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 |