

УПРАВЛЕНИЕ ПО ДЕЛАМ ДЕТЕЙ И СЕМЬИ  
ШТАТА НЬЮ-ЙОРК

**ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ**  
**КОМИССИЯ ПО ДЕЛАМ СЛЕПЫХ**

Имя потребителя: \_\_\_\_\_

Идентификационный номер: \_\_\_\_\_

Настоящим я разрешаю Комиссии штата Нью-Йорк по делам слепых (NYSCB) получать или раскрывать следующую информацию, необходимую для эффективного планирования и предоставления мне услуг профессиональной реабилитации. Я могу изменить свое мнение относительно этого разрешения, за исключением действий, уже предпринятых с моего разрешения, сообщив NYSCB в письменном виде, что я не хочу, чтобы какая-либо информация разглашалась в дальнейшем. Мое разрешение на предоставление или получение этой информации действительно только до \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ и не может превышать срок в один год с момента подписания мною данной формы. Действие этого разрешения также прекратится, если мое дело будет закрыто NYSCB.

**Тип информации:**

**Цель и причина необходимости информации:**

**Лицо, предоставляющее данную информацию:**

Должность:		
Имя	Фамилия:	
Улица:		Офис/квартира:
Город:	Штат:	Почтовый индекс
Организация:		

**Лицо, получающее данную информацию:**

Должность:		
Имя	Фамилия:	
Улица:		Офис/квартира:
Город:	Штат:	Почтовый индекс
Организация:		

Я понимаю, что указанная информация является закрытой и конфиденциальной и предназначена исключительно для использования теми лицами и организациями или сотрудниками учреждения, которые участвуют в моей программе реабилитации.

\_\_\_\_\_  
ПОДПИСЬ ПОТРЕБИТЕЛЯ (ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ – ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА)

\_\_\_\_\_  
ДАТА