Дозвіл на розголошення та обговорення конфіденційної інформації

confidential information release and discussion authorization

Заповнення цієї форми дає право на (відміти все, що застосовується):

[ ]  Розголошення інформації, що детально описана нижче під назвою «Конкретний опис записів, дозволених на розголошення», тобто інформація про особу (Суб’єкт), чиї записи будуть розголошені та зібрані у базі даних Програм для біженців у Вісконсині (WRPD) та/або використання форми(форм) DCF.

[ ]  Розголошення інформації про право або надані спеціальні послуги Суб’єкту, з метою дозволу довіреній особі, наприклад спонсору, родичу або третій стороні, обговорювати деталі справи Суб’єкта з Агенціями/Організаціями, вказаними нижче.

|  |
| --- |
| **Особа (Суб’єкт), чиї записи будуть розголошені/Деталі справи якої будуть обговорюватись.**Person (Subject) Whose Records Will Be Released/Case Details Will Be Discussed |
| Ім’я      | Дата народження      |
| Адреса (Адреса вулиці або поштова скринька, місто, штат, поштовий індекс)       |
| **Агентство/Організація, яка має право на розголошення інформації (наприклад Агентство, що фінансується BRP, родич, спонсор)**Agency / Organization Authorized to Release Information (e.g., BRP-funded agency, relative, sponsor) |
| Ім’я      |
| Адреса (Адреса вулиці або поштова скринька, місто, штат, поштовий індекс)       |
| **Інформація може бути розголошена для (наприклад Агентство, що фінансується BRP, родич, спонсор)**Information May Be Released To (e.g., BRP-funded agency, relative, sponsor) |
| Ім’я      | Агентство/Організація (якщо застосовно)      |
| Адреса (Адреса вулиці або поштова скринька, місто, штат, поштовий індекс)       |
| **Спеціальний опис записів, які можна розголошувати (наприклад, будь-яка, записи WRPD)**Specific Description of Records Authorized for Release (e.g., any, WRPD records)      |
| **Мета або потреба для розголошення інформації (наприклад, допомога Суб’єкту тримати працевлаштування)**Purpose Or Need for the Release of Information (e.g., to help the Subject obtain employment)      |
| **Обмеження або виключення для розголошення інформації (наприклад, записи про стан здоров’я)**Limitations or Exceptions to the Release of Information (e.g., health records)      |
| **Розуміння**Understandings |
| Інформація, яку я дозволяю розголошувати може бути розкрита знову отримувачем записів, лише, якщо це дозволено законом. Якщо інформація буде розкрита додаткові рази, отримувач(і) цієї інформації можуть контролюватись іншим законом.  |
| Я можу відізвати цей дозвіл, письмово, у будь-який час; однак, це не буде включати інформацію, яка вже розкрита, в результаті цього дозволу. Письмовий відзив має бути наданий агентству/організації, якій я дав дозвіл на розкриття інформації. |
| Якщо не був відізваний, цей дозвіл буде залишатись у силі до дати закінчення терміну дії, який вказаний нижче.**Оберіть одне:**Choose One:[ ]  Термін дозволу спливає       (дата).[ ]  Термін дозволу спливає після наступних дій, які мали місце (вказати):      [ ]  Термін дозволу не закінчується |
| **Як засвідчено моїм підписом, цим я дозволяю розкривати записи для та/або деталі моєї справи можуть обговорюватись з особою(ами) або агенством(ами), які вказані вище.**As evidenced by my signature, I hereby authorize disclosure of records to and/or the details of my case to be discussed with the person(s) or agency(s) specified above. |
| **Особа (Суб’єкт), чиї записи будуть розголошені/Деталі справи якої будуть обговорюватись.**Person (Subject) Whose Records Will be Released / Case Details Will Be Discussed |
| ПІДПИС | Дата підписання |
| **Інші особи, легально уповноважені на дозвіл на розкриття**Other Person Legally Authorized to Consent to Disclosure  |
| Титул та відносини з Суб’єктом      |
| ПІДПИС | Дата підписання |