

Nom du Participant: _____
(Nom de Famille) (Prénom) (Deuxième Prénom) (Date de Naissance)

Adulte Juridiquement Responsable: _____ Relation: _____
(Nom de Famille) (Prénom)

Adulte Juridiquement Responsable: _____ Relation: _____
(Nom de Famille) (Prénom)

AUTORISATION DE COMMUNICATION

J'autorise les employés, sous-traitants et volontaires de:

Agence/Prestataire: _____

Adresse: _____

Ville: _____ État: _____ Code Postal: _____

A Communiquer/Dévoiler:

- TOUTES informations de santé protégées (PHI) passées, actuelles et à venir dans le cadre du Décret de 1996 sur la portabilité et la responsabilité des assurances de santé;
- Informations sensibles (SI) dans le cadre de différentes lois et réglementations de l'Illinois ; et
- Dossiers scolaires (ER) dans le cadre du Décret de 1974 sur le Droit scolaire et de confidentialité familial (FERPA)

Concernant le participant par rapport aux employés, sous-traitants et volontaires de la Division of Specialized Care for Children (DSCC) de l'University of Illinois à Chicago ainsi qu'il a été demandé verbalement ou par écrit par DSCC.

Les trois informations ci-dessus communiquées / dévoilées à DSCC peuvent être utilisées par DSCC pour les besoins suivants:

- Coordination de soins / Gestion de dossier auprès des prestataires identifiés du participant
- Détermination du paiement à DSCC pour les soins
- Décision de l'éligibilité médicale envers les services de DSCC
- Autre: _____

J'autorise spécifiquement l'agence / le prestataire à communiquer / dévoiler l'ensemble des informations suivantes à DSCC:

- Handicaps de Développement
- Santé Psychologique/Comportementale
- Génétique
- Attaques ou Abus Sexuels

Le type suivant de dossiers (ou dossiers similaires) peut aussi être communiqué / dévoilé à DSCC:

- Médical/Clinique/Hôpital
- Financier/Avantages
- Orthophonie
- Éducatif
- Services Sociaux
- Ergothérapie/Physiothérapie
- Informations Démographiques
- Autre: _____

NOTICE CONCERNANT LA RÉCEPTION DE DOCUMENTS PHI, SI ou ER PAR DSCC:

- Les documents PHI ou ER **communiqués/dévoilés** à DSCC peuvent ne plus être protégés par HIPAA ou FERPA.
- Les documents PHI ou ER **recommuniqués par** DSCC peuvent ne plus être protégés par HIPAA ou FERPA.
- Les documents SI **communiqués/dévoilés** à DSCC **ne peuvent être re-dévoilés** à DSCC sans une nouvelle autorisation.

A PROPOS DE L'AUTORISATION DE COMMUNICATION

En signant ci-dessous, j'autorise le DSCC à divulguer à nouveau tous les PHI, SI ou ER passés, actuels et futurs qu'il reçoit par l'entremise de toutes les autorisations des fournisseurs identifiés du participant (y compris la présente autorisation avec l'organisme/le fournisseur identifié ci-dessus) parmi et entre les fournisseurs identifiés du participant aux fins autorisées ci-dessus, le parent/tuteur du participant et le participant.

Cette autorisation expire à la date suivante: _____

VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT LES DÉCLARATIONS SUIVANTES

JE COMPRENDS:

- Cette autorisation est volontaire et je peux refuser de la signer.
- Refuser de signer cette autorisation n'affectera pas la capacité de mon enfant à obtenir des traitements, des paiements, des inscriptions ou une éligibilité pour les avantages, mais diminuera la capacité, la qualité et la rapidité des services de DSCC.
- Je peux annuler ou révoquer cette autorisation à tout moment par notification écrite à DSCC (à l'adresse ci-dessous) à moins que DSCC n'ait déjà agi en rapport.
- J'ai le droit d'inspecter et de demander un exemplaire de toutes les informations devant être communiquées/dévoilées/recommuniquées.
- Les documents PHI dévoilés peuvent ne plus être protégés par HIPAA.

SIGNATURES

L'ADULTE JURIDIQUEMENT RESPONSABLE (PARENT, TUTEUR LÉGAL OU PARTICIPANT QUI EST MARIÉ, ÂGÉ DE 18 ANS OU PLUS, OU ÉMANCIPÉ):

En signant ci-dessous, je confirme que je suis l'adulte légalement responsable mentionné ci-dessus et je consens volontairement et j'autorise pleinement les renoncations/divulgations conformes à la présente autorisation.

Adulte Juridiquement Responsable: _____ (Date) _____
(Signature) _____

Témoin: _____ (Date) _____
(Signature) _____ (Majuscules) _____

PARTICIPANT AYANT AU MOINS 12 ANS MAIS MOINS DE 18 ANS:

- J'atteste que le participant a été informé de cette autorisation et qu'il ne s'y oppose pas.
- Le participant listé ci-dessus est mentalement handicapé et incapable de fournir son consentement pour des aspects de santé psychologique et sexuelle; le parent/tuteur signe donc ci-dessous.

Parent/Tuteur:

(Signature) _____ (Majuscules) _____ (Date) _____

En signant ci-dessous, je consens volontairement et j'autorise pleinement les renoncations/divulgations conformes à la présente autorisation.

Participant: _____ (Date) _____
(Signature) _____

Témoin: _____ (Date) _____
(Signature) _____ (Majuscules) _____

----- Incapacité Physique -----

Participant (marque): _____ Demande complètement expliquée au participant _____ (Date) _____

Témoin: _____ (Date) _____
(Signature) _____ (Majuscules) _____

Témoin: _____ (Date) _____
(Signature) _____ (Majuscules) _____

ENVOYEZ LES INFORMATIONS A VOTRE BUREAU LOCAL:

UIC DIVISION OF SPECIALIZED CARE FOR CHILDREN
ATTN: Records