



Hawai'i州教育部

信息披露知情同意書

學生姓名：_____ 出生日期：_____

姓氏

名字

中間名首字母

特此向Hawai'i州教育部授權許可，_____

DOE學校或辦公室名稱

地址 _____ 市 _____ 州 _____ 郵編 _____

代碼 _____ 教育部聯系人 _____ 電話號碼 _____ 傳真號碼 _____

至： 披露 接收（請勾選壹項）

以下關於上述學生的文件/信息（除外合法地不受法律披露約束的信息，以及接受《Hawai'i州修訂法規》第§325-101節「感染和傳染病（HIV感染、ARC和艾滋病）」；第§329-68節「統壹管控藥物法（記錄保護；禁止泄露機密信息）」以及第§329-B6節「藥物濫用檢測（檢測結果）」保護的信息）可收發往來於下列機構或個人：

機構名稱或個人姓名 _____ 電話號碼 _____

地址 _____ 市 _____ 州 _____ 郵政編碼 _____

授權披露或接收的特定文件/信息：

使用目的：

我知道，學生教育記錄屬保密信息，只有在《1974年家庭教育權利和隱私法案》（FERPA）允許的情況下，才能未經學生家長或符合條件學生的書面同意即進行披露。（「符合條件的學生」指年滿18歲的學生）。我承認，健康記錄被學校和（或）Hawaii州教育部接收後，可能不再受《1996年隱私法規》中《健康保險攜帶和責任法案》的保護，但會作為教育記錄受到FERPA的保護。

我知道，是否同意純屬自願，我可以隨時向上述學校行政人員提交撤銷同意書面通知，以撤回我的知情同意。如果我撤回披露同意，該撤銷同意不適用於根據以往同意書已經提供的信息。

我特此授權傳輸上述信息。除非學校另行書面通知，否則本授權自以下簽署日期起壹年內有效。

家長或符合條件的學生簽名 _____ 日期 _____

家長或符合條件的學生正楷體簽名 _____ 電話號碼 _____

地址 _____ 市 _____ 州 _____ 郵政編碼 _____

接收機構/個人：上述文檔/信息將傳輸給您或您的機構，前提條件是未經家長或符合條件學生的書面同意，不得與其他機構或其他人員分享此類信息。接收上述文件/信息的官員、雇員和代理人只能將這些文件/信息用於披露所述之目的。如果無法遵從這些條件，請將文檔退還給上述學校。

披露對象：學校 家長 接收機構/個人