



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

Заявка на участие в программе Early Start

Младенцы и дети возрастом до 3 лет

Информация о ребенке:

Имя	Отчество	Фамилия
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Дата рождения	Возраст (в месяцах)	Место рождения	Гендер (Пол, определенный при рождении)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский

Предпочтительный язык для общения с региональным центром	Другие используемые языки
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Этническая принадлежность

Если имя ребенка было изменено, укажите предыдущее имя ниже.

Предыдущее имя	Предыдущее отчество	Предыдущая фамилия
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Адрес ребенка:

С кем проживает ребенок? Оба родителя Только мать Только отец Приемные родители Другое

Город	Штат	Почтовый индекс
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Кто является лицом, несущим основную ответственность за ребенка и с которым можно связаться по поводу заявления для ребенка?

Имя	Фамилия	Кем приходится ребенку
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Основной номер телефона	Дополнительный номер телефона	Адрес электронной почты
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Предоставьте информацию о лице, организации или ведомстве, выдавшем направление.

Название организации/ контактное лицо	Основной номер телефона	Электронная почта
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Проходил ли ребенок тестирование в другом региональном центре, или получал от него услуги? Да Нет

Если «Да», укажите название регионального центра:



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

Информация о родителе 1:

Кем приходится ребенку: _____

Имя	Отчество	Фамилия
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Дата рождения	Место рождения	Язык
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Номер Дома и Улица		
<input type="text"/>		
Город	Штат	Почтовый индекс
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Номер телефона		
<input type="text"/>		
Имя и фамилия/название работодателя	Должность	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Имеет инвалидность Да Нет Скончался(-ась) Да Нет

Семейное положение Женат (замужем) Разведен(-а) Проживает отдельно
 Не женат (не замужем) Вдовец (вдова)

Информация о родителе 2:

Кем приходится ребенку: _____

Имя	Отчество	Фамилия
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Дата рождения	Место рождения	Язык
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Номер Дома Улица		
<input type="text"/>		
Город	Штат	Почтовый индекс
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Номер телефона		
<input type="text"/>		
Имя и фамилия/название работодателя	Должность	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Имеет инвалидность Да Нет Скончался(-ась) Да Нет

Семейное положение Женат (замужем) Разведен(-а) Проживает отдельно
 Не женат (не замужем) Вдовец (вдова)



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900

25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450

43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

Медицинский анамнез

Опишите вес ребенка при рождении, уровень недоношенности (если имеется), осложнения при родах, любые заболевания или диагнозы:

Находился ли ребенок в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (NICU)? _____

Опишите любые нарушения зрения/слуха:

История развития

Опишите любые проблемы связанные с **физическим развитием ребенка:**

Опишите любые проблемы связанные с **развитием языковых навыков ребёнка:**

Опишите любые проблемы связанные с **социальным взаимодействием и (или) поведением ребенка:**



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900

25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450

43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

Контактная информация лечащего врача для запроса медицинской карты

Укажите имя и контактную информацию родильного отделения или отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных (NICU), текущего врача и (или) другого медицинского специалиста, а затем подпишите соответствующие согласия на получение текущих медицинских документов.

A. Родильное отделение / отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (NICU)

Имя и фамилия

Номер Дома и Улица

Город

Штат

Почтовый индекс

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Номер телефона

B. Текущий врач

Имя и фамилия

Номер Дома и Улица

Город

Штат

Почтовый индекс

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Номер телефона

Специальность

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

C. Другой врач или медицинский специалист (например, невропатолог, генетик, ортопед)

Имя и фамилия

Номер Дома и Улица

Город

Штат

Почтовый индекс

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Номер телефона

Специальность

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Информация о страховке:

Medi-Cal

Название страховой компании

Номер полиса страхования

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

ВАЖНО: отправьте копию карты страхования ребенка вместе с вашим заявлением.

Заполните всю форму и отправьте в Департамент по вопросам регистрации (Intake Department) по факсу на номер телефона (818) 756-6170 или отправьте в электронном виде на электронную почту earlystartintake@nlarc.org

Стр.
4/9



North Los Angeles County Regional Center

Основной номер телефона 818-778-1900 • Факс 818-756-6140 | 9200 Oakdale Avenue #100, Chatsworth, CA 91311 | www.nlacrc.org

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ТЕСТИРОВАНИЯ ДЛЯ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ EARLY START И ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ

- Цель:** Цель данной формы — предоставить региональному центру округа North Los Angeles (далее «NLCRC») согласие на проведение оценки права вашего ребенка для участия в программе Early Start в штате California.
- Область применения:** Своей подписью ниже вы разрешаете NLCRC выполнить оценку права вашего ребенка для участия в программе Early Start, которая будет включать сбор данных и оценку состояния здоровья вашего ребенка, а также сбор другой информации о показателях развития ребенка (от рождения до настоящего времени), что может включать сотрудничество с одним или несколькими представителями услуг NLCRC, которые будут оказывать поддержку NLCRC в выполнении этой оценки.
- Об оценке:** Своей подписью ниже вы соглашаетесь с тем, чтобы NLCRC получал и собирал информацию о развитии вашего ребенка, что включает в себя запрос медицинских карт у третьих сторон, обсуждение с вами показателей развития вашего ребенка, наблюдение за вашим ребенком дома или в иной аналогичной обстановке, а также изучение медицинских и (или) аналогичных карт вашего ребенка. Совокупность собранной информации поможет NLCRC определить, имеет ли ваш ребенок право на участие в программе Early Start в штате California, и если это так, то она поможет нам определить тип услуг раннего вмешательства, необходимых вашему ребенку.
- Что означает подпись ниже:** Своей подписью ниже вы подтверждаете, что вы понимаете и соглашаетесь со следующим:
- Ваше письменное согласие на проведение этой оценки является полностью добровольным, действует в течение двух (2) лет с даты, указанной ниже, и может быть отозвано в любое время.
 - NLCRC требуется ваше письменное согласие для определения права на участие в программе Early Start.
 - Оценка в отношении участия в программе Early Start для вашего ребенка будет проведена незамедлительно и будет проходить на родном для вас и вашего ребенка языке или на предпочтительном для вас языке.
 - Вы имеете право просматривать, проверять и запрашивать копию медицинской карты вашего ребенка.
 - Все собранные документы, касающиеся вашего ребенка, будут храниться строго конфиденциально в соответствии с HIPAA и другими применимыми законами штата Калифорния о конфиденциальности личной информации.
 - NLCRC проведет оценку развития во всех пяти (5) областях развития, чтобы определить, имеет ли ваш ребенок право на получение услуг раннего вмешательства или сохраняет ли его.
 - NLCRC предоставит идентифицирующие личность данные о вашем ребенке представителю услуг NLCRC с целью проведения оценки на соответствие критериям участия в программе Early Start. Эта информация будет включать, помимо прочего, дату рождения вашего ребенка, домашний адрес, номер(-а) телефона и другую аналогичную информацию.

_____	_____	_____
Имя и фамилия ребенка	Дата рождения ребенка	
_____	_____	_____
Имя и фамилия родителя / законного опекуна	Подпись родителя / законного опекуна	Дата

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ О МОЕМ РЕБЕНКЕ ОРГАНИЗАЦИЯМ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИМ ОБЩИЕ РЕСУРСЫ	
Подписываясь ниже, я разрешаю NLCRC направить моего ребенка, если NLCRC сочтет это целесообразным, в одну или несколько организаций, предоставляющих общие ресурсы, для предоставления потенциальной помощи в будущем в отношении заболеваний моего ребенка. К таким организациям, предоставляющим общие ресурсы, относятся ресурсный центр Family Focus, California Children Services и Early Head Start . Обратите внимание, что при этом процессе направления будут соблюдаться все законы HIPAA, и другие применимые федеральные законы, и законы о конфиденциальности личной информации штата California.	
_____	_____
Имя и фамилия родителя/законного опекуна	Дата

Поддержка людей с нарушениями развития в San Fernando Valley, Santa Clarita Valley и Antelope Valley с 1974 года

Заполните всю форму и отправьте в Департамент по вопросам регистрации (Intake Department) по факсу на номер телефона (818) 756-6170 или отправьте в электронном виде на электронную почту earlystartintake@nlarc.org	Стр. 5/9
--	---------------------



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900

25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450

43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ В ОТНОШЕНИИ РАЗВИТИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ РЕБЕНКА

Настоящим я разрешаю РЕГИОНАЛЬНОМУ ЦЕНТРУ ОКРУГА NORTH LOS ANGELES (NORTH LOS ANGELES COUNTY REGIONAL CENTER, NLACRC) и (или) назначенным им сотрудникам сообщать защищенную медицинскую информацию, в том числе медицинскую информацию о развитии и (или) образовательную информацию, как указано ниже, для помощи в планировании перехода вместе с местным образовательным учреждением.

Я разрешаю передачу медицинской карты и (или) другой информации, касающейся:

Имя и фамилия: Дата рождения:

UCI №:

Передать медицинскую карту:

 Адресат:

ОТЗЫВ РАЗРЕШЕНИЯ

Данное разрешение может быть отозвано в любое время нижеподписавшимся лицом. Такой отзыв должен быть выполнен в письменной форме, подписан нижеподписавшимся лицом и доставлен в NLACRC по адресу, указанному выше. Письменный отзыв разрешения вступает в силу с момента его получения, но не затрагивает передачи той информации, в отношении которой запрашивающее или другие лица совершили действие, полагаясь на данное разрешение.

ДАЛЬНЕЙШЕЕ РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ

NLACRC и многие другие организации и лица согласно законодательству обязаны соблюдать конфиденциальность вашей медицинской информации. Если вы предоставили согласие на передачу своей медицинской информации лицу, которое по закону не обязано сохранять ее конфиденциальность, она может больше не защищаться законами штата или федеральными законами о конфиденциальности.

Я/мы разрешаем NLACRC передавать информацию о моем/нашем ребенке в местное образовательное учреждение, включая информацию о проверке и оценке, а также копии IFSP, который был исполнен, чтобы помочь вышеуказанному учреждению определить необходимые оценки с целью установления права на предоставление специального обучения до достижения ребенком возраста 3 лет в соответствии с Частью В закона IDEA.

Я понимаю, что это разрешение является добровольным и оно может быть отозвано в любое время. Я понимаю, что у меня есть право не передавать определенные документы местному образовательному учреждению.

СРОК ДЕЙСТВИЯ

Данное разрешение вступает в силу незамедлительно и будет действовать до _____ (введите дату) или в течение одного года с даты его подписания, если дата не указана.

ПЕРЕДАВАЕМАЯ ИНФОРМАЦИЯ МОЖЕТ ВКЛЮЧАТЬ:

1. Идентифицирующие личность данные (имя и фамилия ребенка, дата рождения, имя (имена) родителя(-ей), адрес проживания семьи и номер телефона)
2. Проверки и оценки развития
3. Индивидуальный план обслуживания семьи (Individual Family Service Plan, IFSP)
4. Психологическая оценка

Другая связанная образовательная информация:



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900

25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450

43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

Я имею право получить копию этого разрешения для хранения в своем архиве. Копия данного разрешения будет иметь такую же силу, как и оригинал.

Подпись клиента или законного представителя клиента

Дата

Имя и фамилия печатными буквами

Кем приходится клиенту, если подписано другим лицом



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900

25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450

43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И (ИЛИ) РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ, ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ И ДРУГОЙ ЗАЩИЩЕННОЙ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

Кому:

Адресат:

Настоящим я разрешаю вышеупомянутому медицинскому специалисту, больнице, клинике, психиатрическому учреждению, школе и (или) назначенным ими сотрудникам раскрывать защищенную медицинскую информацию и (или) информацию из личного дела учащегося, как указано ниже

Я разрешаю передачу медицинской карты и (или) другой информации, касающейся:

Имя и фамилия:

Дата рождения:

Прошу предоставить медицинскую информацию: РЕГИОНАЛЬНОМУ ЦЕНТРУ ОКРУГА NORTH LOS ANGELES (NORTH LOS ANGELES COUNTY REGIONAL CENTER, NLACRC)

СРОК ДЕЙСТВИЯ

Данное разрешение вступает в силу незамедлительно и будет действовать до _____ (введите дату) или в течение одного года с даты его подписания, если дата не указана.

ОТЗЫВ РАЗРЕШЕНИЯ

Данное разрешение может быть отозвано в любое время нижеподписавшимся лицом. Такой отзыв должен быть выполнен в письменной форме, подписан нижеподписавшимся лицом и доставлен в NLACRC по адресу, указанному выше. Письменный отзыв разрешения вступает в силу с момента его получения, но не затрагивает передачи той информации, в отношении которой запрашивающее или другие лица совершили действие, полагаясь на данное разрешение.

ДАЛЬНЕЙШЕЕ РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ

NLACRC не может осуществлять дальнейшую передачу информации, полученной в соответствии с данным разрешением, кроме случаев, когда будет получено дополнительное разрешение или если такое раскрытие информации конкретно требуется или разрешено по закону.

УКАЖИТЕ ВИДЫ ИНФОРМАЦИИ

Отметьте поля и поставьте инициалы возле видов информации, которая должна быть раскрыта:

- Медицинская информация:** Актовые записи о рождении, записи с врачебных приемов и медицинских осмотров, оценки развития, информация о госпитализациях и выписные эпикризы.
- Информация из личного дела учащегося**
- Информация о психиатрическом/психологическом здоровье:** записи об оценке психического здоровья и лечении, психологические/психиатрические диагностические обследования, включая карточки учета полученных в результате тестирования баллов.

Подпись _____

- ВИЧ, СПИД**

Подпись _____

- Другое (укажите)**

Я прошу, чтобы медицинская информация, предоставленная на основании данного разрешения, использовалась только для следующих целей: Эта информация будет использоваться NLACRC для оценки и принятия решений с целью определения соответствия критериям участия и подходящих этому лицу услуг.

Я понимаю, что данное разрешение является добровольным. Лечение, оплата, регистрация или соответствие критериям на получение страховых выплат могут не зависеть от подписания данного разрешения. Я имею право получить копию этого разрешения для хранения в своем архиве. Копия данного разрешения будет иметь такую же силу, как и оригинал.

Подпись клиента или законного представителя клиента

Дата

Имя и фамилия печатными буквами

Кем приходится клиенту, если подписано другим лицом

Заполните всю форму и отправьте в Департамент по вопросам регистрации (Intake Department) по факсу на номер телефона (818) 756-6170 или отправьте в электронном виде на электронную почту earlystartintake@nlacrc.org

Стр.
8/9



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900

25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450

43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И (ИЛИ) РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ, ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ И ДРУГОЙ ЗАЩИЩЕННОЙ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

Кому:

Адресат:

Настоящим я разрешаю вышеупомянутому медицинскому специалисту, больнице, клинике, психиатрическому учреждению, школе и (или) назначенным ими сотрудникам раскрывать защищенную медицинскую информацию и (или) информацию из личного дела учащегося, как указано ниже

Я разрешаю передачу медицинской карты и (или) другой информации, касающейся:

Имя и фамилия:

Дата рождения:

Прошу предоставить медицинскую информацию: РЕГИОНАЛЬНОМУ ЦЕНТРУ ОКРУГА NORTH LOS ANGELES (NORTH LOS ANGELES COUNTY REGIONAL CENTER, NLACRC)

СРОК ДЕЙСТВИЯ

Данное разрешение вступает в силу незамедлительно и будет действовать до _____ (введите дату) или в течение одного года с даты его подписания, если дата не указана.

ОТЗЫВ РАЗРЕШЕНИЯ

Данное разрешение может быть отозвано нижеподписавшимся лицом. Такой отзыв должен быть выполнен в письменной форме, подписан нижеподписавшимся лицом и доставлен в NLACRC по адресу, указанному выше. Письменный отзыв разрешения вступает в силу с момента его получения, но не затрагивает передачи той информации, в отношении которой запрашивающее или другие лица совершили действие, полагаясь на данное разрешение.

ДАЛЬНЕЙШЕЕ РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ

NLACRC не может осуществлять дальнейшую передачу информации, полученной в соответствии с данным разрешением, кроме случаев, когда будет получено дополнительное разрешение или если такое раскрытие информации конкретно требуется или разрешено по закону.

УКАЖИТЕ ВИДЫ ИНФОРМАЦИИ

Отметьте поля и поставьте инициалы возле видов информации, которая должна быть раскрыта:

- Медицинская информация:** Актовые записи о рождении, записи с врачебных приемов и медицинских осмотров, оценки развития, информация о госпитализациях и выписные эпикризы.
- Информация из личного дела учащегося**
- Информация о психиатрическом/психологическом здоровье:** записи об оценке психического здоровья и лечении, психологические/психиатрические диагностические обследования, включая карточки учета полученных в результате тестирования баллов.

Подпись _____

ВИЧ, СПИД

Подпись _____

Другое (укажите)

Я прошу, чтобы медицинская информация, предоставленная на основании данного разрешения, использовалась только для следующих целей: Эта информация будет использоваться NLACRC для оценки и принятия решений с целью определения соответствия критериям участия и подходящих этому лицу услуг.

Я понимаю, что данное разрешение является добровольным. Лечение, оплата, регистрация или соответствие критериям на получение страховых выплат могут не зависеть от подписания данного разрешения. Я имею право получить копию этого разрешения для хранения в своем архиве. Копия данного разрешения будет иметь такую же силу, как и оригинал.

Подпись клиента или законного представителя клиента

Дата

Имя и фамилия печатными буквами

Кем приходится клиенту, если подписано другим лицом

Заполните всю форму и отправьте в Департамент по вопросам регистрации (Intake Department) по факсу на номер телефона (818) 756-6170 или отправьте в электронном виде на электронную почту earlystartintake@nlacrc.org

Стр.
9/9



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900

25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450

43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ

В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАНО, КАКИМ ОБРАЗОМ ВАША МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ И ПЕРЕДАВАТЬСЯ ТРЕТЬИМ ЛИЦАМ И КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ВНИМАТЕЛЬНО С НИМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ.

Региональный центр округа North Los Angeles (North Los Angeles County Regional Center, NLACRC) в соответствии с законодательством обязан обеспечивать конфиденциальность вашей защищенной медицинской информации (Protected Health Information, PHI). PHI — это идентифицирующая вашу личность информация в любой форме (электронной, письменной, устной и т.д.), собранная, созданная, хранимая или полученная NLACRC в связи с вашим физическим/психическим здоровьем или заболеванием в прошлом, настоящем или будущем. В соответствии с законодательством мы обязаны предоставить вам, клиентам NLACRC, данное «Уведомление о порядке использования конфиденциальной информации», объясняющее наши юридические обязательства и способы соблюдения конфиденциальности в отношении вашей PHI. Мы также обязаны соблюдать условия текущей версии данного Уведомления. В данном Уведомлении термины «NLACRC», «мы», «нам» и «наш» относятся к региональному центру округа North Los Angeles.

МЫ МОЖЕМ ИСПОЛЬЗОВАТЬ И РАСКРЫВАТЬ ВАШУ ЗАЩИЩЕННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ БЕЗ ВАШЕГО ПИСЬМЕННОГО РАЗРЕШЕНИЯ В СЛЕДУЮЩИХ СИТУАЦИЯХ:

Лечение: мы можем использовать и раскрывать вашу PHI в целях предоставления, координации и (или) управления медицинским обслуживанием и сопутствующими услугами. Например, ваша защищенная медицинская информация (PHI) может быть передана координаторам услуг, врачам, поставщикам услуг, деловым партнерам, лицам, осуществляющим уход, членам семьи и другим лицам, участвующим в вашем лечении, как в рамках NLACRC, так и за его пределами.

Деятельность в сфере здравоохранения: Мы можем использовать и раскрывать вашу PHI в целях нашей деятельности. Например, для мероприятий, включающих, среди прочего, координацию обслуживания, оценку и улучшение качества, снижение рисков, надзор со стороны органов штата и федеральных органов, аудит, обучение и защиту интересов. Это может включать в себя передачу вашей информации Управлению социального обеспечения людей с нарушениями развития в штате California (California Department of Developmental Services, DDS) и при необходимости другим региональным центрам штата California.

Оплата: мы можем использовать вашу PHI, например, для определения нашей ответственности по оплате или для выставления счета и сбора платежей за лечение и связанные с лечением услуги, которые вы получаете.

Напоминания о приеме и уведомления: Мы можем связываться с вами по поводу приема или предоставлять вам информацию, которая может вас заинтересовать.

Деятельность в сфере общественного здравоохранения: Ваша PHI может передаваться другим лицам для деятельности в сфере общественного здравоохранения, например, в связи с профилактикой заболеваний, травм или инвалидности; для отслеживания и мониторинга определенных медицинских препаратов.

Судебные разбирательства: ваша PHI может использоваться или раскрываться в ходе судебных разбирательств, например, в рамках административного слушания, по решению суда или повестке.

Правоохранительные мероприятия: ваша PHI может передаваться правоохранительным органам, например, в ответ на ордер на обыск или для сообщения о преступлении.

Исследования: мы можем использовать или передавать вашу PHI в целях исследований, одобренных NLACRC и Институциональным наблюдательным советом — комитетом, ответственным в соответствии с законодательством за изучение и утверждение исследований для защиты безопасности участников и конфиденциальности PHI. Для участия в таких исследованиях также может потребоваться ваше конкретное разрешение.

Серьезная угроза здоровью или безопасности или помощь в случае стихийных бедствий: Мы можем использовать или передавать вашу PHI для предотвращения серьезной/непосредственной угрозы вашему здоровью и безопасности или здоровью и безопасности другого человека.

Национальная безопасность: мы можем передавать вашу PHI уполномоченным федеральным должностным лицам в целях разведки и другой деятельности в сфере национальной безопасности, уполномоченной законодательством.

Деятельность коронеров, судмедэкспертов, распорядителей похорон, а также донорство органов: ваша PHI может передаваться этим организациям, если она требуется им в соответствии с законодательством для выполнения их официальных обязанностей; например, для идентификации умершего человека.

Исправительные учреждения: если вы находитесь под надзором правоохранительных органов с лишением свободы, мы можем передать вашу PHI исправительным учреждениям или правоохранительным органам, если это необходимо для получения вами медицинского обслуживания.

По предписанию законодательства: мы можем раскрывать вашу РНІ в других случаях, предусмотренных законодательством.

ДРУГИЕ ВИДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Другие виды использования и раскрытия защищенной медицинской информации, на которые не распространяется данное уведомление или применимое к нам законодательство, разрешается только с вашего письменного разрешения. Предоставленное вами разрешение на использование или раскрытие вашей РНІ может быть отозвано в любое время в письменной форме. Если вы отзовете свое разрешение, это прекратит любое дальнейшее использование или раскрытие вашей РНІ в целях, охватываемых вашим письменным разрешением. Вы понимаете, что мы не можем отменить какое-либо раскрытие информации, которое мы уже осуществили на основании вашего разрешения, и что мы обязаны хранить нашу документацию о предоставленном вам лечении. Существуют более строгие требования к использованию и раскрытию некоторых видов РНІ, например, записей о ВИЧ/СПИДе, психическом здоровье, лечении зависимостей, связанных со злоупотреблением наркотиками и алкоголем. Информация подобного рода может быть раскрыта только в соответствии с этими более строгими законами.



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

ВАШИ ПРАВА В ОТНОШЕНИИ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ (PHI) ВКЛЮЧАЮТ:

Право на проверку и копирование ваших записей Вы имеете право сделать запрос в письменной форме для проверки и копирования вашей PHI в определенных комплектах документов. Если мы откажем вам в этом запросе, мы сделаем это в письменной форме с указанием причин, и у вас есть право на пересмотр этого решения.

Право на запрос внесения поправок в ваши документы Если вы считаете, что ваша PHI является неверной или неполной, вы имеете право в письменном виде запросить внесение в нее изменений с указанием причин, по которым мы должны внести эти исправления или дополнения. Если мы откажем вам в этом запросе, мы сделаем это в письменной форме с указанием наших причин, и вы можете подать письменное заявление о несогласии.

Право на запрос ограничений Вы имеете право запросить в письменном виде ограничение или пределы использования или раскрытия нами вашей PHI. Вы можете потребовать, чтобы ваша PHI не передавалась другим лицам, например члену семьи или другу. Однако в соответствии с законодательством мы не обязаны соглашаться с вашим запросом.

Право на запрос конфиденциальности коммуникаций У вас есть право запросить в письменной форме, чтобы мы общались с вами определенным образом или в определенном месте. Например, вы можете запросить, чтобы мы связывались с вами только на работе или по почте. Если мы сможем обоснованно или законно согласиться на ваш запрос, мы это сделаем.

Право на учет раскрытия данных У вас есть право запросить в письменной форме учет раскрытий вашей PHI за период до 6 лет до вашего запроса, однако это не касается раскрытий, осуществленных до 14 апреля 2003 г. Этот учет не включает передачу информации для осуществления лечения, деятельности в сфере здравоохранения, оплаты, общего уведомления, деятельности правоохранительных органов, национальной безопасности, исправительных учреждений, а также иных действий, санкционированных законом. Кроме того, этот учет не включает сведения о раскрытии информации, в отношении которых у NLACRC было подписано разрешение, сведения, раскрытые вам, лицу, осуществляющему уход за вами, или лицам, действующим от вашего имени.

Право на получение бумажной копии настоящего Уведомления Вы имеете право в любое время получить бумажную копию настоящего Уведомления по запросу. Его копию можно скачать на веб-сайте www.nlacrc.org, а также получить на стойке приемной в любом из наших учреждений или через вашего координатора услуг.

ИЗМЕНЕНИЯ В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ Мы сохраняем за собой право в любое время вносить изменения в настоящее Уведомление и нашу практику использования конфиденциальной информации, если эти изменения соответствуют законам штата и федеральным законам. Любое пересмотренное Уведомление будет применяться как к вашей PHI, которой мы уже располагали на момент изменения, так и к PHI, созданной или полученной после вступления в силу данного изменения. Копия текущего Уведомления будет вывешена в информационной зоне во всех учреждениях NLACRC на видном месте. Если мы изменим свое Уведомление, вы можете получить копию пересмотренного Уведомления на веб-сайте NLACRC, на стойке приемной или у вашего координатора услуг.

ВОПРОСЫ/ЖАЛОБЫ Если у вас возникнут вопросы относительно данного Уведомления, наших правил и процедур использования конфиденциальной информации или если вы обращаетесь в отношении PHI в письменной форме, включая запросы об ограничениях ее использования или раскрытия, или чтобы подать жалобу на наши правила и процедуры использования конфиденциальной информации, напишите в NLACRC по адресу Attn: HIPAA Privacy Officer, 9200 Oakdale Ave. Suite 100, Chatsworth, CA 91311 или позвоните по номеру 818-778-1900. Если вы считаете, что ваши права на неприкосновенность частной жизни были нарушены, вы можете также уведомить секретаря Министерства здравоохранения и социальных служб (HHS). Подача жалобы не навлечет на вас никаких санкций.



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

Защита конфиденциальности вашего ребенка: Первоначальное и ежегодное уведомление о необходимой вам информации

Перед оценкой развития ребенка на предмет оказания услуг по программе Early Start и, по крайней мере, один раз в год после этого мы обязаны сообщить вам в письменном виде, какую информацию мы получаем о вашей семье и вашем ребенке и что мы делаем для сохранения конфиденциальности этой информации. Следующая информация очень важна для вашей семьи.

Какую информацию, идентифицирующую личность вашего ребенка, мы храним в личном деле?

Мы сохраняем в личном деле «данные, позволяющие идентифицировать его личность», например, полное имя ребенка, имена и фамилии родителей, адрес ребенка, номер социального страхования или другие личные идентификационные данные, а также информацию, связанную с диагнозом, полом, этнической принадлежностью ребенка и т. д.

Где мы получаем информацию о вашем ребенке?

Информация собирается от лиц или организаций, которые направили вашего ребенка для получения услуг по программе Early Start, а также от вас как родителя. При получении вашего письменного согласия информация также собирается от других лиц/учреждений, знакомых с вашим ребенком. К таковым лицам могут относиться врачи, учителя, социальные работники и специалисты больниц, региональных центров, школ и т. д.

Каким образом мы используем имеющиеся у нас сведения о вашем ребенке?

Мы используем такую информацию, чтобы определить, *имеет* ли ваш ребенок право на услуги по программе Early Start. Если ваш ребенок *имеет* право на их получение, мы используем данную информацию, чтобы помочь в планировании услуг. Если ваш ребенок *не соответствует* требованиям на данный момент, информация будет храниться на случай повторного направления на получение услуг до того момента, как вашему ребенку исполнится три года.

Какую информацию мы используем для оценки развития вашего ребенка и разработки Индивидуального плана обслуживания семьи (Individual Family Services Plan, IFSP)?

Команда специалистов из разных областей и вы как родитель используете информацию из различных ресурсов для оценки своего ребенка и разработки IFSP. Могут использоваться медицинские карты и отчеты о состоянии здоровья, информация, полученная в результате наблюдений за развитием вашего ребенка, сведения, полученные от родителей, из интервью, стандартизированных тестов или с помощью соответствующих инструментов.

Где мы храним информацию о вашем ребенке?

Информация о вашем ребенке будет храниться *на* рабочем месте координатора услуг вашего ребенка или в централизованном архиве.

Все идентифицирующие личность данные хранятся в шкафах, картотеках или компьютерных файлах, находящихся под контролем персонала, обученного работе с конфиденциальной информацией.

Как долго мы будем хранить информацию о вашем ребенке и когда мы можем ее уничтожить?

Государственные органы обязаны проинформировать родителя, если для предоставления ребенку образовательных услуг больше не будет необходимости в предоставлении личных данных. Идентифицирующие личность сведения о ребенке с нарушениями развития могут храниться бессрочно, если только родитель не попросит об их уничтожении. Если родители запросят уничтожение такой информации, то образовательное учреждение может сохранить у себя такую информацию, как имя и фамилия, адрес, номер телефона и годы обучения по программе. Родители должны знать, что эти документы могут понадобиться ребенку или родителям в дальнейшем для получения пособий социального обеспечения или для других целей.

Когда мы передаем информацию другим лицам?

Без вашего письменного согласия информация не может быть предоставлена третьей стороне. Мы обязаны хранить письменный документ, в котором будет указано, кому была передана информация о вашем ребенке (кроме вас или сотрудников образовательного учреждения или регионального центра).

Какими правами обладают родители в отношении просмотра информации о своем ребенке?

Документы с информацией о вашем ребенке или семье должны быть предоставлены вам для ознакомления не позднее, чем через 5 рабочих дней после подачи запроса (при отсутствии постановления суда или иного документа, который выразительно отменяет ваши права). По вашему запросу должны быть предоставлены объяснения и толкование документов.

Где я могу получить дополнительную информацию о своих правах?

Вы всегда можете обратиться за дополнительной информацией к своему координатору услуг. Вам была предоставлена дополнительная информация о правах родителя в форме программы Early Start. К основным источникам относятся: Раздел 34 свода федеральных предписаний, Закон о семейных правах на образование и неприкосновенность личной жизни 1974 г., раздел 20 свода федеральных предписаний, а также предписания в отношении программы Early Start в штате California.

Если у вас возникнут какие-либо вопросы в отношении документов с информацией о вашем ребенке, обратитесь к координатору услуг.

NLACRC - Early Start (дата обновления: 11/9/10)



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

Права и обязанности родителей по программе Early Start Первоначальное и ежегодное уведомление

Проверка и первичная оценка

Соответствие требованиям на участие в программе Early Start определяется на основе анализа соответствующей документации, информации, полученной из наблюдений и отчетов родителей, а также оценки, проведенной квалифицированными специалистами. Если будет установлено, что ваш ребенок соответствует требованиям программы, вы будете иметь право на получение соответствующих услуг раннего вмешательства. Вы имеете право предоставлять информацию на протяжении всего этого процесса, и вам рекомендуется принимать решения относительно услуг раннего вмешательства в отношении вашего ребенка. Процессуальные гарантии обеспечивают, чтобы дети, их родители или опекуны смогли реализовывать свои права в соответствии с законодательством.

Как родитель или опекун вы имеете право:

1. Воспользоваться возможностью начать процесс проверки и первичной оценки.
2. В течение 45 дней с момента направления вашего ребенка в региональный центр или местное управление по вопросам образования должны быть завершены мероприятия по проверке и оценке и должна состояться встреча для разработки Индивидуального плана обслуживания семьи (Individual Family Service Plan, IFSP).
3. Ознакомиться с процедурами и тестами, используемыми в проверке и оценке.
4. Предоставить письменное разрешение до проведения любых проверок и оценок и отказаться от любых проверок, оценок и услуг раннего вмешательства.

5. Быть в полной мере проинформированными о результатах проверок и оценок.
6. Иметь доступ к документации, включая право изучать и получать копии документов, относящихся к вашему ребенку, а также право запрашивать внесение изменений в документы любого задействованного учреждения относительно вашего ребенка.
7. Иметь правозащитника, который поможет вам в работе с системой раннего вмешательства, включая региональный центр и местные образовательные учреждения.
8. Получать независимые проверки и оценки.
9. Ожидать, что ваши идентифицирующие личность сведения будут храниться конфиденциальным образом.
10. Требовать проведения слушания в соответствии с надлежащей процедурой для оспаривания результатов любых проверок или оценок.
11. Принимать участие во встрече по разработке IFSP в течение 45 дней с момента направления.

Под проверкой подразумевают процедуры, используемые соответствующим квалифицированным персоналом для определения первоначального и дальнейшего соответствия вашего ребенка требованиям для получения услуг раннего вмешательства в рамках программы Early Start. Эти процедуры требуют, чтобы:

1. Материалы для проверки и оценки предоставлялись на родном языке родителя/семьи ребенка или в иной понятной им форме, за исключением случаев, когда это невозможно по очевидным причинам.

2. Процедуры и материалы для проверки и оценки выбирались и применялись таким образом, чтобы не допускать дискриминации по признаку расы, пола, культуры или инвалидизирующего заболевания.
3. Материалы для проверки и оценки должны подходить для конкретных целей, для которых они используются.
4. Проверки и оценки должны проводиться квалифицированным персоналом.
5. Проверки и оценки, применяемые к лицам с известными нарушениями зрения, слуха или коммуникации, должны быть подобраны таким образом, чтобы они точно отражали способности или уровни достижений данного лица, независимо от того, какой фактор является предметом измерения.
6. Материалы для проверки и оценки должны разрабатываться для оценки конкретных областей развития и (или) образовательных потребностей и не предназначаться только для измерения коэффициента умственного развития.

Проверки и оценки проводятся в пяти областях развития, включая, при необходимости, здоровье и развитие, зрение, слух, моторику, языковые функции, а также социальный и эмоциональный статус.

Индивидуальный план обслуживания семьи (Individualized Family Service Plan, IFSP)

Если будет установлено, что ваш ребенок соответствует требованиям для раннего вмешательства, то в течение 45 дней с момента вашего обращения в региональный центр или местное образовательное учреждение должна состояться встреча по разработке IFSP. При разработке и реализации IFSP вы имеете следующие права.

Право:

1. Присутствовать на встрече и принимать участие в определении соответствия требованиям программы и разработке IFSP.
2. Запрашивать присутствие других членов семьи.
3. Требовать присутствия и участия правозащитника на встрече по IFSP.
4. Получить полное объяснение содержания IFSP на вашем родном языке.
5. Дать конкретное согласие на каждую услугу, указанную в IFSP. Если вы не дадите согласия на предоставление какой-либо услуги, она не будет предоставляться. Вы можете отозвать это согласие после первоначального получения услуги.
6. Подтвердить согласие на оценку ваших ресурсов, приоритетов и проблем, связанных с улучшением уровня развития вашего ребенка.
7. Быть заранее уведомленными на вашем родном языке до того, как ведомство или поставщик услуг предложит или откажется инициировать или изменить определение, проверку, оценку или образовательное учреждение для вашего ребенка или предоставление надлежащих услуг раннего вмешательства вашему ребенку или вашей семье.

Согласиться на передачу информации о вашем ребенке в местное образовательное учреждение во время перехода на получение услуг в соответствии с Частью В закона IDEA.

Административные процедуры

Родители могут подать письменные жалобы в отношении проверки, оценки, размещения в учебном учреждении или предоставления услуг, описанных выше. Родители, участвующие в рассмотрении жалобы в административном порядке, имеют право:

1. Иметь в сопровождении правозащитника и лиц, прошедших специальную подготовку по вопросам услуг раннего вмешательства, предоставляемых детям до трех лет, и получать их консультации.
2. Представлять свидетельства, требовать объяснений, подвергать перекрестному допросу и требовать присутствия свидетелей.
3. Запретить представление на слушании каких-либо доказательств, которые не были вам представлены, как минимум, за пять дней до начала разбирательства.
4. Получить стенограмму разбирательства в письменной или электронной форме.
5. Получать результаты рассмотрения фактов и решения в пределах 30 дней с момента подачи жалобы.
6. Ожидать, что идентифицирующие личность сведения будут храниться конфиденциальным образом.
7. Требовать, чтобы разбирательство было проведено в удобное для вас время и в подходящем для вас месте в пределах разумного.
8. После завершения разбирательства подать гражданский иск против другой стороны по жалобе.

Жалобы в связи с программой Early Start

Если региональный центр, местное образовательное учреждение или частный поставщик услуг нарушит федеральный закон или нормы, регулирующие предоставление услуг раннего вмешательства, вы имеете право подать жалобу непосредственно в Управление социального обеспечения людей с нарушениями развития (Department of Developmental Services) по адресу:

Department of Developmental Services

Office of Human Rights Attention:
Early Start Complaint Unit
1600 9th Street, Room 240, MS2-15
Sacramento, California 95814

Жалоба должна быть в письменной форме и содержать следующую информацию:

- Полное имя, адрес и номер телефона заявителя
- Заявление о том, что региональный центр, местное образовательное учреждение или поставщик услуг нарушили федеральный закон или закон штата, регламентирующий предоставление услуг раннего вмешательства
- Изложение фактов, на которых основано такое утверждение
- Сторона, предположительно ответственная в нарушении
- Описание добровольных шагов, предпринятых на местном уровне для урегулирования жалобы, если таковые были предприняты

North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Ave, Suite 100
Chatsworth, CA 91311
(818) 778-1900

43850 10th Street West
Lancaster, CA 93535
(661) 945-6761

25360 Magic Mountain
Parkway Suite 150
Santa Clarita, CA 91355
(661) 775-8450

Если вы не зарегистрированы в качестве избирателя по нынешнему месту проживания, желаете ли вы сегодня подать заявку, чтобы зарегистрироваться для участия в выборах?
(Отметьте один вариант)

- Уже зарегистрирован(-а). Я зарегистрирован(-а) в качестве избирателя по моему нынешнему адресу проживания.
- Да. Я хочу зарегистрироваться в качестве избирателя. (Заполните прилагаемую форму регистрации избирателя.)
- Нет. Я не хочу регистрироваться в качестве избирателя.

ПРИМЕЧАНИЕ: ЕСЛИ ВЫ НЕ ПОСТАВИТЕ ОТМЕТКУ, БУДЕТ СЧИТАТЬСЯ, ЧТО ВЫ РЕШИЛИ НЕ РЕГИСТРИРОВАТЬСЯ ДЛЯ УЧАСТИЯ В КАЧЕСТВЕ ИЗБИРАТЕЛЯ НА ДАННЫЙ МОМЕНТ. ВЫ МОЖЕТЕ ВОСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ПРИЛАГАЕМОЙ ФОРМОЙ РЕГИСТРАЦИИ ИЗБИРАТЕЛЯ ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ В УДОБНОЕ ДЛЯ ВАС ВРЕМЯ.

Имя и фамилия заявителя

Дата

Важные уведомления

1. Регистрация или отказ от регистрации в качестве избирателя **не** повлияет на размер помощи, предоставляемой этой организацией.
2. Если вам нужна помощь в заполнении формы регистрации избирателя, мы готовы вам помочь. Вы можете сами решить, требуется ли вам наша помощь. Вы можете заполнить форму регистрации самостоятельно.
3. Если вы считаете, что кто-то нарушил ваше право на регистрацию или отказ от регистрации в качестве избирателя, ваше право на конфиденциальность при принятии решения о необходимости зарегистрироваться или при подаче заявки на регистрацию в качестве избирателя или ваше право самостоятельно выбирать предпочтения политической партии или иные политические предпочтения, вы можете подать жалобу Государственному секретарю штата, позвонив по бесплатному номеру (800) 345-VOTE (8683) или написав по адресу: Secretary of State, 1500 - 11th Street, Sacramento, CA, 95814. Для получения дополнительной информации о выборах и голосовании посетите веб-сайт Государственного секретаря штата по адресу www.sos.ca.gov.

01/13 NVRA Форма с указанием ваших предпочтений в отношении регистрации в качестве избирателя