



## 共享记录授权同意书

### Authorization and Consent to Share Records

<b>授权并同意共享以下人员的记录和信息:</b>	
姓名	出生日期
地址	市 州 邮编 ， 华盛顿州
电话号码	关联提供者识别号 (若已知)
<b>同意:</b>	
我同意儿童、青少年和家庭服务部 (DCYF) 许可处 (LD)、儿童安置机构 (CPA)/集体照料机构 (CG) 以及下列机构、提供者或个人获取我的保密信息。我授权 LD、CPA 和下列机构、提供者或个人使用我的保密信息并相互披露，以便对我进行评估，确定我是否符合接收家庭外照料儿童的资格。此类信息可通过口头、计算机数据传输、邮件或专人递送的方式共享。	
<b>除 LD/CPA/GC 外，本授权同意书还适用于以下勾选机构、提供者或个人:</b>	
<input type="checkbox"/> 无 — 我未被要求同意向任何其他机构、提供者或个人共享记录 <input type="checkbox"/> Amazon.com <input type="checkbox"/> 西北领养交流中心 (NWAEC) <input type="checkbox"/> 儿童安置机构: <input type="checkbox"/> 健康/精神健康保健提供者: <input type="checkbox"/> 药物依赖治疗服务提供者: <input type="checkbox"/> 其他:	
<b>本授权同意书适用于以下勾选记录和信息:</b>	
<input type="checkbox"/> 我的任何客户记录均不包含在内 — 我没有被要求同意共享记录 <input type="checkbox"/> 姓名、地址和电话号码 (用于运输) <input type="checkbox"/> 仅限以下记录: <input type="checkbox"/> 我的所有客户记录 请注意: 如果您的客户记录中包含以下任何信息, 您还必须填写本部分以涵盖这些记录。我允许披露以下记录 (勾选所有适用项): <input type="checkbox"/> 精神健康 <input type="checkbox"/> 药物依赖 <input type="checkbox"/> 艾滋病毒/艾滋病和性传播疾病的检测结果、诊断或治疗 <b>信息接收者须知:</b> 如果这些记录中包含有关艾滋病毒、性传播疾病、酗酒或滥用药物的信息, 根据联邦和州法律, 未经提交人的特别许可并满足特定法律要求, 您不得进一步披露这些信息。	
<b>本同意书的有效期为:</b>	
<input type="checkbox"/> 一年 <input type="checkbox"/> 截至 <input type="checkbox"/> 只要 DCYF LD/CPA 需要即有效 <ul style="list-style-type: none"> <li>我可以随时以书面形式撤销/撤回本同意书, 但这不会影响已经共享的任何信息。</li> <li>我了解根据本同意书共享的记录可能不再受适用于 DCYF/CPA 的法律保护。</li> <li>本表副本具有法律效力, 可授权共享相关记录。</li> </ul>	
<b>签名</b>	
签名	日期
LD/CPA 社工姓名	电话号码
LD/CPA 社工签名	日期
父母或其他代表姓名 (如适用)	