

**说明:** 签署本表单即表示已加入 Health Home 的儿童及青少年同意向 Health Home 公布教学记录。其中包括教学记录内容以及教学记录共享对象的相关信息。须由父母 (参见下方问题 5 中父母的定义) 提供公布 18 岁以下儿童及青少年教学记录的同意书。须由个人提供公布 18 岁及以上者的教学记录的同意书。

健康之家 正楷名称

青少年或儿童/患者/客户正楷姓名

出生日期

## 信息共享 - 教学记录

### 1. 教学记录是什么?

根据 Family Educational Rights and Privacy Act (《家庭教育权和隐私权法》, FERPA) [34 CFR 第 99 部分], 教学记录是与 Early Intervention Program (早期干预项目, EIP) 中的婴儿或学步儿童或者学生直接相关的记录, 这些记录由教育代理或机构进行维护, 如 EIP 提供商、当地早期干预官员或者青少年或儿童已进入或正在就读的学校。

### 2. Health Home 及其提供商将如何使用青少年或儿童的教学记录?

Health Home 及其提供商将使用青少年或儿童的教学记录来帮助协调和管理青少年或儿童的照护。

### 3. 哪些法律法规规定了青少年或儿童教学记录的公布和共享?

这些法律法规包括 1974 年的联邦 Family Education Rights and Privacy Act (《家庭教育权和隐私权法》, FERPA) [34 CFR 第 99 部分]、纽约的 Personal Privacy Protection Law (《个人隐私保护法》, PPPL) [Public Officer's Law (《公职人员法》) §§91-99]、纽约 Public Health Law (《公共卫生法》, PHL) 和管制 EIP 的条例 [第 25 条第 IIA 例和 10 NYCRR §69-4]、Individuals with Disabilities Education Act (《残疾人教育法》, IDEA) [20 U.S.C 1417 以及下列等等] 以及其 34 CFR §300.610 至 300.627 的实施条例。

### 4. 青少年或儿童的教学记录来自哪里?

教学记录来自任何公共或私人 EIP 提供商、当地早期干预官员或学校 (包括幼儿园), 这些机构或官员会维护已加入 Health Home 的青少年或儿童的教学记录。

### 5. 父母必须签署同意书以共享 18 岁以下青少年或儿童的教学记录。谁有资格作为父母?

父母包括亲生父母、监护人或者在没有父母或监护人时充当父母的个人 [34 CFR § 99.3]。父母是指亲生父母或养父母, 通常为经授权担任青少年或儿童的父母的合法指定监护人、经授权为青少年或儿童作出早期干预或教育决定的合法指定监护人或者有父母关系的人士 [8 NYCRR§200.1(ii)] [SPHL 的 §2541(14), 10 NYCRR§69-4.1 (ah), (ai)]。与另一个人有父母关系的人应包括其父亲或母亲 (亲生父母或养父母)、其继父或继母、其合法指定监护人或其监管人。任何人如因另一个人的父母或合法指定监护人已死亡、被监禁、患精神病或被某机构收容, 或者因彼等已遗弃或抛弃该个人或居住于州外或彼等下落不明而已承担对该个人的看管和照顾, 则其应被视为该个人的监管人 [Ed.L. § 3212]。父母可根据 General Obligations Law (《一般义务法》) 第 15-A 条的规定, 指定另一人作为有父母关系的人以代替亲生父母或养父母 (包括与青少年或儿童同住的祖父母、继父母或其他亲戚)。父母还包括已由早期干预官员或学区指定的代表婴儿/学步儿童或学生做出早期干预或教育决定的代理父母 [8 NYCRR §200.5(n)][10 NYCRR 69-4.16(d)]。如婴儿/学步儿童或学生为受州监护者, 则父母不包括州 [8 NYCRR §200.1(ii)(1)][10 NYCRR 69-4.16]。

### 6. Health Home 可以再披露青少年或儿童的教学记录吗?

不可以。FERPA 仅允许经父母同意后的再披露 [34 CFR §99.33]。如果 Health Home 试图再披露青少年或儿童的早期干预或教学记录, 必须首先征得父母 (如果为 18 岁以下的青少年或儿童) 或个人 (如果为 18 岁及以上者) 的同意。

## 公布教学记录同意书

我明白:

- 提供同意书将不会影响我或我子女 (如适用) 接受 EIP 或者特殊教育项目和服务;
- 无论我是否决定提供同意书, 我或我子女 (如适用) 的 Individualized Family Service Plan (个性化家庭服务计划, IFSP) 或 Individualized Education Program (个性化教育项目, IEP) 的全部所需服务将免费提供给我; 并且
- 经要求后, 我可以审查依据此同意书披露的记录的副本。

签署此表单即表示我同意:

- \_\_\_\_\_ 加入 Health Home;  
上述青少年或儿童/患者/客户正楷姓名

- 我已经审查了上述共享教学记录的相关信息; 并且
- 我已经全面了解与我同意向 Health Home 公布教学记录相关的所有信息。

我自愿同意

特定当地早期干预官员、EIP 提供商或学校正楷名称

公布与我或我子女（如适用）相关的以下教学记录/信息：

- 个性化教育项目(IEP)；
- 个性化家庭服务计划(IFSP)；
- 特殊教育评估报告（如社会病史、心理、课堂观察、描述导致该障碍的身体、精神、行为和情感因素的其他评估）；
- 早期干预多学科评价和评估，包括核心评估和补充评估，以及描述青少年或儿童的身体、认知、沟通、社会情感和适应性发展和/或诊断出的很可能导致发育迟缓的身体或精神状况的其他评估；
- Voluntary Family Assessment (志愿家庭评估) 若作为 EIP 多学科评估的一部分填写）；
- 其他，请注明：

---



---

我自愿同意将上述已检查的记录公布给：

Health Home 名称

Health Home 护理管理机构名称

医生姓名

其他

其他

我明白：

- 我可以随时通过签署 Health Home 同意书/撤销公布教学记录表单 (DOH-5204) 来撤销本同意书；
- 如果我撤销同意书，其不会否定我提供同意书之后和我撤销同意书之前据此所采取的行动；并且
- 在以书面形式撤销之前，我的同意书将保持有效。

18 岁以下儿童及青少年：

18 岁及以上个人：

青少年或儿童父母正楷姓名

青少年或儿童/患者/客户正楷姓名

青少年或儿童父母签名

青少年或儿童/患者/客户签名

日期

日期

您是否授权 EIP 当地早期干预官员和 EIP 提供商或学校通过加密（安全）电子邮件将受保护的记录传送给 Health Home？（勾选相应方框）

- 是
- 否