

Consentement aux Services du Programme de Récupération et Académique et Autorisation pour la Divulgence d'Informations Confidentielles

Bureau des Services de Soutien et d'Engagement pour les Élèves et les Familles
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS (MCPS)
Carver Educational Services Center (CESC)
850 Hungerford Drive, Room 50, Rockville, Maryland 20850

Formulaire 335-75A de MCPS
Août 2018
Page 1 de 2



INFORMATIONS DU CLIENT

Nom Légal Complet du Client _____ Date de Naissance ____/____/____
Adresse (Rue Ville État Code Postal) _____
E-mail: _____ Téléphone ____ - ____ - ____

CONSENTEMENT AUX SERVICES

Je consens à la fourniture de services du Programme de Récupération et Académique (RAP), qui entrera en vigueur le (*date d'inscription*) ____/____/____

- Je consens à la prise et à l'utilisation de photographies, vidéos et d'enregistrements audio à des fins éducatives liées uniquement au RAP.
- Je consens à l'utilisation des médias sociaux par Landing pour contacter l'élève participant au programme RAP.
- Je consens à l'utilisation du transport extrascolaire du Landing.
- Je consens à l'utilisation du matériel du Landing sur place.

DIVULGATION DES INFORMATIONS

J'autorise The Landing (*un programme de Family Services, Inc.*) et _____
Montgomery County Public School situé à, _____ Téléphone ____ - ____ - ____

de se divulguer les informations spécifiques suivantes. Ces informations peuvent être partagées verbalement, électroniquement et/ou par écrit. Le but de la divulgation est de fournir: Fourniture de Service Continuité des Soins Programmes Éducatifs pour les délais suivants de service: à partir de ____/____/____ jusqu'à ____/____/____.

De Landing à l'école

- Évaluations préalables à l'Admission/Admission
- Registres de Présence RAP
- Rapport d'Avancement sur le Plan Individuel de Redressement
- Mises à Jour des Informations En Cas d'Urgence
- Progrès des Informations de Récupération
- Informations Relatives à la Rechute
- Évaluation du Progrès Atteint Envers la Récupération
- Autre _____

De l'École à Landing (imprimer des rapports de site MyMCPS):

- Informations d'inscription / Contact en cas d'urgence
- Bulletin Scolaire (s)
- Relevé de Notes
- Résumé de Fiche de Présence
- Résumé du Rapport Disciplinaire
- Naviance® Planification de la Préparation Professionnelle (conseiller)

Cette autorisation expirera après la résiliation / cessation de services, à compter un an à partir de la date de signature, ou le ____/____/____; selon la première éventualité. Veuillez apposer vos initiales à côté de chaque section pour indiquer que vous avez lu et compris ce que ce formulaire d'autorisation comporte.

____ La participation au programme RAP est volontaire; Cependant, recevoir des services relatifs au programme RAP exige la divulgation des informations mentionnées ci-dessus concernant les individus recevant des services afin de coordonner et fournir des services complets. Si je refuse cette autorisation, ne peux pas bénéficier des services du programme RAP, mais je peux recevoir des services directs grâce au programme Landing.

____ Je comprends que j'ai le droit de refuser de signer cette Autorisation de Divulgence d'Informations. Je comprends que l'autorisation de la divulgation de ces informations de santé est volontaire. Je n'ai pas besoin de signer ce formulaire en vue d'être assuré des services. Je comprends que je peux vérifier les informations à utiliser ou à divulguer, conformément à 45 CFR 164.524.

____ Je comprends que MCPS et Landing peuvent partager des informations personnelles anonymisées pour évaluer l'efficacité du programme RAP. Aucune informations personnellement identifiable des élèves participant au programme RAP ou des parents / tuteurs légaux ne seront incluses et les informations seront détruites lorsqu'elles ne seront plus nécessaires à des fins de l'évaluation.

____ Je, soussigné, ai lu et compris la politique de responsabilité de Landing relative au transport parascolaire fourni et à l'utilisation de l'équipement sur place.

____ Je, soussigné, ai lu ce qui précède et autorise Family Services, Inc. et la personne / organisation susmentionnée à divulguer des informations comme décrit ci-dessus. Je comprends que cette autorisation peut être retirée par écrit à tout moment, sauf dans la mesure où l'action a été prise en conséquence ou comme décrit dans les Avis de Pratiques de Confidentialité de Sheppard Pratt (Sheppard Pratt Notice of Privacy Practices) Je reconnais que le matériel autorisé pour la divulgation peut contenir des informations sur l'alcool, l'abus de drogues, tests psychiatriques, dépistage du VIH, résultats du VIH ou du SIDA.

____ Je comprends que la divulgation d'informations de santé à une partie autre que celle désignée ci-dessus est interdite sans autorisation supplémentaire de ma part. Je comprends que les informations de santé utilisées ou divulguées en vertu de cette autorisation peuvent être divulguées à nouveau par le destinataire, à moins que les informations de santé ne soient protégées en vertu du règle de confidentialité fédérale 42 CFR Partie 2 (federal confidentiality rule 42 CFR Part 2). Cette facilité est libérée et déchargée de toute responsabilité et le soussigné assurera pleine protection à Family Services, Inc. pour le respect de cette «Autorisation de Divulgence des Informations».

Date: ____/____/____ Signature du Client: _____

Date: ____/____/____ Signature du Client Parent/Tuteur Légal, Représentant Autorisé _____

Date: ____/____/____ Signature du Témoin _____