

URZĄD DS. USŁUG DLA DZIECI I RODZIN  
STANU NOWY JORK**ZGODA NA UJAWNIE NIE POUFNYCH DANYCH DZIECKA**

Komisja ds. Osób Niewidomych stanu Nowy Jork

Imię i nazwisko uczestnika: \_\_\_\_\_

Niniejszym upoważniam Komisję ds. Osób Niewidomych stanu Nowy Jork (New York State Commission for the Blind, NYSCB) do uzyskania lub ujawnienia następujących informacji niezbędnych do skutecznego planowania i świadczenia usług na rzecz mojego dziecka. Mogę zmienić zdanie na temat udostępnienia informacji, powiadamiając NYSCB na piśmie, że nie chcę, aby udostępniano dalsze informacje. Nie dotyczy to jednak działań, które już podjęto za moją zgodą. Moja zgoda na ujawnienie lub uzyskanie tych informacji jest ważna do czasu, gdy moje dziecko przestanie korzystać z usług NYSCB.

Rodzaj informacji: \_\_\_\_\_

Cel i powód, dla którego potrzebne są informacje: \_\_\_\_\_

**Osoba ujawniająca informacje:**

Stanowisko: \_\_\_\_\_

Imię: \_\_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_

Ulica: \_\_\_\_\_ Nr lokalu: \_\_\_\_\_

Miejscowość: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

Agencja: \_\_\_\_\_

**Osoba odbierająca informacje:**

Stanowisko: \_\_\_\_\_

Imię: \_\_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_

Ulica: \_\_\_\_\_ Nr lokalu: \_\_\_\_\_

Miejscowość: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

Agencja: \_\_\_\_\_

Przyjmuję do wiadomości, że podane informacje są uprzywilejowane i poufne oraz przeznaczone do wyłącznego użytku osób i agencji lub pracowników zajmujących się programem usług dla mojego dziecka.

\_\_\_\_\_  
PODPIS RODZICA/OPIEKUNA\_\_\_\_\_  
DATA