|  |
| --- |
|       |

**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: |       |  |  |
|  |  |  |  |