|  |
| --- |
|  |

**Привязанность и биоповеденческое наверстывание (ABC)**

**Согласие участников NC ITP на видеозапись и разглашение информации**

Это согласие предназначено непосредственно для освобождения департамента здравоохранения и социальных служб Северной Каролины (N.C. DHHS) и его персонала от любой ответственности, которая может возникнуть в результате получения и санкционированного использования материалов.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я |  | | *(имя)* | Настоящим я разрешаю Управлению связи | |
| получать или разрешать: | |  | | | *(название CDSA)* | |

получить следующую информацию обо мне/моем ребенке (отметьте соответствующие описания)

Фотографии  Фильм/Видеозапись  Интервью  Запись голоса

Я согласен с тем, что вышеперечисленные лица могут использовать или разрешать другим лицам использовать материалы, подготовленные на этой сессии, для любого из предложенных ниже (отметьте соответствующие категории).

 Образовательные публикации

  Материалы исследований/публикации

 Реклама

 Веб-сайт отдела

 Публикации отдела

  Печатные или вещательные СМИ

 Создание видеомонтажа ABC для передачи семье

Если применимо:  я согласен с вышеизложенным при условии, что мое имя не будет идентифицировано.

*Видеоролики являются частью защищенной конфиденциальной документации ребенка и будут храниться и уничтожаться в соответствии с политикой хранения документации NC DHHS.*

Я прочитал вышеизложенное и полностью понимаю его содержание. Я осознаю, что мое согласие будет действовать до достижения заявленной выше цели на период до одного года или до отмены этого разрешения. Последнее станет возможно после заполнения мной раздела об аннуляции в нижней части бланка. Я также осознаю, что любые действия, предпринятые на основании моего согласия до срока его аннуляции, являются законными и обязательными к исполнению.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | |  | | |  |  |  | |
| Имя ребенка | | Инициал второго имени (MI) | | | Фамилия | | |  | Дата рождения | |  |
| Подпись родителя / опекуна: | | |  | | | Дата: |  | | | |  |
| Адрес: |  | | | | | | | | | |  |
| Город: Штат: Почтовый Индекс: | | | |  | | | | | | |  |
| Свидетель: |  | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Аннуляция** | | | | |
| Настоящим прошу отменить этот документ, вступившее в силу | | |  |  |
|  | | | *(Дата)* |  |
| Подпись родителя / опекуна: |  | | |  |
| Дата: |  |  | |  |
|  |  |  | |  |