة إلى عائلتي حول الخدمات الوقائية والتي تتضمن طفلي:	
<input type="checkbox"/> سجلات التعليم الخاصة بطفلي (حدد السجلات التي تنطبق):	
<input type="checkbox"/> تاريخ الالتحاق بالمدرسة	
<input type="checkbox"/> سجل الحضور	
<input type="checkbox"/> السجل الأكاديمي	
<input type="checkbox"/> تصنيف التعليم الخاص	
<input type="checkbox"/> غير ذلك:	
<input type="checkbox"/> جميع ما سبق	
<input type="checkbox"/> معلومات الصحة العقلية لطفلي، بما في ذلك التشخيص ومعلومات المعالجة الحالية والأدوية. (في حال موافقة طفلك على مشاركة معلومات معالجة الصحة العقلية، فإن الطفل هو الوحيد الذي باستطاعته إنهاء الموافقة على مشاركة هذه المعلومات.)	
<input type="checkbox"/> معلومات معالجة إدمان المخدرات أو تعاطي الكحول الخاصة بطفلي، بما في ذلك التشخيص ومعلومات المعالجة الحالية والأدوية. (في حال موافقة الطفل على مشاركة معلومات معالجة إدمان المخدرات أو تعاطي الكحول، فإن الطفل هو الوحيد الذي باستطاعته إنهاء الموافقة على مشاركة هذه المعلومات.)	
اسم ولي الأمر/الوصي	
صلة القرابة بالطفل	
اسم الطفل	
تاريخ ميلاد الطفل	
توقيع ولي الأمر/الوصي	
التاريخ	توقيع الطفل (في حال موافقة طفلك على مشاركة معلومات معالجة معينة، بما في ذلك الصحة العقلية، ومعالجة إدمان المخدرات أو الكحول، فإن طفلك هو الوحيد الذي باستطاعته إنهاء الموافقة على مشاركة هذه المعلومات.)
التاريخ	التاريخ