|  |
| --- |
| **اطلاعات بیمار** |
|  |
| **نام خانوادگی** | **نام کوچک** | **حرف اول نام وسط** | **مشخصات مراجع #** |
|  |  |  |  |
| **تاریخ تولد** | **شماره تامین اجتماعی (Social Security)** | **تلفن منزل** | **تلفن محل کار** | **داخلی** |
|  |  |  |  |  |
| **آدرس خیابان** |  | **شهر** | **ایالت** | **کد پستی**  |
| **بدین‌وسیله موافقت می‌نمایم که اطلاعات شخصی قابل‌شناسایی اینجانب در ارتباط با اختلال مصرف مواد (SUD)، از سوی اشخاص یا سازمان‌های زیر منتشر شود:** |
| **ارائه‌دهنده خدمات درمانی اختلال مصرف مواد (SUD)** | **شماره تلفن** | **داخلی** |
|  |  |  |
| **آدرس خیابان** | **شهر** | **ایالت** | **کد پستی**  |
| **بدین‌وسیله موافقت می‌نمایم که اطلاعات شخصی قابل‌شناسایی اینجانب در ارتباط با اختلال مصرف مواد (SUD)،****جهت استفاده در اختیار هر یک از اشخاص زیر قرار بگیرد:**  |
|  |  |
| **افسر (یا افسران) نظارت بر عفو مشروط** | **شماره تلفن** | **داخلی** |
|  |  |  |
| **آدرس خیابان** | **شهر** | **ایالت** | **کد پستی**  |
|  |  |  |
| **وکیل (یا وکلا)/ وکیل تسخیری (یا وکلای تسخیری)** | **شماره تلفن** | **داخلی** |
|  |  |  |
| **آدرس خیابان** | **شهر** | **ایالت** | **کد پستی**  |
|  |  |  |  |
| **مدیر (یا مدیران) و تحلیلگر (یا تحلیلگران) پرونده دادگاه‌های رسیدگی به جرایم مواد مخدر** | **شماره تلفن** | **داخلی** |
|  |  |  |
| **آدرس خیابان** | **شهر** | **ایالت** | **کد پستی**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **انقضا: شرط انقضای این اجازه‌نامه:** | **(□) اختتام رسیدگی به دعاوی دادگاه عدالت کیفری یا نوجوانان در آلامدا کانتی****(□) صدور حکم نهایی جهت آزادی مشروط****(□) سایر (در صورتی که مدت آن، کوتاه‌تر از موارد فوق باشد):** |
| **هدف انتشار اطلاعات** | **مقدار و نوع** |
| * ارزیابی و صلاحیت برای دادگاه‌های مشترک، از جمله دادگاه رسیدگی به جرایم مواد مخدر
* دعاوی تحت رسیدگی دادگاه عدالت کیفری یا نوجوانان
* گزارش و نظارت بر اساس دستور دادگاه، از جمله به‌منظور آزادی مشروط یا برنامه عدالت نوجوانان
* تجویز دارو و پیروی از تجویز؛ نتایج آزمایش مواد مخدر
* حضور، مشارکت و پیروی از برنامه درمانی، و هماهنگی مراقبت‌ها به شکل مستمر برای اهداف دادگاه‌های مشترک
* چشم‌انداز و پیشرفت درمان
* فعالیت‌های عملیاتی برای دادگاه‌های مشترک
* تحقیق، ارزیابی، حسابرسی
 | * صرفاً محدود به اطلاعات ضروری در راستای تحقق هدف انتشار اطلاعات در چارچوب نظام عدالت کیفری
* بدین‌وسیله موافقت خود را با انتشار مجدد اطلاعات محرمانه اینجانب در ارتباط با اختلال مصرف مواد (SUD)، تحت مفاد این اجازه‌نامه و بند 2 از ماده 42 قانون مقررات فدرال (42 CFR part 2)، از سوی دارندگان قانونی این اطلاعات اعلام می‌نمایم.
* سایر:
 |
|  **امضای بیمار**  |  **نام بیمار (با حروف خوانا یا با تایپ ماشینی)** |  | **تاریخ** |
|  **امضای والد یا سرپرست** |  **نام بیمار (با حروف خوانا یا با تایپ ماشینی)** | (**□**) والد (**□**) سرپرست  |  **تاریخ** |
| **ممنوعیت انتشار مجدد اطلاعات محرمانه اختلال مصرف مواد (SUD):**بر اساس بند 2 از ماده 42 قانون مقررات فدرال (42 CFR part 2)، انتشار بدون مجوز این سوابق ممنوع است.افراد مشغول به کار در نظام عدالت کیفری که تحت بند 2 از ماده 42 قانون مقررات فدرال (42 CFR part 2)، بخش 2.35،‌ اطلاعات بیمار را دریافت می‌کنند، می‌توانند آن را صرفاً جهت انجام وظایف رسمی خود در ارتباط با آزادی مشروط بیمار و یا اقدام‌های دیگر در تطابق با رضایت ارائه‌شده، استفاده و منتشر نمایند. |

**SUD-ROI-CRIMINAL-JUSTICE - REV 09/04/18**

**این فرم در اصل توسط فرد مراجع و در رابطه باا رائه‌دهنده-پیمانکار خدمات مراقبت‌های درمانی رفتاری برای اختلال مصرف مواد (BHCS SUD) زیر تکمیل شد:**

**[نام ارائه‌دهنده-پیمانکار BHCS SUD با حروف خوانا]**