فِرَق الإسهامات الاجتماعية

السلطات المتعاونة: الخدمة الاجتماعية، الشرطة، المدرستان الابتدائية والإعدادية، صحة التلميذ، فريق وحدة الشباب المكاني، إصلاح المجرمين، وحدة الإسناد لدى القطاع الاجتماعي.

الموافقة على تبادل المعلومات

إن موافقتي تشكل فقط المعلومات المحتاجة كي تستطيع السلطات ذات العلاقة أن تقدّم المساعدة على أحسن وجه لي ولطفلي.

أنا أوافق على أن السلطات ذات العلاقة: الخدمة الاجتماعية، الشرطة، المدرستان الابتدائية والإعدادية، صحة التلميذ، فريق وحدة الشباب المكاني، إصلاح المجرمين، وحدة الإسناد لدى القطاع الاجتماعي تتعاون فيما بينها وتنسّق أعمالها خول الحاجات الخاصة بي وبطفلي. وعليه اسمح أن تقوم السلطات أعلاه بتبادل المعلومات عني وعن طفلي بدون عرقلة الكتمان والسرية.
وأوافق كذلك على اخذ عينة البول للتأكد من خلوّ المخدرات.

أوافق كذلك على أن الشخص أو الأشخاص التالية أسماءهم تشملهم هذه الموافقة
_____
_____
المكان والتاريخ: _____
التوقيع:_____
الاسم الكامل:_____
اسم الطفل أو الشاب:_____
اسم الحاضن:_____
_____

الموافقة نافذة المفعول من:_____ إلى:_____
بيد أن أقصى مدة هي 12 شهرا. عند الحاجة يتم استلام موافقة جديدة بعد ذلك.
الموظف المختص: (الاسم، الهاتف، السلطة المعنية)_____
الاسم الكامل:_____
إن إنهاء الموافقة يمكن أن يحدث في أي وقت من قِبَلْ الشخص ذي العلاقة ولو حتى شفويا.

المتابعة المحتملة

إن الموافقة على المشاركة في المتابعة المحتملة بالإمكان أن تتمّ في غضون 5 سنوات من انتهاء الإسهام نفسه. وهذه المتابعة من الممكن أن تتمّ عن طريق المحاورة أو استلام الإحصاء ذي العلاقة. إن المشاركة في مثل هذه المتابعة المحتملة هي اختيارية وليست شرطا للمشاركة في فريق الإسهام الاجتماعي.

نعم:_____
لا:_____