|  |
| --- |
|       |

**Bắt kịp Sự Gắn bó và Hành vi Sinh học (ABC)**

**Thỏa thuận Cho phép NC ITP Ghi hình và Tiết lộ Thông tin**

Thỏa thuận cho phép này nhằm miễn trừ Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh tiểu bang Bắc Carolina (N.C. DHHS) và đội ngũ nhân viên của sở khỏi mọi trách nhiệm pháp lý phát sinh từ việc lấy và sử dụng các tài liệu được ủy quyền.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tôi |       | *(tên)* | theo đây ủy quyền cho Văn phòng Truyền thông |
| có được hoặc cho phép: |       | (*Tên CDSA*) |

*có được* thông tin sau của tôi/con tôi *(đánh dấu (các) mô tả phù hợp*

[ ]  Ảnh [ ]  Phim/Băng ghi hình [ ]  Phỏng vấn [ ]  Ghi âm

Tôi đồng ý rằng những người có tên kể trên có thể sử dụng hoặc cho phép người khác *sử dụng* các tài liệu được tạo ra từ buổi đào tạo này cho bất kỳ đề xuất nào được liệt kê dưới đây (đánh dấu vào các danh mục phù hợp).

[ ]  Ấn phẩm Giáo dục

[ ]  Tài liệu/Ấn phẩm Nghiên cứu

[ ]  Quảng cáo

[ ]  Trang web của Sở

[ ]  Ấn phẩm của Sở

[ ]  Phương tiện In ấn hoặc Phương tiện Truyền thông

[ ]  Dựng Video ABC dành cho gia đình

Nếu có: [ ]  Tôi đồng ý với những điều trên với điều kiện rằng tôi sẽ ẩn danh.

*Các video là một phần của hồ sơ được bảo vệ và bảo mật của trẻ và sẽ được lưu giữ và tiêu huỷ theo chính sách lưu giữ hồ sơ của NC DHHS.*

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: |       |  |  |
|  |  |  |  |