الإذن بالكشف عن المعلومات السرية ومناقشتها

confidential information release and discussion authorization

إنّ إكمال هذا النموذج يُعتبر إذنًا بـ (حدِّد كل ما ينطبق):

الكشف عن المعلومات الموضَّحة بالتفصيل في قِسم "الوصف المحدد للسجلات التي يُؤْذَنُ بالكشف عنها" التالي والخاصة بالشخص الذي سيُكشَف عن سجلاته وستُجمَع في قاعدة بيانات برامج اللاجئين بولاية ويسكونسن (WRPD) و/أو استخدام نموذج آخر (نماذج أخرى) لإدارة رعاية الأطفال والأسر (DCF).

الكشف عن المعلومات ذات الصلة بالأهلية أو الخدمات المحددة المُقدَّمة للشخص المعني بغية السماح لوكيل، مثل الراعي أو أحد الأقارب أو طرف ثالث آخر، بمناقشة تفاصيل حالة الشخص مع الوكالة/المنظمة المذكورة أدناه.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **الشخص الذي سيُكشَف عن سجلاته/ستُناقَش تفاصيل حالته**  Person (Subject) Whose Records Will Be Released/Case Details Will Be Discussed | | | |
| الاسم | | تاريخ الميلاد | |
| العنوان (عنوان الشارع أو صندوق البريد، المدينة، الولاية، الرمز البريدي) | | | |
| **الوكالة/المنظمة التي يُؤْذَنُ لها بالكشف عن المعلومات (مثل الوكالة الممولة من مكتب برامج اللاجئين (BRP) أو أحد الأقارب أو الراعي)**  Agency/Organization Authorized to Release Information (e.g., BRP-funded agency, relative, sponsor) | | | |
| الاسم | | | |
| العنوان (عنوان الشارع أو صندوق البريد، المدينة، الولاية، الرمز البريدي) | | | |
| **يجوز الكشف عن المعلومات إلى (مثل الوكالة الممولة من مكتب برامج اللاجئين (BRP) أو أحد الأقارب أو الراعي)**  Information May Be Released To (e.g., BRP-funded agency, relative, sponsor) | | | |
| الاسم | الوكالة/المنظمة (إن وُجِدت) | | |
| العنوان (عنوان الشارع أو صندوق البريد، المدينة، الولاية، الرمز البريدي) | | | |
| **الوصف المحدد للسجلات التي يُؤْذَنُ بالكشف عنها (مثل أي سجلات لقاعدة بيانات برامج اللاجئين بولاية ويسكونسن (WRPD))**  Specific Description of Records Authorized for Release (e.g., any, WRPD records) | | | |
| **الغرض من الكشف عن المعلومات أو الحاجة إلى الكشف عن المعلومات (مثل مساعدة الشخص في الحصول على وظيفة)**  Purpose Or Need for the Release of Information (e.g., to help the Subject obtain employment) | | | |
| **قيود أو استثناءات الكشف عن المعلومات (مثل السجلات الصحية)**  Limitations or Exceptions to the Release of Information (e.g., health records) | | | |
| **التفاهمات**  Understandings | | | |
| لا يجوز للمتلقي الكشف عن المعلومات التي آذنُ بنشرها مرة أخرى إلا إذا سمح القانون بذلك. وفي حالة الكشف عن المعلومات مرات أخرى، قد يخضع المتلقون لهذه المعلومات لأحكام قوانين مختلفة. | | | |
| ويجوز لي إلغاء هذا الإذن كتابةً في أي وقت؛ إلا أنّ ذلك لن يشمل المعلومات التي كُشِفَت بالفعل نتيجة لهذا الإذن. ويجب تقديم الإلغاء المكتوب إلى الوكالة/المنظمة التي آذنتُ لها بالكشف عن المعلومات. | | | |
| وفي حالة إلغاء هذا الإذن، فإنه سيظل ساري المفعول حتى تاريخ انتهاء صلاحيته الموضح أدناه.  **حدِّد خيارًا واحدًا:**  Choose One:  تنتهي صلاحية الإذن اعتبارًا من       (التاريخ).  تنتهي صلاحية الإذن بعد حدوث الإجراء التالي (يُرجى التحديد):  لن تنتهي صلاحية الإذن | | | |
| **إنّ توقيعي يدل على أنني أوافق بموجب النموذج على الكشف عن السجلات للشخص/الأشخاص أو الوكالة/الوكالات السابق ذكرهم ومناقشة تفاصيل حالتي معهم.**  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. | | | |
| **الشخص الذي سيُكشَف عن سِجِلاته/ستُناقَش تفاصيل حالته**  Person (Subject) Whose Records Will be Released/Case Details Will Be Discussed | | | |
| التوقيع | | | تاريخ التوقيع |
| **الشخص الآخر المخوَّل قانونًا بالموافقة على الكشف عن المعلومات**  Other Person Legally Authorized to Consent to Disclosure | | | |
| اللقب أو صلة القرابة بالشخص المعني | | | |
| التوقيع | | | تاريخ التوقيع |