

موافقة العدالة الجنائية
على الإفصاح عن المعلومات

| | | |
|----------------------------------|-------------|----------------------------|
| اسم العائلة للمريض/المدعى عليه ، | الاسم الأول | الحرف الأول من اسمه الأوسط |
| رقم المعرف | رقم الحالة | |
| المرفق | الوحدة | |

الإرشادات: يتم إعداد نسخة واحدة (1) لسجل الحالة الخاص بالمريض

أنا، المريض/المدعى عليه الموقع أدناه، أوافق بموجب هذا على التواصل بين موظفي هذا المرفق ووكالة (وكالات) العدالة الجنائية/الشخص (الأشخاص) التاليين:

يتمثل الغرض من هذا الإفصاح والحاجة إليه في إبلاغ وكالة (وكالات) العدالة الجنائية/الشخص (الأشخاص) المسمين أعلاه بحضوري إلى جلسات العلاج، والتقدم المحرز في تقييمي وعلاجي والموقف تجاههما و

يتعلق مقدار المعلومات التي من المقرر الإفصاح عنها بتشخيصي، وبحضوري أو عدم حضوري إلى جلسات العلاج، وتعاوني مع برنامج العلاج، وتوقع سير المرض الخاص بي، و

وأفهم أن مشاركتي في العلاج شرط لـ (حدد جميع ما ينطبق):

- خروجي من الحبس
 البت في دعوى جنائية ضدي
 إجراء آخر (حدد هذا الإجراء):
- تنفيذ حكم صادر عليّ
 تعليق حكم صادر عليّ

أفهم أنه، ما لم ينص على خلاف ذلك، ستظل هذه الموافقة سارية المفعول ولا يجوز إلغاؤها حتى يكون هناك إنهاء رسمي وفعال أو إلغاء لخروجي من الحبس و/أو الإفراج المشروط أو المراقبة أو البت النهائي للإفراج المشروط أو أي إجراء آخر تم بموجبه صدور تكليف بعلاجي.

مدة الموافقة (في حالة اختلافها)

شرط (شروط) سحب الموافقة (في حالة اختلافه)

أفهم أيضاً أن أي إفصاح يتم مقيد بالجزء 2 من الباب 42 من قانون اللوائح الفيدرالية التي تحكم سرية سجلات المرضى الذين يتعاطون الكحول والمخدرات، وأنه لا يجوز لمتلقي هذه المعلومات الإفصاح عنها إلا فيما يتعلق بواجباته الرسمية.

(توقيع الوالد/الوصي، عند طلبه)

(توقيع المريض/المدعى عليه)

(كتابة اسم الوالد/الوصي بحروف واضحة)

(كتابة اسم المريض بحروف واضحة)

(التاريخ)

(التاريخ)