

纽约州
儿童及家庭服务办公室
盲人委员会
保密信息的披露

消费者姓名: _____

识别号码: _____

本人特此授权纽约州盲人委员会 (New York State Commission for the Blind, NYSCB) 可在为本人有效地制定计划和提供职业康复服务的必要情况下获得或披露以下信息。本人可以不再同意进行披露（已经过本人许可而采取的行动除外），本人将书面告知 NYSCB 不希望再透露任何其他信息。本人对披露或获取该信息的许可直到 ____/____/____ 截止，并且有效期不得超过自本人签署本表格之日起一年的时间。如果本人的案件由 NYSCB 进行结案处理，则本许可也将终止。

信息类型:

所需的目的地和原因信息:

披露该信息的人员:

头衔:		
名字:	姓氏:	
街道:	套房/公寓:	
城市:	州:	邮政编码:
机构:		

获取该信息的人员:

头衔:		
名字:	姓氏:	
街道:	套房/公寓:	
城市:	州:	邮政编码:
机构:		

本人了解，特定信息具有特许性和机密性，仅供参与到本人康复计划的人员和机构或机构员工使用。

消费者签名（如未成年则需家长/监护人签名）

日期