Hawai'i州教育部

信息披露知情同意书

学生姓名：_____出生日期：_____
姓氏　名字　中间名首字母

特此向Hawai ‘i州教育部授权许可， _____
DOE学校或办公室名称

地址　市　州　邮编

代码　教育部联系人　电话号码　传真号码

至：☐ 披露 ☐ 接收

以下关于上述学生的文件/信息（除外合法地不受法律披露约束的信息，以及接受《Hawai ‘i州修订法规》第§325-101节“感染和传染病（HIV感染、ARC和艾滋病）”；第§329-68节“统一管控药物法（记录保护；禁止泄露机密信息）”以及第§329-B6节“药物滥用检测（检测结果）”保护的信息）可收发往来于下列机构或个人：

机构名称或个人姓名　电话号码

地址　市　州　邮政编码

授权披露或接收的特定文件/信息：

使用目的：

我知道，学生教育记录属保密信息，只有在《1974年家庭教育权利和隐私法案》（FERPA）允许的情况下，才能未经学生家长或符合条件学生的书面同意即进行披露。（“符合条件的学生”指年满18岁的学生）。我承认，健康记录被学校和（或）Hawaii州教育部接收后，可能不再受《1996年隐私法规》中《健康保险携带和责任法案》的保护，但会作为教育记录受到FERPA的保护。

我知道，是否同意纯属自愿，我可以随时向上述学校行政人员提交撤销同意书面通知，以撤回我的知情同意。如果我撤回披露同意，该撤销同意不适用于根据以往同意书已经提供的信息。

我特此授权传输上述信息。除非学校另行书面通知，否则本授权自以下签署日期起一年内有效。

家长或符合条件的学生签名　日期

家长或符合条件的学生正楷体签名　电话号码

地址　市　州　邮政编码

接收机构/个人：上述文档/信息将传输给您或您的机构，前提条件是未经家长或符合条件学生的书面同意，不得与其他机构或其他人员分享此类信息。接收上述文件/信息的官员、雇员和代理人只能将这些文件/信息用于披露所述之目的。如果无法遵从这些条件，请将文档退还给上述学校。

披露对象：学校　家长　接收机构/个人