

BUREAU DES SERVICES A L'ENFANCE ET AUX FAMILLES (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES, OCFS)
DE L'ÉTAT DE NEW YORK

**AUTORISATION DE DIVULGATION DE DONNEES A CARACTERE CONFIDENTIEL DES
SERVICES A L'ENFANCE**

Commission pour les aveugles de l'État de New York

Nom du (de la) participant(e) : _____

Par la présente, j'autorise la Commission pour les aveugles de l'État de New York (New York State Commission for the Blind, NYSCB) à obtenir ou à divulguer les informations suivantes si nécessaire pour planifier et fournir efficacement des services à mon enfant. Je peux changer d'avis sur cette autorisation, à l'exception des mesures déjà prises avec mon autorisation, en informant la NYSCB par écrit que je ne souhaite pas que d'autres informations soient communiquées. Mon autorisation de divulguer ou d'obtenir ces informations est valable jusqu'à ce que mon enfant ne reçoive plus de services de la NYSCB.

Type d'informations : _____

Objectif et motif pour lesquels les informations sont nécessaires : _____

Personne divulguant ces informations :

Civilité : _____

Prénom : _____ Nom : _____

Rue : _____ Appt. : _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Agence : _____

Personne recevant ces informations :

Civilité : _____

Prénom : _____ Nom : _____

Rue : _____ Appt. : _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Agence : _____

Je comprends que les informations indiquées sont privilégiées et confidentielles et à l'usage exclusif des personnes et des agences ou des employés de l'établissement participant au programme de services de mon enfant.

SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR(RICE)

DATE