

STAN NOWY JORK
URZĄD DS. USŁUG DLA DZIECI I RODZIN
ZGODA NA UJAWNIENIE POUFNYCH INFORMACJI
KOMISJA DS. OSÓB NIEWIDOMYCH

Imię i nazwisko klienta: _____

Numer identyfikacyjny: _____

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 rehabilitacji zawodowej na moją rzecz. Mogę zmienić zdanie na temat udostępnienia informacji, informując 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 tylko do dnia _____ i nie może trwać dłużej niż jeden rok od daty podpisania przeze mnie niniejszego formularza. Zgoda ta wygasa również w przypadku zamknięcia sprawy przez 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 mają charakter uprzywilejowany i poufny oraz są przeznaczone do wyłącznego użytku osób i agencji lub pracowników placówek zaangażowanych w program rehabilitacji zawodowej.

 PODPIS KLIENTA (RODZICA/OPIEKUNA W PRZYPADKU OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ)

 DATA