|  |
| --- |
|  |

**Dự án Người chăm sóc Trẻ sơ sinh**

**Dự án Phổ biến Biện pháp Can thiệp ABC**

**Biểu mẫu Cho phép Tiết lộ Thông tin**

Dự án Người chăm sóc Trẻ sơ sinh tại Đại học Delaware phục vụ cho cha mẹ và trẻ em bằng cách cung cấp biện pháp can thiệp nuôi dạy con cái được thiết kế để tăng cường sự gắn bó bền chặt và khả năng tự trấn tĩnh của trẻ. Nhiệm vụ của chúng tôi là đảm bảo rằng việc đào tạo có hiệu quả đối với quý vị và các bậc cha mẹ khác.

Quý vị đang được tham gia khóa đào tạo về Biện pháp Can thiệp Bắt kịp Sự Gắn bó và Hành vi Sinh học (ABC). Chúng tôi đang đề nghị quý vị cho phép ghi hình các buổi đào tạo này. Băng ghi hình sẽ được sử dụng cho các mục đích sau:

* Giám sát việc đào tạo phụ huynh thực hiện biện pháp can thiệp một cách hiệu quả.
* Băng ghi hình sẽ được sử dụng trong quá trình đánh giá nhằm giúp xác định tính hiệu quả của chương trình.

Tôi theo đây trao quyền và cho phép:

* Chia sẻ các buổi học được ghi hình với Phòng thí nghiệm Người chăm sóc Trẻ sơ sinh của Đại học Delaware nhằm mục đích giám sát và đánh giá chương trình.

Tôi đã đọc nội dung trên và hiểu rõ thỏa thuận này. Tôi cũng hiểu rằng thỏa thuận cho phép này sẽ vẫn có hiệu lực trong khoảng thời gian cần thiết để hoàn thành mục đích đề ra trong tối đa một năm hoặc nếu tôi hủy bỏ thỏa thuận cho phép này bằng cách điền vào mục thu hồi ở cuối biểu mẫu này. Tôi cũng hiểu rằng mọi hành động được đưa ra đối với thỏa thuận cho phép này trước ngày bị hủy bỏ đều hợp pháp và ràng buộc.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |  |  | | |  | |  | | |  | |
| Tên Trẻ | | | | | Viết tắt Tên đệm | Họ | | | | Ngày sinh | | | |  |
| Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ: | | | |  | | | | | | | | | |  |
|  | | | |  | | | Ngày: | | | | |  | |  |
| Địa chỉ: |  | | | | | | | | | | | | |  |
| Thành phố/Tiểu bang/Mã vùng: | |  | | | | | | | | | | | |  |
| Người làm chứng: | | |  | | | | | Ngày: | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MỤC THU HỒI** | | | | |
| Theo đây tôi yêu cầu hủy bỏ thỏa thuận này, có hiệu lực từ | | |  |  |
|  | | | *(Ngày)* |  |
| Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ: |  | | |  |
| Ngày: |  |  | |  |
|  |  |  | |  |