

## فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (ASCMI): غیر<sup>1</sup> AB 133 (نسخه 2.0)

نام \_\_\_\_\_ نام میانی \_\_\_\_\_ نام خانوادگی \_\_\_\_\_ تاریخ تولد \_\_\_\_\_ شماره شاخص مشتری  
Medi-Cal (در صورت وجود)

«فرم ASCMI: غیر AB 133» می‌تواند برای صدور مجوز اشتراک‌گذاری داده‌ها برای افرادی که ساکن کالیفرنیا هستند اما شرایط استفاده از فرم ASCMI: AB 133 را ندارند، استفاده شود. این گروه شامل تمام افرادی می‌شود که:

1. در یک طرح مراقبت مدیریت‌شده Medi-Cal ثبت‌نام نکرده‌اند.
2. خدمات سلامت رفتاری را تحت پوشش Medi-Cal دریافت نمی‌کنند.
3. در سیستم حقوقی-کیفری درگیر نیستند به‌گونه‌ای که واجد شرایط دریافت مزایای Medi-Cal پیش از آزادی باشند.

می‌خواهد به هماهنگی خدمات سلامت و اجتماعی شما کمک کند تا بتوانید زندگی سالم‌تری داشته باشید. در صورتی که شریک مراقبتی شما برای به‌اشتراک‌گذاری اطلاعاتتان با افراد یا سازمان‌های دیگری که از آن‌ها خدمات یا مراقبت دریافت می‌کنید به رضایت شما نیاز داشته باشد، ممکن است از شما بخواهد این فرم را امضا کنید. این فرم به منظور صدور مجوز برای انتشار عمومی اطلاعات شما در مواردی که برای هماهنگی مراقبت‌های شما لازم نیست، طراحی نشده است. برای جزئیات بیشتر در مورد هدف از اشتراک‌گذاری اطلاعات و اینکه چه کسانی می‌توانند اطلاعات شما را به اشتراک بگذارند و دریافت کنند، لطفاً به زیر مراجعه کنید.

این فرم ASCMI:

- « توضیح می‌دهد که چه اطلاعاتی درباره شما ممکن است برای کمک به هماهنگی مراقبت‌های شما به اشتراک گذاشته شود.
- « توضیح می‌دهد که چگونه ممکن است اطلاعات شما به اشتراک گذاشته شود و مورد استفاده قرار گیرد.
- « برای به اشتراک گذاشتن انواع خاصی از اطلاعاتتان، از شما اجازه می‌گیرد. انواع اطلاعات در بخش 3.1 فرم ASCMI فهرست شده‌اند.

<sup>1</sup> AB 133 به لایحه شماره 133 مجلس ایالتی کالیفرنیا اشاره دارد.

## فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (ASCMI): غیر 1 AB 133 (نسخه 2.0)

نام \_\_\_\_\_ نام میانی \_\_\_\_\_ نام خانوادگی \_\_\_\_\_ تاریخ تولد \_\_\_\_\_ شماره شاخص مشتری \_\_\_\_\_  
(در صورت وجود) Medi-Cal

### اطلاعات مشتری

نام مشتری: \_\_\_\_\_ تاریخ تولد (ماه/روز/سال): \_\_\_\_\_  
آدرس پستی، شهر/ایالت، کد پستی: 2: \_\_\_\_\_  
آدرس محل سکونت، شهر/ایالت، کد پستی (اختیاری): \_\_\_\_\_  
شماره تلفن (اختیاری): \_\_\_\_\_ آدرس ایمیل (اختیاری): \_\_\_\_\_

آیا به شرکای مراقبتی خود اجازه می‌دهید از طریق پیامک یا تماس تلفنی با شما تماس بگیرند؟ شریک مراقبتی شما ممکن است با شما تماس بگیرد تا در مورد گزینه‌های رضایت شما صحبت کند و در صورت منقضی شدن رضایت شما، به شما اطلاع دهد.<sup>3</sup> لطفاً کادر مربوط به انتخاب خود را در زیر علامت بزنید:

بله (ارائه شماره تلفن در بالا الزامی است)

پیامک و تماس تلفنی      فقط پیامک      فقط تماس تلفنی

خیر

### اطلاعات شریک مراقبتی

این بخش باید توسط شریک مراقبتی که از مشتری فوق رضایت لازم برای افشای اطلاعات وی را دریافت می‌کند، تکمیل شود.

نام شریک مراقبتی: \_\_\_\_\_  
نام سازمان: \_\_\_\_\_  
شماره شناسایی ملی ارائه‌دهنده (NPI) (در صورت وجود): \_\_\_\_\_  
شماره شناسایی مالیات دهنده (TIN): \_\_\_\_\_  
شماره تلفن: \_\_\_\_\_ شماره فکس (اختیاری): \_\_\_\_\_  
آدرس پستی، شهر/ایالت، کد پستی: \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> این می‌تواند هر آدرسی باشد که بتوانید از طریق آن نامه دریافت کنید، از جمله آدرس یک دوست، پناهگاه یا یکی از اعضای خانواده.  
<sup>3</sup> این کار ممکن است منجر به اعمال هزینه برای تلفن همراه شما شود.

## فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (ASCMI): غیر 133 AB (نسخه 2.0)

نام \_\_\_\_\_ نام میانی \_\_\_\_\_ نام خانوادگی \_\_\_\_\_ تاریخ تولد \_\_\_\_\_ شماره شاخص مشتری  
Medi-Cal (در صورت وجود)

### بخش 1: مروری بر اشتراک‌گذاری اطلاعات شخصی شما

#### 1.1 هدف از اشتراک‌گذاری اطلاعات

- اطلاعات شخصی شما که در بخش 1.3 زیر ذکر شده است، ممکن است به دلایل زیادی از جمله موارد زیر به اشتراک گذاشته شود:
- « هماهنگی مراقبت شما. برای مثال، کمک به شما در تعیین وقت ملاقات، کمک به درخواست حمایت مسکن، یا کمک به پیدا کردن یک درمانگر.
  - « ارائه خدمات و درمان‌های پزشکی، دندانپزشکی، سلامت روان و اختلال مصرف مواد.
  - « دریافت وجه از شرکت بیمه شما برای درمان و خدماتی که به شما ارائه شده است.
  - « مرتبط کردن شما با برنامه‌ها، خدمات و منابعی که می‌توانند به بهبود سلامت و تندرستی شما کمک کنند.
  - « جمع‌آوری اطلاعات به گونه‌ای که \_\_\_\_\_ بتواند به بهبود مراقبت‌های دریافتی شما کمک کند.

#### 2.1 چه کسی می‌تواند اطلاعات شما را به اشتراک بگذارد و دریافت کند

- شرکای مراقبتی ممکن است اطلاعات شما را به اشتراک بگذارند. شرکای مراقبتی شامل ارائه‌دهندگان خدمات و سازمان‌هایی هستند که قبلاً به آن‌ها مراجعه کرده‌اید، در حال حاضر به آن‌ها مراجعه می‌کنید، یا ممکن است در آینده به آن‌ها مراجعه کنید. این شرکای مراقبتی ممکن است شامل موارد زیر باشند:
- « ارائه‌دهندگان خدمات درمانی، از جمله ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روان.
  - « ارائه‌دهندگان خدمات درمانی اختلال مصرف مواد، مانند برنامه‌های درمانی مواد افیونی و برنامه‌های درمانی اقامتی.
  - « سازمان‌های جامعه محور و ارائه‌دهندگان خدمات به بی‌خانمان‌ها.
  - « طرح‌های بیمه سلامت، شامل طرح‌های مراقبت مدیریت‌شده Medi-Cal و طرح‌های سلامت رفتاری.
  - « سازمان‌های سلامت و خدمات انسانی شهرستان.
  - « سازمان‌های واجد شرایط اطلاعات سلامت.
  - « سازمان‌های ایالتی سلامت و خدمات انسانی.

## فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (ASCMI): غیر 1 AB 133 (نسخه 2.0)

نام \_\_\_\_\_ نام میانی \_\_\_\_\_ نام خانوادگی \_\_\_\_\_ تاریخ تولد \_\_\_\_\_ شماره شاخص مشتری \_\_\_\_\_  
Medi-Cal (در صورت وجود)

### 1.3 انواع اطلاعات

#### چه نوع اطلاعاتی برای اشتراک‌گذاری نیاز به رضایت شما دارند؟

انواع مختلفی از اطلاعات وجود دارد که می‌توانید انتخاب کنید آنها را به اشتراک بگذارید یا نگذارید:

« اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد که توسط C.F.R. 42 بخش 2 محافظت می‌شود.

« برخی از اطلاعات مربوط به سلامت روان.

« اطلاعات مربوط به ناتوانی ذهنی و رشدی.

« نتایج آزمایش HIV.

« نتایج آزمایش ژنتیک.

« اطلاعات مسکن، شامل وضعیت مسکن، سابقه و پشتیبانی‌های شما.

اطلاعات بیشتر در مورد هر نوع اطلاعات ذکر شده در بالا را می‌توانید در بخش 1.2 این فرم بیابید. شما می‌توانید انتخاب کنید که آیا برای به اشتراک گذاشتن این نوع اطلاعات رضایت می‌دهید یا خیر. وقتی رضایت خود را اعلام می‌کنید، به این معنی است که اجازه می‌دهید این اطلاعات به اشتراک گذاشته شود.

**برخی از شرکای مراقبتی شما می‌توانند بدون رضایت شما، از برخی از اطلاعات سلامت و خدمات اجتماعی شما استفاده کرده و آنها را برای موارد زیر به اشتراک بگذارند:**

« ارائه خدمات درمانی به شما.

« دریافت وجه برای خدمات.

« اداره سازمان خود و هماهنگی مراقبت‌های شما.

#### چه نوع اطلاعاتی ممکن است بدون رضایت شما به اشتراک گذاشته شود؟

« اطلاعات پزشکی و سلامت روان (به موارد استثنا در زیر مراجعه کنید).

« اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد که تحت حفاظت قانون فدرال C.F.R. 42 بخش 2 قرار ندارد.

« اطلاعات بیمه سلامت.

## فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (ASCMI): غیر<sup>1</sup> AB 133 (نسخه 2.0)

|     |           |              |            |                                             |
|-----|-----------|--------------|------------|---------------------------------------------|
| نام | نام میانی | نام خانوادگی | تاریخ تولد | شماره شاخص مشتری<br>Medi-Cal (در صورت وجود) |
|-----|-----------|--------------|------------|---------------------------------------------|

### بخش 2: درخواست اجازه شما

#### 1.2 مجوزهای ویژه

شش مجوز ویژه از شما درخواست شده است:

1. اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد
2. اطلاعات شخصی مرتبط با مسکن
3. اطلاعات سلامت روان
4. اطلاعات مربوط به معلولیت ذهنی و رشدی
5. نتایج آزمایش HIV
6. نتایج آزمایش ژنتیک

برای هر مجوز ویژه، «بله» یا «خیر / شامل من نمی‌شود» را انتخاب کنید.

انتخاب گزینه «بله» یا «خیر / شامل من نمی‌شود» به انتخاب خود شما بستگی دارد. حتی اگر در فرم گزینه «خیر» را انتخاب کنید، این موضوع تأثیری بر واجد شرایط بودن شما برای دریافت مزایا یا توانایی دریافت خدمات یا مراقبت‌های سلامت نخواهد داشت.

« اگر گزینه «خیر / شامل من نمی‌شود» را در فرم انتخاب کنید، شرکای مراقبتی شما اطلاعاتی را که برای آنها «خیر» یا «شامل من نمی‌شود» انتخاب کرده‌اید، به اشتراک نخواهند گذاشت.

○ اگر تصمیم بگیرید فرم را امضا نکنید، شرکای مراقبتی شما اطلاعات ذکر شده در این بخش را به اشتراک نخواهند گذاشت.

« اگر گزینه «بله» را در فرم انتخاب کنید، شرکای مراقبتی شما می‌توانند اطلاعات مهمی در مورد شما به اشتراک بگذارند که به آنها در هماهنگی مراقبت از شما کمک خواهد کرد. همچنین به آنها کمک می‌کند تا شما را راحت‌تر به سایر خدمات متصل کنند.

## فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (ASCMI): غیر 1 AB 133 (نسخه 2.0)

|     |           |              |            |                                             |
|-----|-----------|--------------|------------|---------------------------------------------|
| نام | نام میانی | نام خانوادگی | تاریخ تولد | شماره شاخص مشتری<br>Medi-Cal (در صورت وجود) |
|-----|-----------|--------------|------------|---------------------------------------------|

### 1. اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد

- « برخی از اطلاعات مربوط به مصرف مواد توسط قانون فدرال 42 C.F.R. بخش 2، که معمولاً به عنوان «بخش 2» شناخته می‌شود، محافظت می‌شوند. شریک مراقبتی شما که اختلال مصرف مواد شما را درمان می‌کند، می‌تواند به شما بگوید که آیا اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد شما تحت پوشش قانون 42 C.F.R. بخش 2 قرار دارد یا خیر.
- « شما می‌توانید اجازه دهید اطلاعات تشخیص یا درمان سوءمصرف مواد بخش 2 به اشتراک گذاشته شود تا ارائه‌دهندگان خدمات بتوانند شما را درمان کنند، هزینه خدمات را دریافت کنند، سازمان خود را اداره کنند و مراقبت‌های شما را هماهنگ کنند.
- « زمانی که شما اجازه می‌دهید اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد بخش 2 شما با Medi-Cal، طرح بیمه سلامت یا یکی دیگر از ارائه‌دهندگان خدمات درمانی به اشتراک گذاشته شود، آن‌ها مجاز هستند این اطلاعات را برای همان اهداف ذکر شده در بند بالا با سایر شرکای مراقبتی نیز به اشتراک بگذارند. آن‌ها همچنین ممکن است اطلاعات شما را بدون رضایت شما برای اهداف دیگری که طبق قوانین فدرال و ایالتی مجاز است، به اشتراک بگذارند. آن‌ها نمی‌توانند این اطلاعات را برای اقدامات مدنی، کیفری، اداری و قانونی علیه شما به اشتراک بگذارند.
- « پس از آنکه اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد بخش 2 شما مورد استفاده قرار گرفت یا به اشتراک گذاشته شد، ممکن است دیگر تحت پوشش مقررات بخش 2 نباشد یا مانند قبل از استفاده یا اشتراک‌گذاری، به همان شیوه محافظت نشود. اطلاعات مربوط به مصرف مواد شما در بخش 2 ممکن است توسط قوانین دیگری که از اطلاعات سلامت شما محافظت می‌کنند، محافظت شود.
- « شما می‌توانید با ارائه‌دهندگان خدمات اختلال مصرف مواد خود تماس بگیرید و فهرستی از شرکای مراقبتی که ارائه‌دهنده خدمات اختلال مصرف مواد بخش 2 شما اطلاعاتتان را با آن‌ها به اشتراک گذاشته است، دریافت کنید.
- رضایت شما: من اجازه می‌دهم که ارائه‌دهندگان خدمات درمان اختلال مصرف مواد من، اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد گذشته، حال و آینده‌ام، از جمله اطلاعاتی که تحت حفاظت بخش 2 قرار دارند، را به اشتراک بگذارند.
- بله / خیر / شامل من نمی‌شود

## فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (ASAMI): غیر 1 AB 133 (نسخه 2.0)

نام

نام میانی

نام خانوادگی

تاریخ تولد

شماره شاخص مشتری  
Medi-Cal (در صورت وجود)

### 2. اطلاعات شخصی مرتبط با مسکن

اگر به خدمات مسکن نیاز دارید، ممکن است بتوانید از طریق Coordinated Entry کمک دریافت کنید. Coordinated Entry سازمان‌های محلی هستند که به هماهنگی خدمات مسکن برای افرادی که به آنها نیاز دارند، کمک می‌کنند. این سازمان‌ها ممکن است برای به اشتراک گذاشتن اطلاعات مربوط به مسکن شما با سیستم‌های اطلاعات مدیریت بی‌خانمان‌ها و سایر شرکای مراقبتی، مانند ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما، به اجازه شما نیاز داشته باشند. این سیستم‌ها توسط سازمان‌های مسکن برای ارائه و هماهنگی خدمات مسکن و حمایت‌های مرتبط با مسکن مورد استفاده قرار می‌گیرند.

رضایت شما: من به ارائه‌دهنده خدمات مسکن محلی خود اجازه می‌دهم تا اطلاعات شخصی مربوط به مسکن من، از جمله وضعیت مسکن، سابقه و پشتیبانی‌های من را با سیستم اطلاعات مدیریت بی‌خانمان‌ها و سایر شرکای مراقبتی، مانند ارائه‌دهنده خدمات درمانی من، به اشتراک بگذارد.

بله      خیر / شامل من نمی‌شود

### 3. اطلاعات سلامت روان

رضایت شما برای به اشتراک گذاشتن برخی از اطلاعات سلامت روان شما لازم است. این موارد شامل اطلاعات مربوط به خدمات سلامت روان است که ممکن است از ارائه‌دهندگان خدمات در جامعه خود دریافت کرده باشید، مانند سوابق درمان، جزئیات نسخه‌های دارویی یا ارزیابی‌ها. همچنین ممکن است شامل اطلاعات سلامت روان باشد اگر در بیمارستان یا مؤسسه روانی ایالتی یا شهرستانی یا در زمانی که در زندان بوده‌اید، تحت مراقبت قرار گرفته‌اید.

رضایت شما: من به شرکای مراقبتی خود اجازه می‌دهم تا اطلاعات سلامت روان مرا به اشتراک بگذارند.

بله      خیر / شامل من نمی‌شود

## فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (ASCMI): غیر 1 AB 133 (نسخه 2.0)

نام                      نام میانی                      نام خانوادگی                      تاریخ تولد                      شماره شاخص مشتری  
Medi-Cal (در صورت وجود)

#### 4. اطلاعات مربوط به معلولیت ذهنی و رشدی

« رضایت شما برای به اشتراک گذاشتن اطلاعات خاصی در مورد معلولیت‌های ذهنی و رشدی شما لازم است. این‌ها شرایطی هستند که بر نحوه عملکرد مغز و بدن فرد تأثیر می‌گذارند. آنها معمولاً قبل از سن 22 سالگی شروع می‌شوند و در تمام طول زندگی ادامه دارند. معلولیت‌های ذهنی می‌توانند یادگیری، حل مسئله و انجام کارهای روزانه را چالش‌برانگیزتر کنند. ناتوانی‌های رشدی گروه وسیع‌تری هستند که می‌توانند بر توانایی‌های جسمی، تفکر، زبان و رفتار تأثیر بگذارند. نمونه‌هایی از معلولیت‌های ذهنی و رشدی شامل اوتیسم، سندرم داون، فلج مغزی و صرع است.

« افراد دارای این معلولیت‌ها گاهی اوقات در زندگی به حمایت بیشتری نیاز دارند، اما این موضوع ارزش، مهارت‌ها یا مشارکت‌های فرد در جوامع خود را تغییر نمی‌دهد. هر کسی منحصر به فرد است و مهارت‌ها و نیازهای متفاوتی دارد. به اشتراک گذاشتن اطلاعات مربوط به معلولیت ذهنی و رشدی شما بین سازمان‌های مختلف می‌تواند به این معنی باشد که تمام افراد حامی شما اطلاعات بیشتری در مورد نحوه کمک به شما دارند.

رضایت شما: من به شرکای مراقبتی خود اجازه می‌دهم اطلاعات مربوط به معلولیت ذهنی و رشدی من را به اشتراک بگذارند.

بله                      خیر / شامل من نمی‌شود

#### 5. نتایج آزمایش HIV

برای به اشتراک گذاشتن هرگونه نتایج آزمایش HIV که ممکن است دریافت کرده باشید با یک شریک مراقبتی دیگر که مستقیماً خدمات مرتبط با HIV به شما ارائه نمی‌دهد، رضایت شما لازم است.

رضایت شما: من به شرکای مراقبتی خود اجازه می‌دهم نتایج آزمایش HIV من را به اشتراک بگذارند.

بله                      خیر / شامل من نمی‌شود

#### 6. نتایج آزمایش ژنتیک

برای اینکه طرح بیمه سلامت شما، از جمله Medi-Cal، نتایج هرگونه آزمایش ژنتیکی‌ای را که ممکن است دریافت کرده باشید به اشتراک بگذارد، رضایت شما لازم است. نتایج آزمایش ژنتیک، آزمایش‌های آزمایشگاهی هستند که برای شناسایی بیماری‌های ژنتیکی خاص یا شرایط سلامتی که ممکن است داشته باشید، استفاده می‌شوند.

رضایت شما: من به شرکای مراقبتی خود اجازه می‌دهم نتایج آزمایش ژنتیک من را به اشتراک بگذارند.

بله                      خیر / شامل من نمی‌شود

## فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (ASCMI): غیر 1 AB 133 (نسخه 2.0)

|     |           |              |            |                                             |
|-----|-----------|--------------|------------|---------------------------------------------|
| نام | نام میانی | نام خانوادگی | تاریخ تولد | شماره شاخص مشتری<br>Medi-Cal (در صورت وجود) |
|-----|-----------|--------------|------------|---------------------------------------------|

### 2.2 حقوق شما

#### حقوق شما چیست؟

شما حق دارید:

- « این فرم را امضا کنید.
- « این فرم را امضا نکنید.
- « یک نسخه از این فرم را دریافت کنید.
- « نظرتان را عوض کنید و اجازتان را پس بگیرید.

#### اگر این فرم را امضا کنید، آیا می‌توانید بعداً نظرتان را تغییر دهید؟

بله، شما حق دارید نظر خود را در مورد اشتراک‌گذاری اطلاعاتتان تغییر دهید، و می‌توانید این رضایت را در هر زمانی تغییر دهید یا پس بگیرید. برای تغییر یا پس گرفتن رضایت خود، با شرکای مراقبتی خود صحبت کنید. شما می‌توانید یک فرم ASCMI جدید را با تغییراتی که می‌خواهید اعمال کنید، تکمیل کنید.

- « هر تغییری که بخواهید ایجاد کنید، در روزی که فرم جدید ASCMI شما امضا شود، اعمال خواهد شد.
- « پس گرفتن رضایت شما تأثیری بر اطلاعاتی که قبلاً با رضایت شما به اشتراک گذاشته شده است، نخواهد داشت.

## فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (ASCFI): غیر 133 AB (نسخه 2.0)

نام                      نام میانی                      نام خانوادگی                      تاریخ تولد                      شماره شاخص مشتری  
Medi-Cal (در صورت وجود)

### 3.2 امضای شما

با امضای این فرم، شما موارد زیر را درک و با آن موافقت می‌کنید:

- « شرکای مراقبتی شما، که در بخش 2.1 این فرم ذکر شده‌اند، می‌توانند از اطلاعات سلامت و شخصی انتخاب شده شما در بالا برای اهداف شرح داده شده در بخش 1.1 این فرم استفاده کرده و آنها را به اشتراک بگذارند.
- « شما همچنین درک می‌کنید که وقتی اطلاعات شما به اشتراک گذاشته می‌شود، قوانین فدرال یا ایالتی ممکن است از به اشتراک گذاشتن مجدد آن اطلاعات محافظت نکنند.

### رضایت شما برای به اشتراک گذاشتن اطلاعات تا چه مدت اعتبار دارد؟

- « اگر 18 سال یا بیشتر دارید، این رضایت‌نامه از تاریخ امضای فرم به مدت یک سال اعتبار خواهد داشت.
- « اگر زیر 18 سال دارید، رضایت شما از تاریخ امضای فرم به مدت یک سال معتبر خواهد بود. اگر در طول این دوره یک ساله به سن 18 سالگی برسید، یا اگر سرپرستی شما تغییر کند، باید رضایت‌نامه جدیدی ارائه دهید.
- « صرف‌نظر از سن شما، می‌توانید در هر زمان با ارائه درخواست کتبی و با استفاده از فرم لغو ASCFI، نظر خود را تغییر داده و رضایت خود را پس بگیرید.

|                                  |                                    |                     |
|----------------------------------|------------------------------------|---------------------|
| نام شما                          | امضای شما                          | تاریخ (ماه/روز/سال) |
| نام والدین/سرپرست/نماینده قانونی | امضای والدین/سرپرست/نماینده قانونی | تاریخ (ماه/روز/سال) |