

نموذج إلغاء

إذن الإفصاح عن المعلومات لخدمة Help Me Grow

معلومات المشارك:

اسم الطفل: _____ تاريخ الميلاد: _____
العنوان: _____
ولي الأمر/مقدم الرعاية: _____
الهاتف: _____ البريد الإلكتروني: _____

أقر أنا بموجبه (الفرد/الممثل الشخصي للفرد المذكور أعلاه) أنني ألغي (أوقف) الإذن الذي منحته سابقًا وأني أسحب تصريحتي لخدمة HMG Maine بمشاركة السجلات مع

اسم الفرد: _____ المؤسسة: _____
العنوان: _____

الهاتف: _____ عنوان البريد الإلكتروني (اختياري): _____
الشارع _____ البلدة/المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

أفهم ما يلي وأوافق عليه:

أفهم أن هذا النموذج لا ينطبق إلا على المعلومات التي ستقدم في المستقبل. والسجلات التي تمت مشاركتها بموجب الإذن الكتابي الذي قدمته لا يمكن سحب مشاركتها. أفهم أن هذا الإلغاء لن يكون ساريًا حتى تستلمه مؤسسة HMG Maine.

التاريخ: _____ التوقيع _____

Internal Staff Only:

Date Received: _____

